Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1921.
Cote : 90152, 1921, n° 01

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1921x01

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

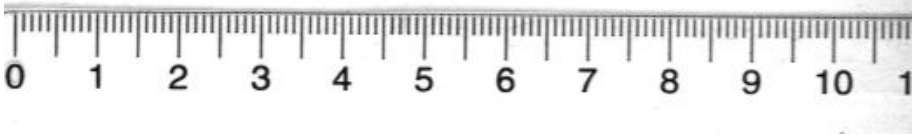
JOURNAL

DE

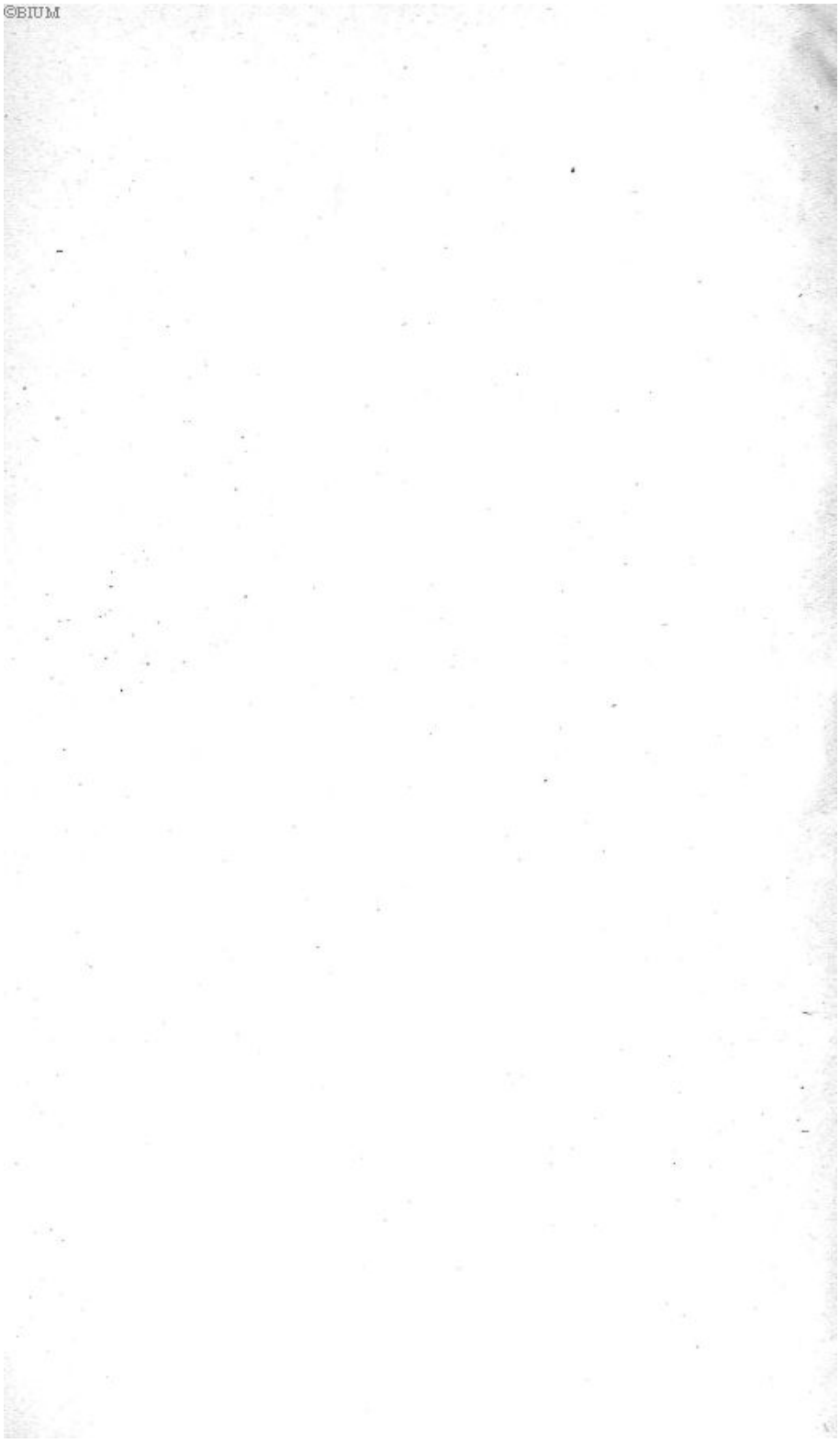
L'ALIÉNATION MENTALE

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

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile de Villejuif

ONZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME ANNÉE

901/2

PARIS

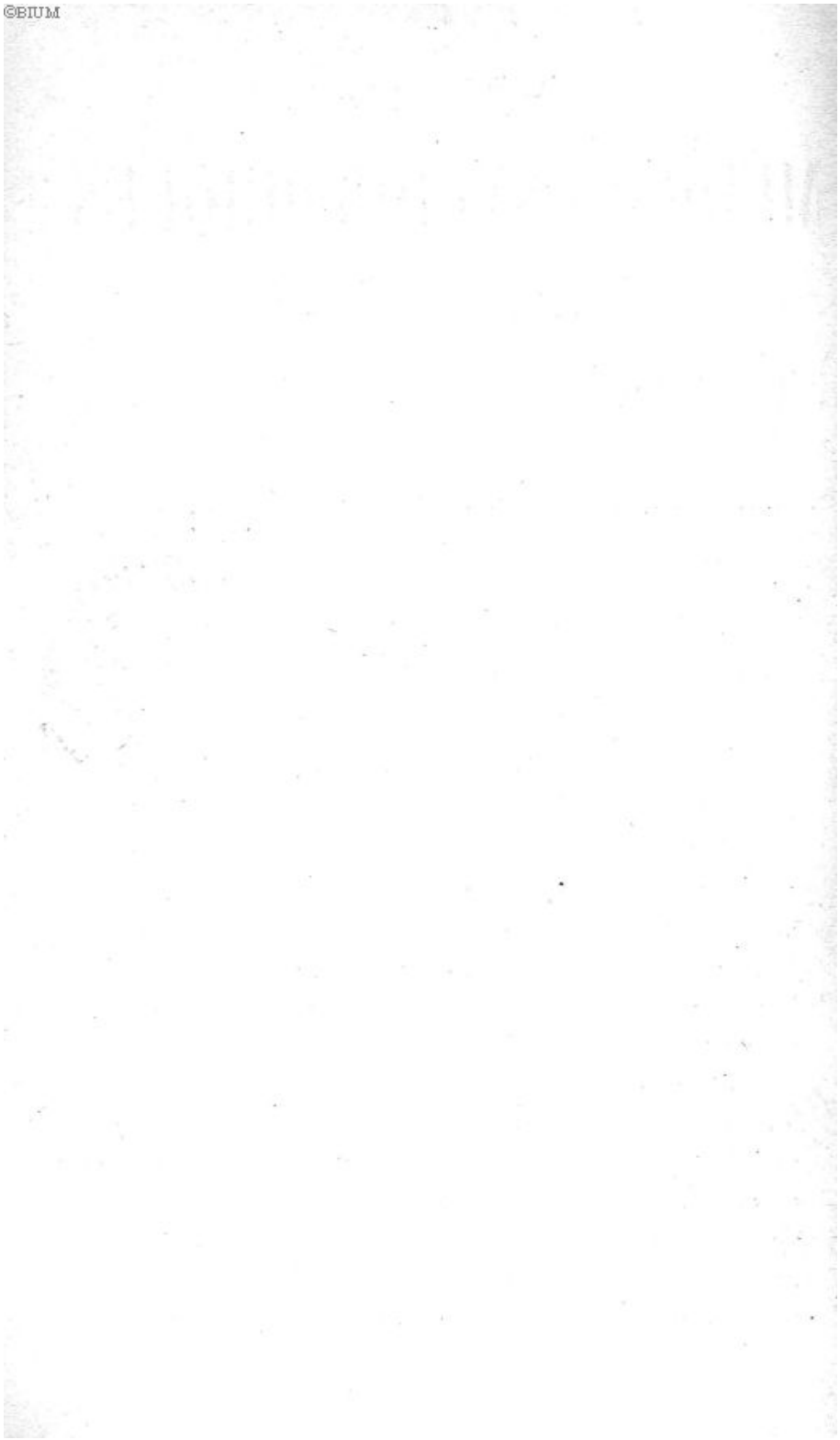
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1921

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les Annales Médico-Psychologiques commencent la soixante-dix-neuvième année de leur existence. Le trouble profond apporté par la guerre dans tous les domaines de l'activité humaine ne pouvait les épargner et leur publication dut être suspendue pendant un an, de juillet-août 1914 à juillet-août 1915. Grâce à l'activité infatigable, au dévouement de notre regretté maître et collègue, le Dr Ritti, dont nous rappelons aujourd'hui la mort survenue il y a un an, au moment même où venait de paraître le numéro de janvier de son cher journal, la Société médico-psychologique fut une des premières sociétés savantes qui reprirent le cours normal de leurs séances, en mars 1916. Les *Annales*, nous venons de le dire, avaient reparu en août 1915,

©BIUM

mais on avait dû fondre deux années en une seule si bien que l'on trouve une année 1914-1915 et une année mixte 1916-1917. Depuis lors elles n'ont pas cessé leur publication.

Mais après la guerre vinrent les difficultés de la paix. La hausse des salaires, le taux excessif du prix du papier, la crise sans précédent que vient de traverser l'imprimerie nous ont obligés à réduire à six le nombre des fascicules parus pendant l'année 1920. Ces fascicules, de 96 pages chacun, pouvaient à peine suffire à la reproduction des travaux de la Société médico-psychologique dont les ordres du jour ne furent jamais aussi chargés. Les auteurs, en effet, remplacent par des communications aux Sociétés savantes les travaux qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de publier.

Nous avons pu traverser cette période difficile, plus heureux que beaucoup de nos confrères qui ont dû s'incliner devant les nécessités de l'heure présente, et nous pouvons dire qu'avec ce numéro, notre journal rentre dans la voie normale qu'il avait toujours suivie.

Pendant l'année 1921, les *Annales* paraîtront dix fois par an, autant de fois qu'il y a de séances de la Société médico-psychologique, c'est-à-dire, une fois par mois, sauf pendant les mois d'août et de septembre. Elles publieront dans chaque fascicule le compte rendu de la dernière séance de la Société dont les travaux ont été mis à jour dans le n° de novembre-décembre de l'année 1920. Si, comme nous le pensons, l'impression peut se

©BIUM

faire rapidement, la revue paraîtra avant la séance de la Société médico-psychologique.

Plus des deux tiers du journal se trouveront ainsi libérés et les *Annales* pourront reprendre la forme et l'allure qui en ont fait l'organe officiel de notre spécialité.

* * *

Nous reprenons dans ce numéro la publication des mémoires originaux. Nous comptons y ajouter des études sur les questions d'assistance. L'équilibre mental est une condition indispensable à l'activité sociale. A la suite des expériences de la guerre, on s'est convaincu de cette vérité et, dans tous les pays, on s'occupe de rechercher les moyens les plus propres à maintenir cet équilibre ou à le rétablir lorsqu'il a été troublé. A cet égard, la Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales, dont nous publions plus loin le programme, est appelée à rendre de grands services.

Enfin, nous nous efforcerons de donner des analyses aussi nombreuses et aussi détaillées que possible, des livres, des journaux et des revues, plus spécialement pour ce qui intéresse la médecine mentale.

A ce propos, et sur la demande d'un grand nombre de nos collègues, nous avons cru devoir rompre avec la tradition qui s'était établie de publier les analyses des travaux suivant la nationalité de leurs auteurs (journaux anglais, journaux italiens, etc., etc.). Nous continuerons à

©BIUM

faire une part très large à la littérature scientifique étrangère, mais les analyses seront groupées par spécialités (criminologie, médecine générale, neurologie, psychiatrie, psychologie, etc., etc.). Cette méthode a l'avantage, à notre avis, de faciliter les recherches. Il est inutile d'ajouter que nous nous efforcerons aussi de publier ces analyses le plus rapidement possible et d'éviter ainsi qu'un sujet soit déjà vieilli, voire même épuisé, au moment où il est analysé.

* * *

Il est un autre domaine que les *Annales* ont le devoir d'exploiter. Je veux parler des intérêts scientifiques et professionnels de notre spécialité. Les médecins aliénistes se sont toujours montrés les plus modestes et les plus accueillants des confrères et, il faut bien avoir le courage de le dire, ils n'ont pas toujours été payés de retour, surtout pendant la guerre. Tous les efforts tentés auprès des pouvoirs publics pour mettre en valeur nos collègues des asiles sont restés sans résultat; c'est seulement vers la fin de la guerre qu'on s'est aperçu que, pour soigner des malades du cerveau, il était nécessaire d'avoir recours à ceux que leurs études antérieures et une longue pratique clinique désignaient tout naturellement pour cet objet.

Actuellement encore, les autorités compétentes en prennent à leur aise avec les hôpitaux consacrés au traitement de la folie. Sans parler de la Maison nationale de Charenton dont la transfor-

©BIUM

mation ne s'imposait pas, on voit avec étonnement supprimer des services qui représentent une large part de notre patrimoine scientifique. Il y a là, à mon avis, une crise passagère car, quelles que soient les mesures prises souvent à la légère, il est un élément malheureusement impossible à supprimer, c'est le malade lui-même si bien que, dans un temps très court, on sera obligé de reconstituer ou de créer pour lui de nouveaux moyens d'assistance afin de remplacer ce qu'on aura détruit.

Il n'en reste pas moins qu'il y a là des symptômes fâcheux au milieu de tant d'autres manifestations irraisonnées de l'état troublé où nous vivons actuellement. On cite des asiles où il n'y a pas de médecins aliénistes et où tous les certificats sont rédigés d'avance, d'autres où des médecins de ville sont délégués au détriment des médecins qualifiés par le concours. Dans d'autres endroits encore, je fais allusion ici à un établissement des régions libérées, la venue du médecin traitant fut accueillie par les protestations des employés qui avaient assuré la direction de l'établissement.

Autant de questions sur lesquelles nous reviendrons de façon plus complète.

Il est indispensable en effet, par ce temps de syndicalisme à outrance, qu'on veuille bien prendre la peine d'établir le statut des médecins des asiles. Mais il est nécessaire aussi que nos jeunes collègues veuillent bien consentir à se plier à certaines règles. S'il est scandaleux de voir cer-

©BIUM

tains empiètements, des prises de poste injustifiées et injustifiables, il est inadmissible de voir ériger en principe le choix d'un poste qu'on n'a pas l'intention d'occuper.

Si l'on n'y prend garde, le résultat de ces pratiques ne se fera pas attendre ; ce sera le retour à la suprématie administrative contre laquelle nous nous sommes constamment élevés.

*
* *

Nous avons, on le voit, une lourde tâche à accomplir. Nous en viendrons à bout, grâce au dévouement de nos collègues du comité de rédaction et grâce à l'aide précieuse que nous apportent nos éminents collaborateurs.

Nous pouvons dire que la neurologie a fait chez nous ses premiers pas. Le Centenaire de la découverte de Bayle qui sera célébré en 1922 le rappellerait au besoin. Nos amis et alliés, les Anglais, ont eu la délicatesse de s'en souvenir et ils viendront l'année prochaine avec nos collègues étrangers rendre hommage à cette école Française, à la tradition de laquelle les *Annales* sont attachées de façon indéfectible, l'école d'Esquirol, de Calmeil, de Baillarger, de Falret, de Morel et de Magnan.

Henri Colin.

©BIUM

RAPPORTS DES COMMOTIONS DE GUERRE

ET DE

LA CONSTITUTION ÉMOTIVE

Par le Dr H. LE SAVOUREUX

Dans la variété des désordres nerveux que provoquent les commotions de guerre, on observe couramment des manifestations persistantes de l'émotivité. Nous nous sommes proposé d'étudier le rapport qui pouvait exister entre une commotion et l'apparition d'un état de déséquilibre émotif.

Nous prenons le mot *commotion* dans son sens strict d'ébranlement de cause physique, et non pas dans le sens extensif, et abusif, de choc émotif. Nous entendons par *constitution émotive* l'ensemble des stigmates mentaux et corporels de l'émotivité tels que M. Dupré les a précisés à plusieurs reprises avant et pendant la guerre (1).

Le problème que nous posons consiste donc à rechercher si, comme on semble l'admettre quelquefois, le choc physique produit par l'éclatement proche d'un gros projectile peut donner naissance à des symptômes d'hyperémotivité par le seul ébranlement mécanique des centres nerveux, sans le secours d'une émotion simultanée ou d'une disposition antérieure.

Notre travail repose sur une statistique de 206 obser-

---

(1) *Réunion de Soc. de Neurologie et de Psychiatrie de Paris*, 1909 ; *Paris-médical*, 1911 ; *Soc. de neurologie*, 11 janv. 1917 ; *Académie de Médecine*, 2 avril 1918.

©BIUM

vations de commotions de toutes origines aux différentes phases de leur évolution (1).

I

Nous avons dû reconnaître que, dans la grande majorité des cas (62,6 0/0), les accidents commotifs (2) ne s'accompagnaient d'aucun des symptômes de la constitution émotive. Ils réalisaient alors un *syndrome de commotion simple.*

Dans ce premier groupe, que le soldat ait été seulement secoué par le choc gazeux, ou qu'il ait été en même temps renversé, projeté, enseveli ; qu'il y ait eu perte complète de connaissance ou étourdissement momentané, le tableau clinique reste le même et les différences ne portent que sur l'intensité et la ténacité des symptômes. Ce tableau est bien connu. Si nous le rappelons, ce n'est que pour éviter tout malentendu sur la nature des accidents dont nous allons parler. — Les plus touchés, après une période d'inconscience plus ou moins longue dans laquelle ils reposent comme endormis, dans un état de relâchement général, avec mydriase, pouls lent mais régulier, incontinence des réservoirs, — mais sans agitation, sans fièvre et sans menaces de collapsus, — se réveillent engourdis d'esprit et de corps. On les voit sortir péniblement de leur stupeur et passer tour à tour par l'obnubilation et la torpeur

(1) Notre observation porte sur un ensemble de faits recueillis personnellement dans un centre neuro-psychiatrique d'une région de la zone des armées. Cette situation nous a permis d'examiner aussi bien des malades qui étaient envoyés directement du front, quelques heures après l'accident, que ceux qui provenaient des hôpitaux, dépôts, usines et centres de réforme de la région, ou qui revenaient d'une convalescence. Dans la description des accidents immédiats, nous nous sommes souvenus de notre expérience de médecin de bataillon et d'ambulance.

(2) Littré nous apprend que le verbe commouvoir est français et qu'il signifie causer une commotion. Il n'existe donc que des raisons favorables à l'esprit de la langue pour préférer *commu* et *commotif* à *commotionné* et *commotionnel*, qui n'ont pour eux ni la logique, ni la nécessité, ni l'élégance.

©BIUM

pour parvenir à un état presque stagnant d'inertie générale.

L'évolution des symptômes dans le syndrome de commotion simple ne représente pas une transformation, mais une lente régression de la stupeur initiale et de cette dépression générale des forces qui va pour si longtemps embourber les fonctions. La contestation n'en est guère possible pour tout cet ensemble de symptômes qui traduisent avant tout une profonde *asthénie* générale : céphalées, étourdissements, vertiges, bourdonnements d'oreilles ; ralentissement idéo-moteur, fatigabilité rapide ; courbatures, amaigrissement ; modifications parallèles du pouls, lent et peu tendu, de l'appétit diminué, des digestions laborieuses, du déficit génésique, de la paresse de toutes les réactions. — En effet, ces symptômes, qui constituent le principal de l'état commotif, témoignent avant tout d'un profond épuisement global. Il faut remarquer, toutefois, qu'à la suite des commotions, les symptômes cérébraux (céphalées, vertiges, bruits subjectifs, etc...) sont peut-être plus marqués que dans les asthénies d'une autre origine.

La discussion ne peut s'ouvrir que sur ces troubles psychiques et nerveux fonctionnels qui s'ajoutent assez souvent au syndrome fondamental asthénique, et où l'on a voulu voir des indices de confusion mentale, de déséquilibre émotif ou d'hystérie. Il en est ainsi pour les soi-disant *amnésies lacunaires, de fixation et d'évocation,* des *modifications de l'humeur,* de la *surdi-mutité,* de certains *tremblements,* des *pseudo-hyperesthésies sensorielles,* des *paralysies fonctionnelles.* Ces accidents, dans le syndrome de commotion simple, nous ont paru devoir se rattacher directement aux phénomènes d'engourdissement, général ou local, provoqués par le seul effet physique de l'agent commotif.

⁂

La confusion mentale, par certains côtés, représente une psychose asthénique. L'état mental commotif s'en distingue précisément par ceci qu'il n'est pas une psychose. Aussi peut-on reconnaître la nature différente

©BIUM

de ces deux sortes d'asthénie jusque dans leurs séquelles tardives.

Dans la commotion, il n'y a pas d'amnésie véritable, mais fatigabilité de l'attention et lenteur dans l'évocation des souvenirs (1). On ne constate d'oubli que pour les perceptions qui ont nécessité un *effort* (lecture, écriture, etc...) et non pas pour celles qui ont frappé *passivement* le cerveau (pérégrinations hospitalières, orientation, etc...). Il nous paraît y avoir la même différence entre ce ralentissement des processus mentaux et l'amnésie véritable, qu'entre l'aphasie motrice et l'amnésie verbale. D'autre part, l'*embrouillement* des idées, qui succède chez les commus à un trop long effort d'attention ou à des impressions sensorielles vives, ne réalise jamais la suppression de toute conscience, ni les conditions d'un état crépusculaire. Il en résulte un état de vide où l'esprit stagne sans idées et sans images, qui n'est pas ressenti sous forme d'ennui, et qui n'a pas tendance à se laisser combler par de la rêverie. En fait, éveillés ou endormis, ils ne pensent guère (2).

Dans l'ensemble, la prédominance des troubles cérébraux, la continuité de la conscience, l'anidéation, l'évolution lentement régressive de l'asthénie des commotions ne forment pas le même tableau que la fatigue plus diffuse et moins douloureuse, les signes d'intoxication, l'expression étonnée et hébétée du visage, la suspension intermittente des fonctions psychiques supérieures, les désordres considérables de la mémoire, la libération de l'automatisme imaginatif, l'évolution saccadée des confusions mentales (3).

---

(1) On comprend mal que l'on puisse considérer comme « amnésie lacunaire » l'absence de souvenirs de la période où les sujets sont restés sans connaissance. Peut-il exister de l'amnésie d'un temps qui n'a pas été perçu ? Autant vaudrait signaler l'amnésie lacunaire des nuits de bon sommeil et admettre que l'on puisse perdre ce que l'on n'a jamais possédé.

(2) Voir dans P.-L. Couchoud : *L'Asthénie primitive* (Th. de Paris, 1911), une bonne description de l'anidéation dans le syndrome asthénique.

(3) Pour toutes ces raisons, nous avons évité d'employer le mot *inhibition* pour désigner l'enlisement psycho-moteur des suites de commotion. L'expression, en effet, ne peut être détour-

©BIUM

Comme à beaucoup d'autres observateurs, il nous a été donné de rencontrer des malades qui entraient avec le diagnostic de commotion et qui présentaient des troubles confusionnels. Mais chez trois de ces malades, — où l'amnésie rétro-antérograde, la désorientation dans le temps et dans l'espace, avec fabulation complémentaire, logorrhée, légère euphorie et indifférence affective, agitation nocturne, faisaient penser à un syndrome de Korsakoff, — il y avait certitude de fracture du crâne. Le diagnostic de *contusion cérébrale* convenait beaucoup mieux à l'origine et à la nature de leurs accidents mentaux. Dans tous les autres cas où la confusion s'accompagnait d'anxiété, on ne put obtenir de précision sur le début des accidents. L'origine autant que la nature purement commotives des accidents restaient donc très problématiques (1).

⁂

Examinons maintenant la modification de l'humeur et du caractère, les pseudo-hyperesthésies sensorielles et les tremblements, qui passent habituellement pour des symptômes d'émotivité chez ces malades.

On écrit partout qu'ils sont des *hyperémotifs*. Cependant tout trouble de l'humeur ne réalise pas nécessairement un état de déséquilibre émotif. Dans le syndrome de commotion simple, nous avons constaté de la *dépression affective*, c'est-à-dire un état permanent qui s'oppose à l'éréthisme instable de l'humeur et des réactions de l'émotivité. Le plus souvent, ces malades restent *indifférents* sans se rendre compte de l'abaisse-

---

née de sa signification physiologique primitive (v. Brown-Séquard, *in* Dict. Dechambre). L'inhibition, réalisant un processus actif d'opposition, est susceptible de cesser brusquement et de se reproduire de même. La dépression de la commotion, étant le fait de l'épuisement, ne se dissipe que progressivement par le repos ; elle ne peut donc être mise sur le compte d'un processus inhibitoire.

(1) Il semble que l'origine de cette assimilation des troubles commotifs avec la confusion mentale remonte à Régis, qui retrouvait ce syndrome dans tous les troubles mentaux consécutifs au traumatisme, sans faire de distinction dans la nature des lésions (v. *Précis de Psychiatrie*, 5e éd., p. 702 et suivantes).

©BIUM

ment de leur ton affectif si on n'attire pas leur attention de ce côté. Les aggravations accidentelles de leur humeur se montrent sous forme de *tristesse consciente* sans idées tristes, ni inquiétude, ni anxiété, ni angoisse. Ils vivent tranquilles, solitaires, silencieux, la tête basse, le visage sombre. Ils ne viennent pas chercher le médecin, il faut aller à eux. Ils pleurent sans raison, et l'avouent.

Leur caractère se trouve modifié parallèlement : absence d'initiative, sentiment qu'ils ne sont plus rien. Le *découragement* est fréquent : il reste justifié par leur incapacité de travailler. Les anxieux regardent vers l'avenir, les mélancoliques vers le passé ; les déprimés simples demeurent tout entiers dans le présent (1).

On dit aussi que ces malades sont « *impressionnables* ». Cette impressionnabilité est particulière. Elle ne ressemble pas tout à fait à celle des émotifs. Ces derniers s'effarouchent à peu près exclusivement de ce qu'ils pensent être un danger pour eux : bruit inattendu, chute, examen médical, piqûre, application du brassard de l'oscillomètre, etc... Dans la dépression des commotions, nous constatons de l'indifférence au danger, à la surprise. Mais les larmes viennent aux yeux en écoutant de la musique, en regardant un spectacle triste, en lisant une histoire touchante. Ils sentent leur « cœur lourd, trop gros », qui les fait soupirer. Ce n'est pas de l'angoisse véritable. Leurs pleurs ne sont pas spasmodiques ; ils ne sanglotent pas ; les larmes montent spontanément et doucement. En un mot, c'est de l'*attendrissement* calme, analogue à celui que l'on rencontre chez les affaiblis qui ne souffrent pas vivement, les convalescents et les vieillards entre autres. Dans le déséquilibre émotif produit par le front le sujet ne pleure guère que sur ses malheurs propres ; car ses états affectifs, dans leur instabilité, sont toutefois liés immédiatement à l'unique intérêt de sa conservation.

(1) Deux de nos malades avaient des idées nettement mélancoliques, de regrets, de remords, de culpabilité, etc... Mais, même ici, il ne s'agissait pas de mélancolie anxieuse. On découvrait chez eux une lourde hérédité similaire.

©BIUM

Aussi pourrait-on presque opposer l'égocentrisme de l'émotif aux dispositions plus altruistes des déprimés affectifs.

Comme on le voit, il y a parallélisme entre l'affaiblissement des forces motrices et la dépression de l'affectivité (1). De même que l'énergie intellectuelle et physique, l'affectivité est atteinte quantitativement et non qualitativement.

L'*irritabilité*, si fréquente à la suite des commotions, se manifeste sous la forme d'un énervement vite dissipé. C'est une réponse à une excitation pénible : contrariété, moqueries, fatigue à l'interrogatoire, etc... Elle ne révèle pas un état de tension comme chez le maniaque ou l'épileptique, ni un état d'éréthisme douloureux comme chez certains émotifs anxieux. Elle ne résulte pas d'une décharge spontanée de l'humeur. Elle n'en représente qu'un déficit et non un trop-plein, une réaction et non une agression, un *état de dépression irritable* et non d'excitation irascible. C'est une protestation contre une impression de fatigue douloureuse. Et tout est pénible, sauf le repos, aux épuisés ; aussi les voit-on fuir les disputes, les bruits, les jeux, les rassemblements, les villes.

L'*hyperesthésie des sens* décrite dans l'état commotif nous a paru se distinguer encore de celle des émotifs. Chez ceux-ci, les sensations vives réveillent toutes les manifestations de leur déséquilibre, et, particulièrement, dans l'ordre moteur. Indépendamment des représentations mentales inquiétantes que les sensations pourraient suggérer, il existe parfois chez les émotifs une véritable hyperesthésie sensorielle. La photophobie s'associe alors au blépharospasme ; ils se défendent contre leur hyperacousie en se mettant du coton dans les conduits auditifs. Les troubles que nous avons ren-

(1) Nous avons déjà tenté de montrer les divers modes de l'altération des tendances en considérant le parallélisme ou la dissociation de l'élément moteur et de l'élément affectif (v. *le Spleen*. Th. de Paris, 1913). Aussi, *l'apathie affective* décrite par M. Hesnard comme « mal des tranchées » ne nous paraît-elle pas devoir être isolée, car elle est parallèle à l'asthénie.

©BIUM

contrés à la suite de commotions étaient de pseudo-troubles sensoriels. Les bruits ne surprenaient pas, ne provoquaient pas de sursauts, de tressaillements, de tremblements, de palpitations, d'anxiété. Dans la véritable hyperesthésie auditive, le sujet accuse l'acuité d'une sensation lancinante, « qui lui perce les tympans » ; les bruits secs, stridents, claquants étant les plus redoutés. Chez les commus, ce n'est pas une douleur acoustique, c'est une gêne, un malaise indéfinissable, une reproduction des troubles créés par la commotion : céphalées, vertiges, assourdissement, abrutissement insupportables. Ils ne se bouchent pas les oreilles, car ils disent ressentir les bruits violents non dans l'oreille, mais sous forme de « secousses dans tout le crâne ». L'ébranlement de la vibration sonore met en évidence non l'hyperesthésie d'un sens, mais la fatigabilité globale du cerveau. Enfin, ce qui révèle encore l'épuisement qui se trouve à l'origine de cette sensibilité douloureuse, c'est que les bruits prolongés les incommodent plus que l'intensité du son. Le tumulte de la rue, le roulement et les trépidations des voitures, un concert, le murmure de conversations, leur sont plus pénibles que les bruits brusques, forts et isolés. — Les troubles de la vision sont de même nature. Leurs yeux ne craignent pas tant la lumière que l'effort prolongé, d'une lecture par exemple. Cette fatigue se fait sentir par une vision confuse des objets, mais surtout par de la céphalée et des sensations d'épuisement. La photophobie ne s'accompagne pas de blépharospasme. Ce qui domine, c'est une paresse de l'accommodation et une grande fatigabilité cérébrale.

Dans le syndrome de commotion simple, on voit quelquefois du *tremblement* au niveau des membres. Il ne faut pas se hâter de le qualifier d'émotif. Même s'il se montre menu, vibratoire, localisé aux extrémités, cela ne peut suffire pour admettre sa nature émotive. Nous concevons mal un tremblement émotif sans tachycardie, sans hyperéflectivité diffuse, sans poussées secrétoires et vaso-motrices, etc... La constitution émotive est avant tout un syndrome. Le tremblement des commotions est, dans le lot de malades qui nous occupe, un tremblement

©BIUM

de fatigue, qui augmente avec les efforts et diminue avec le repos. Quand il se montre unilatéral, on retrouve toujours trace de contusions par projection, ensevelissement, etc., de la moitié du corps où siège le tremblement.

Tout se ramène donc à des symptômes de fatigue et à des réactions contre cette fatigue. Aussi, livrés à eux-mêmes, ces malades cherchent un endroit solitaire ; ils s'y couchent pour détendre leur corps ; ils regardent le ciel, afin de reposer leurs muscles accommodateurs ; ils y goûtent l'absence de bruit, et leur cerveau bénéficie de n'être obligé à aucun travail actif ou passif.

⁂

La surdi-mutité et les paralysies fonctionnelles, suites de commotions, passent habituellement pour des manifestations hystériques, ou, plus exactement, pithiatiques.

La *surdi-mutité* se montre très fréquente chez nos malades. En neurologie de guerre, on a vu naître une tendance à admettre que tout trouble, qui n'est pas de nature lésionnelle et qui disparaît facilement, est d'origine et de nature pithiatiques. Cependant la surdi-mutité succède immédiatement ici à la perte de connaissance du début, et l'on voit plus de raisons pour la considérer comme un reliquat de la stupeur générale que comme un phénomène plus ou moins conscient, émotion ou suggestion. Les malades sont des inertes comme les autres commus. L'hypotonie faciale est même plus marquée chez eux que chez les autres. Ils sont lents de tous leurs gestes, parviennent difficilement à pousser leur langue hors de leur bouche, ne peuvent ni souffler, ni siffler, ni laisser voir leur larynx au laryngoscope. La guérison de la surdité se fait progressivement ; le mutisme guérit brusquement et souvent spontanément. Provoquée, la guérison s'obtient plus par stimulation que par suggestion, le traitement consistant à secouer l'inertie du sujet par la parole ou le courant faradique (1). — L'existence de troubles sem-

(1) La stimulation mentale ou électrique agit peu sur la surdité. Ce qui peut s'expliquer par le moindre rôle de l'élément moteur dans l'audition que dans la phonation.

©BIUM

blables de la parole, en dehors des commotions par causes suggestives ou émotives, qui guérissent grâce à la psychothérapie, ne constitue pas une raison suffisante pour ranger tous les mutismes fonctionnels dans la même catégorie. Les deux ordres de mutismes ne sont d'ailleurs pas tout à fait comparables. Les mutismes consécutifs à des émotions, rares dans notre service, s'accompagnaient souvent d'activité, et non d'inertie ; il y avait mutisme sans surdité ; spasme des cordes vocales et non paralysie ; spasmes concomitants du pharynx et gêne respiratoire ; syndrome émotif et non dépressif ; curabilité souvent plus difficile, en tous cas moins immédiatement radicale ; récidives et non guérison définitive ; reproduction par suggestibilité, ce que l'on ne peut obtenir à la suite des commotions (1).

Si l'on remarque la rareté de ce genre de trouble chez les blessés du crâne et dans les autres commotions et sa fréquence dans les commotions par explosions, on arrive à envisager cette surdi-mutité comme une *stupeur locale*, aussi bien qu'une survivance de la stupeur générale. On peut supposer que l'effet du choc direct de l'explosion sur les voies auditives et respiratoires a pu déterminer une stupeur locale plus tenace que dans le reste de l'économie. Il suffit d'avoir été soumis à l'effet d'un brusque déplacement d'air, d'une explosion d'un chauffe-bain par exemple, pour comprendre qu'un violent choc puisse laisser une oreille assourdie et un larynx engourdi quelque temps (2).

---

(1) Nous nous plaçons ici au point de vue de la grande majorité des cas de guerre. Il va de soi que l'émotion et la suggestion peuvent déterminer des effets inhibitoires cliniquement analogues aux effets dépressifs de la commotion.

(2) Les résultats des observations de M. Liébault (Les troubles de la parole et les commotions de guerre, v. *Revue générale de Path. de guerre*, n° 3, Paris, 1916) viennent confirmer cette manière de voir. Selon cet auteur, il faut surtout s'attacher à la diminution de la capacité respiratoire ; les éléments moteurs (muscles respiratoires) et résonnateurs (lèvres, bouche, fosses nasales, pharynx), se montrent également parésiés. — M. P. Sollier admet que le mécanisme du « mutisme in-audition », post-commotionnel est d'ordre physique (v. *Rev. de Médecine*, déc. 1916). — M. J. Lépine semble disposé à la même interprétation (v. *Troubles mentaux de guerre*, 1917).

©BIUM

Il nous a semblé que c'était aussi à des phénomènes de stupeur locale qu'il fallait attribuer les *troubles paralytiques* avec modifications vaso-motrices et hypoesthésie qui subsistent parfois après les commotions. On connaît les commotions spinales qui se manifestent par des symptômes de stupeur passagère, comparables dans le domaine frappé à ceux de la stupeur cérébrale. Mais nous voulons parler surtout de stupeurs motrices plus localisées : les parésies d'un membre ou d'une moitié du corps. Nous les avons toujours rencontrées à la suite de contusion du côté parésié. Cette parésie se dissipait par le repos et par l'exercice. Le retour du mouvement s'accompagnait de tremblement dans le membre contus (1). L'indice oscillométrique du membre du côté parésié était nettement plus faible que du côté sain (2).

La conception d'une stupeur locale n'est pas une simple image. On admet déjà en neurologie une *stupeur dont l'action resterait localisée à certains centres moteurs spéciaux* (3). Quant aux phénomènes de *stupeur locale des nerfs périphériques*, on en trouve des exemples dans Dupuytren (4) et dans

(1) Suivant le mode habituel de restauration des fonctions motrices. Les muets retrouvent la parole en passant par une phase d'hésitation tremblante quand elle n'est pas franchement bégayante.

(2) Ce sont les seules circonstances où nous ayons constaté le syndrome vasculaire dimidié dont parlent MM. Logre et Boutier (*Les troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires*. V. *Rev. Neur.*, mars-avril 1918). Aussi pensons-nous, qu'à la suite des commotions tout au moins, et dans nos observations, ce syndrome a une origine périphérique et non centrale.

(3) MM. Babinski et Froment attribuent, après Charcot, à un état de stupeur des centres moteurs spinaux d'origine réflexe, les états parétiques des extrémités avec troubles vaso-moteurs (« main figée » de Meige), qu'ils opposent aux contractures avec surréflectivité tendineuse et sans troubles vaso-moteurs notables, dus à un état d'excitation réflexe des mêmes centres. (*Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en Neurologie de guerre* 1917, p. 161).

(4) Dupuytren (*Traité théorique et pratique des blessures par arme de guerre, 1834*), parle de la commotion des plexus nerveux qui produit « des engourdissements, une diminution dans la sen-

©BIUM

Billroth (1), tout au moins en ce qui concerne l'engourdissement d'un membre à la suite d'un choc qui n'a produit ni plaie, ni contusion. Mais il semble bien qu'il existe aussi une *stupeur purement musculaire*, dans certains cas où l'on ne peut invoquer ni la stupeur spinale, ni la stupeur nerveuse périphérique (2). On est forcé d'admettre une voie plus directe que celle de l'arc réflexe médullaire, une stupeur strictement localisée à l'endroit même qui a été frappé. La stupeur apparaît ainsi comme une des réactions physiologiques générales de la matière vivante aux traumatismes (3).

---

sibilité et dans la motilité, etc... qui peut être portée jusqu'à l'immobilité et à l'insensibilité la plus complète ».

(1) Th. Billroth (*Pathologie chirurgicale*, trad. C. Culmann et Ch. Seugell, Paris, 1868, p. 153). « Dans beaucoup de cas de contusion on éprouve la sensation d'une vibration, d'un ébranlement particulier dans les parties atteintes. Cette sensation qui s'étend encore bien au delà de l'endroit heurté est due à la commotion qu'éprouve la substance nerveuse. Si, par exemple, on se heurte violemment la main ou un doigt, une petite partie seulement est contusionnée, mais il n'est pas rare que la main entière éprouve la commotion, c'est-à-dire une douleur sourde et violente, accompagnée de tremblement et de l'impossibilité momentanée de remuer les doigts ; même la sensibilité tactile est assez souvent supprimée pour quelques instants dans le membre contusionné. Les nerfs périphériques peuvent aussi, de leur côté, éprouver une commotion accompagnée des symptômes mentionnés plus haut ; cependant, comme les phénomènes locaux de la contusion sont ici prédominants, on perd trop souvent de vue cet état nerveux appelé par Dupuytren « *stupeur locale* ». Il distingue avec soin les « ébranlements des nerfs périphériques » des contusions nerveuses et des contusions des vaissaux.

(2) M. Tinel a rapporté un cas de stupeur localisé au biceps indépendante de toute lésion musculaire ou nerveuse (*Paralysie fonctionnelle par stupeur musculaire, Soc. Neur.*, 7 juin 1917, v. *Rev. Neur.*, juin 1917). On ne pouvait invoquer une paralysie fonctionnelle psychique, puisque la *fonction* de la flexion était conservée (long supinateur).

(3) La notion de la stupeur locale rendrait peut-être compte du mécanisme de certains troubles physiopathiques paralytiques (main figée). Le mécanisme en serait différent de celui des contractures réflexes. Le trouble moteur ne serait ni d'origine pithiatique, ni réflexe médullaire. Il s'agirait d'une véritable *commotion partielle* due à un ébranlement local, déterminant un engourdissement des tissus musculaires, nerveux et vasculaires, sans participation d'une idée ou d'un réflexe médullaire. Une

©BIUM

On ne doit donc pas se hâter de parler de pithiatisme en présence des troubles fonctionnels qui font suite aux commotions.

⁂

La dépression de la commotion offre à l'examen des réactions physiques à son image.

Le *pouls* reste longtemps peu accéléré. Il existe parfois un galop cardiaque intermittent et une tachycardie de fatigue (1). Avec l'oscillomètre de Pachon, on est moins frappé par la petitesse des tensions maxima et différentielles que par l'abaissement de l'*indice oscillométrique*, qui rend parfois très délicate la détermination du moment où les oscillations commencent de croître ou de diminuer. Cette formule dépressive s'oppose clairement par son manque de relief aux caractéristiques oscillométriques du déséquilibre émotif (2). La microsphygmie passe généralement pour un signe de spasme artériel. Mais ici la tension se montrant faible au bras comme à l'avant-bras, l'acro-cyanose inconstante, on peut admettre une dépression de l'impulsion cardiaque en même temps qu'un relâchement du système vaso-moteur (3). Nous avons constaté cette formule dépressive chez des déprimés par cause non traumatique, mais purement affective, ce qui complète encore l'analogie.

---

prédisposition à la torpeur vasculaire, manifeste chez tous les individus, expliquerait l'apparition d'un *syndrome immédiat d'immobilisation*, si l'on peut dire. Les projectiles de guerre déterminant un ébranlement plus violent que celui des traumatismes habituels, on s'expliquerait ainsi la nouveauté de ces troubles. (Ils se montrent presque exclusivement après les fractures des os de l'avant-bras et surtout du carpe et du métacarpe).

(1) Mêmes constatations faites par M. J. Lépine (ouvr. cit., p. 67).

(2) Elle est semblable à cette formule de dépression vasculaire décrite par MM. Logre et Bouttier chez certains blessés du crâne avec perte importante de substance nerveuse (v. art. cit.).

(3) Nous n'avons pas procédé à la contre épreuve expérimentale qui aurait consisté à administrer au malade des substances vaso-dilatatrices. Signalons par contre l'heureux effet des médications cardio-toniques.

©BIUM

La réponse à la percussion du tendon rotulien se fait lentement ; l'ensemble du mouvement, même quand l'amplitude est normale, donnant une impression de *mollesse* bien différente de la vivacité des réflexes des émotifs (1). On trouve les mêmes caractères aux réactions des pupilles. Quant aux réflexes cutanés, ils restent longtemps abolis.

L'amélioration de l'asthénie générale entraîne la disparition de la dépression affective et le retour à la normale des réflexes et des oscillations vasculaires (2).

⁂

Ce syndrome commotif est-il propre aux explosions de projectiles ? Est-il nouveau dans la littérature ?

Le même ensemble se rencontre chez les *blessés du crâne* les plus gravement atteints, à condition qu'il y ait eu perte de connaissance immédiate. Les plus nombreux, qui n'ont pas perdu connaissance au moment d'être blessés, n'apparaissaient pas ralentis ni déprimés. — Nous avons rencontré le même syndrome de commotion en dehors de toute explosion dans des cas de traumatisme direct ou indirect du crâne, à la suite d'électrocution, et même dans diverses affections à siège céphalique (otites moyennes, etc.). La commotion cérébrale par explosion ne possèderait aucun symptôme qui lui soit propre.

D'autre part, s'il apparaît bien certain que la guerre a révélé ce syndrome à la plupart des observateurs, il

---

(1) Nous avons trouvé des réflexes tendineux amoindris dans d'autres états asthéniques, entre autres chez certains prisonniers français rapatriés dans un état d'asthénie profonde, sans symptômes de lésions des organes. (Même observation faite par MM. Richet fils et Mignard). MM. Dumolard, Rebierre et Quellien ont signalé des diminutions passagères des réflexes rotuliens dans des cas d'asthénie grave. (*Soc. de Neur.*, 29 juin 1916 et 6 déc. 1917). On connaît aussi ces syndromes d'insuffisance surrénale avec amyosthénie, sans amyotrophie, et dans lesquels les réflexes rotuliens se montrent très amoindris.

(2) L'examen du liquide céphalo-rachidien avec l'albuminimètre de Sicard et Cantaloube ne nous a donné que des résultats incertains. MM. Mestrézat, Bouttier et Loche ont obtenu des épreuves plus concluantes par l'emploi d'une autre méthode. (*Bulletin Ac. de Méd.*, 14 mai 1918).

©BIUM

n'en est pas moins avéré qu'on le connaît depuis longtemps, et dans toutes ses modalités. C'est celui de la commotion cérébrale par choc direct ou indirect que la littérature chirurgicale nous avait déjà appris à distinguer de la contusion cérébrale et de l'état de choc (1). Mais c'est à la médecine légale que l'on doit la description la plus minutieuse des suites de commotions (2). Après Vibert, les traités de médecine légale ont décrit sous le nom de neurasthénie traumatique, un syndrome d'épuisement simple. Mais, comme dans la suite on y

---

(1) Dupuytren dit que dans la commotion « le cerveau est dans un état d'engourdissement » dans lequel les malades « semblent avoir été privés de toutes les fonctions de relation, et avoir été transformés, tout à coup, en animaux dormeurs ». Il décrit la mydriase, la tachycardie, etc. « Les malades qui ont été le plus heureusement rétablis conservent une faiblesse des sens, de l'intelligence et des mouvements qui les rend pendant longtemps incapables d'une contention d'esprit soutenue, et de tout exercice du corps un peu prolongé, etc... ». Il a vu que « la moelle épinière y est exposée tout aussi bien que le cerveau ». Quant aux phénomènes de *contusion*, ils se manifesteraient du 3e au 5e jour par des phénomènes inflammatoires, avec fièvre « et la guérison a lieu avec des altérations plus ou moins prononcées d'une ou plusieurs facultés intellectuelles » (*Traité théorique et pratique des blessures de guerre*, Paris, J.-B. Baillière 1834. T. I, ch. VI, p. 250 et suiv.). Voir aussi les descriptions du *Compendium de chirurgie* (1851), de Gosselin (*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1879, p. 252), etc...

(2) Vibert, *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer* (Paris, 1888, J.-B. Baillière, éd.). Relation de troubles cérébraux observés après un accident de chemin de fer, survenu en 1881. Nous y retrouvons la faiblesse de l'attention et de la mémoire (le signe du carnet), sans véritable amnésie, les modifications du caractère qui devient irascible et émotionnable ; l'absence de confusion et d'agitation ; l'apathie et l'inaction ; les troubles de la motilité ; l'intolérance des sens auditif et visuel, etc... Les malades n'ayant reçu de choc direct ni sur le crâne, ni sur la face, l'accident ne s'étant accompagné d'aucune explosion, Vibert imagine une secousse plus forte sur la tête que sur le tronc au moment où le corps est projeté en avant, mouvement arrêté brusquement par le reste du corps, d'où « ébranlement plus violent sur l'encéphale que sur tout autre organe ». Même syndrome chez un cavalier par arrêt brusque de sa monture (sans chute). — Explication valable pour les cas de commotion par éclatement d'obus où le corps n'a pas été projeté.

©BIUM

comprenait des phénomènes d'ordre hystérique ou émotif, oubliant que l'essentiel était dans l'asthénie, l'expression devenue trop imprécise, s'est discréditée. La même confusion s'est reproduite pendant cette guerre.

⁂

Stupeur et suite de stupeur, voilà toute la commotion, qu'elle ait été produite directement ou indirectement par le choc d'un déplacement d'air ou par celui d'un corps solide. Ses suites se traduisent surtout par des symptômes d'asthénie générale et par des parésies locales.

Même à une époque éloignée de l'accident primitif, on parvient à distinguer dans les séquelles cérébrales de traumatismes: — A) le déficit plus intellectuel qu'affectif du type Korsakoff, avec indifférence affective ou euphorie légère, que laissent après elles les *destructions* des contusions cérébrales, lacunes qui paraissent définitives; — B) les symptômes de dissociation mentale subsistant jusque dans la convalescence des confusions d'origine émotive ou toxi-infectieuse, qui comportent des altérations intellectuelles et affectives et qui peuvent guérir ou se reproduire brusquement suivant que l'activité de l'*inhibition* est suspendue ou réveillée ; — C) l'éréthisme instable de la psychonévrose émotive, dont le *déséquilibre* gêne toutes les fonctions mentales sans jamais les inhiber complètement ou les troubler définitivement, et qui s'amende irrégulièrement ; — D) enfin, l'engourdissement simple de la commotion, qui traduit essentiellement une atteinte de l'énergie générale, qui ne peut disparaître d'une autre façon que les autres *épuisements*, c'est-à-dire par restauration lente et progressive.

(*A suivre*).

©BIUM

A PROPOS DE LA "FOLIE RELIGIEUSE" [1]

Par le Dr Ch. LADAME

Rosegg, Soleure

Il fut un temps, peu éloigné de nous du reste, où le signe le plus tapageur, le symptôme le plus manifeste, suffisait pour caractériser un état mental, au point qu'il lui donnait même son nom.

Rien n'était plus naturel alors que d'appeler : « *Folie religieuse* » toute psychose où les faits de religion semblent former l'essentiel des troubles psychiques manifestés par le malade.

Les possédés, les démoniaques, tant de mystiques et de fous religieux, auxquels on appliquait naguère l'exorcisme ou plus souvent encore le bûcher, prendraient place, de nos jours, dans les cadres de la démence précoce à en croire les grands classificateurs modernes des maladies mentales.

Tel sera désormais le sort réservé aux individus, qui sont loin d'être toujours des aliénés, et chez lesquels la religion ou la religiosité constituent le fond même de la personnalité, en conditionnant les troubles nerveux ou psychiques dont ils peuvent être atteints.

Les divers cas de soi-disant folie religieuse ressortissent aux deux groupes nosologiques suivants :

---

(1) D'après une communication faite à la *Soc. des méd. aliénistes suisses*, à Schaffhouse, le 29 mai 1917. Mes remerciements au Prof. R. WEBER, directeur de l'asile de Bel-Air, Genève, qui a bien voulu m'autoriser à publier l'observation de Ren. Angélique.

©BIUM

Ier Groupe : aliénés avérés, dont les idées délirantes et les hallucinations reflètent, à l'occasion, les croyances religieuses du sujet ;

IIe Groupe : personnes normales jusque-là, natures fondamentalement religieuses, chez lesquelles un traumatisme psychique (d'ordre sexuel le plus souvent) provoque soudain un ébranlement mental, transitoire ou permanent, conditionné par les convictions religieuses et les principes moraux du sujet.

Dans le premier groupe viennent prendre rang les vésaniques de tous les degrés et de tous ordres.

Le second groupe comprend un nombre restreint de personnes dont la religion et la morale, étroites et rigoristes, caractérisent le comportement général. Les désordres psychiques, parfois passagers et limités, le plus souvent définitifs et généralisés, sont déclenchés par un traumatisme psychique, habituellement d'ordre sexuel.

Il s'agit ici, en effet, d'une révélation sexuelle aussi brutale qu'imprévue, qui bouleverse l'individu en mettant aux prises ses principes religieux et moraux rigides avec les désirs de la chair éveillés et inassouvis.

Voilà ce qui constituerait la vraie « Folie religieuse », mais ce terme ne saurait convenir pour dénommer une affection, dont il ne caractérise qu'un des aspects. L'équivoque suscitée par cette appellation cache la nature réelle des troubles mentaux.

Cette prise de corps entre l'instinct sexuel, sa satisfaction et les aspirations supérieures, n'existe pas dans la nature, elle est une résultante de la vie des hommes en société. C'est le conflit toujours renaissant en chacun de nous entre nos instincts, parmi lesquels les besoins sexuels prééminent, et nos tendances idéalistes et le code de la morale sociale.

Les prêches, les conseils, les sanctions mêmes, qui tendent à concilier ces contraires, restent à peu près lettre morte, s'ils ne conduisent pas, précisément chez certaines natures, à un cataclysme psychique.

Je ne méconnais nullement le bien-fondé et la valeur de tous ces efforts éducatifs, mais à considérer les cho-

©BIUM

ses objectivement, on se convainc néanmoins que seul un changement fondamental dans notre organisation sociale enlèvera du même coup ce qu'il y a d'artificiel et de contre-nature dans notre vie sexuelle. Il s'en faudra de beaucoup, sans doute, que toute la pathologie sexuelle, toutes les anomalies et les aberrations de ce sens disparaissent ainsi de la scène du monde. Un grand pas sera fait par là cependant. Qu'on se représente seulement les transformations qui résulteront du mariage plus précoce que ce n'est le cas aujourd'hui, pour beaucoup eu égard aux conditions économiques défavorables.

Mais revenons à notre sujet.

Seule une analyse psychologique avertie et clairvoyante, opérée au moment opportun, peut, dans certains cas, aider, soit à un aiguillage heureux, soit encore à une sublimation favorable, soit enfin à une adaptation des tendances individuelles fondamentales et spéciales au milieu social. Les couvents, à cet égard, et les autres établissements similaires n'étaient pas de si malencontreuses institutions. L'inadaptable au milieu social trouvait là un refuge souvent favorable et parfois une adaptation, une harmonisation plus aisément réalisée que celle qu'il avait vainement cherché dans le monde.

Plusieurs, parmi les personnes de la seconde catégorie, après des luttes incessantes et des déchirements cruels parviennent tôt ou tard à harmoniser leurs contraires, à sublimer leurs tendances, à s'accommoder d'un compromis, ayant satisfait l'un ou l'autre de ces besoins ; ou alors elles se réfugient dans un autisme particulier. Elles peuvent fort bien n'être gênées en rien, dans ce cas, tout au moins extérieurement, dans leur activité sociale, souvent bienfaisante autant que considérable.

Notons en passant que ces conflits et ces situations sont plus fréquemment l'apanage de la femme, grâce à sa constitution d'abord, mais aussi à la situation sociale qui lui est faite.

D'autres personnes de ce même groupe sont, leur existence durant, le champ clos d'une lutte sans trêve ni merci. Tour à tour, c'est la tendance idéaliste ou la vague charnelle qui prédomine. Nul, à les voir si plei-

©BIUM

nes d'activité et si sereines d'humeur, ne se douterait des orages, des tempêtes et des souffrances intimes de ces martyres.

Quelques individus enfin, pour des raisons que nous chercherons à pénétrer, voient presque d'emblée leurs forces psychiques paralysées. Dès le premier traumatisme, ils sont réduits à l'impuissance, leurs efforts restent vains, ils ne peuvent adapter leur vie religieuse aux circonstances nouvelles. Leur morale et leur religion, d'autre part, sont un empêchement irréductible à la vie du monde. Les deux tendances se cristallisent au moment du traumatisme subi et suivent dès lors des voies parallèles sans conjonction possible.

Quelle est la raison fondamentale, organique ou psychologique, de cette impossibilité de conciliation des contraires, de ce manque de pouvoir d'adaptation aux conditions nouvelles ?

Le traumatisme originaire, la révélation sexuelle, brutale et inattendue souvent, doivent-ils être considérés comme la cause même de cet empêchement ? N'est-ce pas plutôt le terrain, la constitution qui révèle une insuffisance jusque-là insoupçonnée, insuffisance qui s'oppose à l'emboîtement social de l'individu.

On comprend sans peine la désemparée qui, à ces moments-là, se saisit des individus profondément religieux.

L'enthousiasme religieux, chez la jeune fille surtout (cela en raison directe de l'éducation reçue par les filles de la bourgeoisie) jette un voile de légitimité sur les élans de son cœur, de ses sens. Elle peut, sans conflit encore avec la réalité, « se réfugier dans les bras du Seigneur », « reposer sa tête contre son sein », donner, en un mot, libre cours à ce dynamisme affectif, passion charnelle non encore différenciée.

Mais, que les nécessités de l'existence sortent l'individu de cette serre chaude et tout spécialement favorable, et, brusquement, le placent en face des trivialités insoupçonnées de la vie, de la brutale révélation sexuelle. Il en résulte un violent corps à corps entre cet idéal caressé depuis des années, rêvé doux et plein de finesses harmonieuses et le cru de la réalité.

©BIUM

Se représente-t-on assez ce que doit être cette collision de sentiments et de tendances contraires. N'y a-t-il pas là de quoi bouleverser l'âme la mieux trempée ? La gravité de l'événement est accentuée par l'éveil des sens, de la volupté et des curiosités impérieuses autant qu'inassouvies. L'issue du conflit est pour le moins douteuse.

Va-t-on suivre la voix de l'espèce, jeter du lest, s'alléger de son exclusivisme, s'adapter en un mot aux conditions nouvelles, aux circonstances communes à la plupart des êtres humains ? Mariage, union libre ou même « chute dans une vie de débauche volontaire » comme aime à qualifier cet état, la malade dont je vais rapporter l'histoire !

Ou bien va-t-on s'embourber dans les empêchements, les refoulements, les déchirements intimes aux retentissements incalculables, créant dans le psychisme, la faille qui va s'élargissant, détruisant toute possibilité du rétablissement de l'équilibre affectif et moral, toute chance d'adaptation rationnelle aux conditions sociales habituelles ?

Alors le pauvre être humain s'effondre psychiquement. Dans les cas les plus favorables, grâce à une certaine dose d'imagination créatrice, il se construit un système de compensation, se venge, de la sorte, de son infériorité sociale réelle en se créant un rôle social de premier plan : prophète, réformateur, rédempteur, etc. Ces gens-là ont souvent un égoïsme et un orgueil démesurés.

Les compensations ainsi imaginées ne rétablissent toutefois pas l'équilibre de l'affectivité ébranlée. Quelques personnes s'adonnent à une activité altruiste, bienfaisante et utile et bénéficient alors d'un certain degré de paix intérieure, paix intermittente toutefois.

Mais il est encore d'autres personnes de ce second groupe, et c'est le plus grand nombre, qui sont livrées à une agitation mal coordonnée et stérile. Elles sont mécontentes de tout et des autres, elles possèdent un état mental par ailleurs déjà déficitaire, les composants des diverses facultés étant mal proportionnés et mal combinés. Des insuffisances notoires voisinent avec des

©BIUM

dons, même brillants, plus encore dans le domaine de la volonté et de la sensibilité que dans celui de l'intelligence. Ces individus sont les victimes de charges héréditaires qui ne permettront pas les réactions adéquates aux moments troublés de l'existence.

Le cas de Cécile Vé, si magistralement exposé par le Prof. Th. Flournoy (1), est, à cet égard, des plus instructifs.

Un rien et Cécile versait dans la débauche ou dans l'aliénation mentale confirmée et non pas par bouffées transitoires (comme elle le reconnaît elle-même). Cependant, Cécile a traversé la vie, la tête haute, accomplissant une tâche délicate et souvent pénible, avec un dévouement, une énergie et une intelligence pratique admirables. Au fond d'elle-même, elle porte un rongement sans pareil, une lutte continue depuis des années, avec des paroxysmes horribles. Elle a su et elle a pu réagir et, sinon sublimer complètement son mal, du moins lui donner un dérivatif, une compensation satisfaisante et altruiste.

Cécile a trouvé les moyens d'une libération, il est vrai, conditionnelle, mais suffisante pour lui permettre de se maintenir dans l'apparente « normalité », en dépit de conflits ardus avec les tendances opposées de son âme, qui la conduisaient aux extases et au dédoublement du moi.

En un mot, Cécile Vé a vécu, jusqu'ici, en accomplissant une tâche quotidienne ardue, dans un état de déséquilibre mental stabilisé. Son activité professionnelle ne se ressent pas trop des conditions lamentables et douloureuses de sa vie intime et de son psychisme franchement pathologique. Elle se présente au monde comme une adaptée à son milieu. Cependant, elle le dit elle-même, son entourage remarque, çà et là déjà, des particularités, dans sa façon d'être, qui sont les indices inéluctables de son état psychique réel.

Angélique Ren., qui fait l'objet de la présente étude, offre mainte analogie et plus d'une ressemblance frap-

(1) Th. FLOURNOY : *Une mystique moderne, documents pour la psychologie religieuse, Arch. de Psychol.*, n° 57-58, mai 1915.

©BIUM

pante avec Cécile. Ce ne sont là certes que modalités de forme et non de fond.

Angélique manque d'étoffe, si je puis ainsi dire ; les moyens intellectuels et psychiques dont elle dispose, bien que de valeur estimable, ne sont toutefois pas suffisants et surtout n'ont pas été mis en œuvre au moment critique pour permettre une réaction analogue à celle de Cécile. Angélique fut dépourvue de tout appui extérieur à l'heure fatale de sa vie (lors du traumatisme sexuel). Elle était livrée à elle-même dans les conditions les plus défavorables. Etant plutôt une contemplative, une mystique qu'une volonté active, Angélique se montre incapable de s'adapter aux conditions nouvelles, et elle versa en plein dans l'aliénation mentale.

Avant d'entreprendre l'analyse détaillée de ce cas, je tiens à en mentionner brièvement encore un troisième. Il aide à la compréhension de symptômes sommairement esquissés chez les deux premières malades et fort bien dessinés chez Adeline.

Adeline, personne de bonne éducation, a un gentil caractère ; elle a une intelligence moyenne, est d'une religiosité accentuée. Famille d'artistes et de nerveux. Le père est mort aliéné.

Elle avait 14-15 ans quand sa mère fit une grave maladie ; on crut la perdre. Adeline, dans un élan de désespoir, prie Dieu de la leur conserver, s'offre en sacrifice, se consacrera à jamais à Ses œuvres. La mère entre en convalescence et guérit complètement. Adeline, toute à sa joie d'avoir été exaucée, se donne sans partage à son vœu. Grande opposition des siens qui la raillent. La montée de la vie se faisait alors dans ses artères, comme elle le dit. La voilà dans une impasse morale : luttes contre sa famille qui se moque d'elle et la raille, mais qui lui est chère, désir de connaître le monde, de ne pas sacrifier sa jeunesse et impossibilité où elle s'estime être de retirer la promesse faite. Désorientée, désemparée, désespérée, elle veut s'en ouvrir à son pasteur, qui, elle l'écrit elle-même, ne se rend pas compte de la gravité du conflit. Adeline passe alors par des alternatives d'angoisses et de doutes et des

©BIUM

moments, de plus en plus courts, de pleine quiétude. Elle refoule ses sentiments et ses désirs, ne parvient pas à reprendre son équilibre moral. Peu à peu les troubles mentaux font leur apparition ; par étapes successives, ils s'installent. Elle a des visions qui, pour un temps, semblent concilier les contraires ; elle se donne avec fureur, corps et âme, au Seigneur ; elle atteint parfois presque à l'extase. Mais la désintégration psychique se fait de plus en plus irrémédiable. Adeline, en fin de compte, après avoir fait deux séjours dans un asile d'aliénés, demeure internée depuis de nombreuses années. Les symptômes qu'elle présente ressortissent à la *Démence précoce*.

Elle eut des périodes de violente agitation pendant lesquelles elle extériorisait ses pensées secrètes, ses désirs inassouvis, ses instincts refoulés, les luttes et les déchirements pour lesquels elle sacrifia le meilleur d'elle-même. Ses hallucinations auditives et surtout visuelles ne furent pas celles du commun. Elle traduisit aussi un érotisme ardent et désordonné, eut des exacerbations qu'on aurait jadis qualifiés de grande hystérie.

Qu'a-t-il manqué à Adeline pour qu'elle puisse se libérer ?

Pourquoi n'est-elle pas parvenue à retrouver son équilibre affectif ou à s'adapter aux circonstances extérieures nouvelles ? Est-ce une confession en temps opportun, tentée, il est vrai, mais restée sans écho, qui lui a manqué ?

Adeline était-elle condamnée à l'aliénation mentale de par ses charges héréditaires ?

Elle possédait aussi des moyens efficaces pour sublimer ses tendances affectives exubérantes dans une activité sociale bienfaisante, comme le fit Cécile Vé.

Ces pourquois angoissants ne peuvent recevoir de nous aucune réponse satisfaisant absolument. Il n'en est pas moins vrai que le terrain, la constitution psychopathique expliquent en partie l'évolution ultérieure que suivent les luttes morales chez ces déficitaires.

Il n'est pas inutile de rappeler à ce propos que la situation sociale est communément peu favorable pour l'être humain, et plus spécialement pour la femme.

©BIUM

Notre société moderne est basée sur une antinomie profonde entre l'époque naturelle de l'éveil de l'instinct de reproduction et des besoins sexuels et le moment artificiellement fixé pour les possibilités de leur satisfaction normale, morale. L'homme est encamisolé dans un code de morale sociale rigide et étroit, qui correspond à un idéal et non à la réalité physiologique. De plus, les conditions économiques ne permettent, en général, que le mariage tardif. Ceux, et ils sont légion, qui sont pris dans les bras de cet étau, s'ils n'ont pas quelque souplesse et s'ils ne sont pas francs de tares psychopathologiques, luttent souvent en vain contre cette étreinte, sombrent bientôt dans les désordres nerveux, les troubles psychiques graves et parfois même irrémédiables.

Nombreux sont ceux qui échapperont à cet enfer le jour où enfin il y aura synchronisme entre la venue de l'instinct de procréation et la possibilité d'y donner une suite normale.

L'après-guerre, à cet égard, sera gros de troubles de cet ordre à moins que le monde nouveau réalise enfin la conciliation de ces contraires, en apportant la seule solution normale que ce problème comporte.

Il va de soi que toutes les anomalies sexuelles et toutes les perversions de cet instinct primordial ne disparaîtront pas de la sorte comme par enchantement. Un grand pas en avant dans la prophylaxie sociale de cette question sera cependant réalisé.

(*A suivre*).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET SÉANCE ORDINAIRE DU 27 DÉCEMBRE 1920

Présidence de M. PACTET, Vice-président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Conformément aux nouveaux statuts qui ont été approuvés, le président déclare ouverte l'Assemblée générale annuelle.

M. H. COLIN, Secrétaire général, soumet à l'Assemblée diverses propositions du Conseil d'administration. qui s'est réuni avant la séance :

Il devient nécessaire d'augmenter la subvention de la Société aux *Annales médico-psychologiques*. Une part de cette augmentation peut être réalisée par le relèvement des cotisations des membres titulaires. Le Conseil d'administration est d'avis de porter cette cotisation à 50 fr. (*L'Assemblée générale a adopté*).

Les *Annales*, bien que la Société médico-psychologique soit devenue co-propriétaire de cette publication, ne peuvent être consacrées presque en totalité au compte rendu des séances. Le Conseil d'administration propose que 2 feuilles (soit 32 pages) dans chacun des 10 numéros actuels soient réservées au compte rendu d'une séance qui paraîtra autant que possible avant la séance suivante ; il rappelle aux auteurs des communications que celles-ci ne doivent pas dépasser 6 pages du journal (sinon aux frais des auteurs), et qu'il y a intérêt pour tous à remettre le texte des communications au Secrétaire général le jour même de la séance. (*Assentiment*).

©BIUM

Le Conseil d'administration est également d'avis que les membres correspondants, puisqu'aucune cotisation n'est exigible d'après les statuts, soient au moins soumis à l'obligation de s'abonner aux *Annales*. L'abonnement sera de 40 fr. en 1921. Il est évidemment impossible d'exiger que les membres correspondants élus jusqu'à ce jour se soumettent à cette obligation, puisqu'elle n'existait pas au moment de leur admission ; mais les futurs candidats devront la considérer comme une condition nécessaire à leur entrée dans la Société. (*L'Assemblée générale a adopté*).

Elections

M. Pactet, vice-président en 1920, devenant de droit président, il est procédé à l'élection d'un vice-président pour 1921 :

Le scrutin a donné les résultats suivants :

Votants : 23. — Majorité absolue : 12.

M. Toulouse : 20 voix (élu).

M. Sérieux : 1 voix.

M. H. Colin : 1 voix.

Bulletin blanc : 1.

L'Assemblée élit ensuite comme Secrétaire général M. H. Colin par 23 voix et un bulletin blanc sur 24 suffrages exprimés.

MM. Juquelier et René Charpentier sont réélus secrétaires des séances.

M. Mallet est réélu trésorier.

Rapport de candidatures pour l'élection de deux membres titulaires

M. MALLET. — Messieurs, Vous avez chargé une Commission composée de MM. Arnaud, Briand, Charpentier, Dupain et Mallet de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre titulaire de MM. Ducosté, Génil-Perrin, Meuriot et Simon. Les candidats sont déjà membres correspondants de la Société médico-psychologique ; ils vous sont connus. Le rôle

©BIUM

de votre Commission s'est borné à un classement exigé par la limitation des vacances et basé sur l'ancienneté des candidatures.

Elle vous propose pour les deux places actuellement vacantes : en première ligne, MM. Simon, médecin en chef des asiles de la Seine, et Meuriot, ancien interne des Hôpitaux de Paris, directeur de la Maison de Santé de Passy ; en seconde ligne, M. Ducosté, médecin en chef des àsiles de la Seine ; en troisième ligne M. Génil-Perrin, chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté, médecin-adjoint des asiles de la Seine.

A la suite de ce rapport, il est procédé au vote qui donne les résultats suivants :

Suffrages exprimés : 23. — Majorité absolue : 12.

MM. Simon : 19 voix (élu).
Meuriot : 15 voix (élu).
Ducosté : 8 voix.
Genil-Perrin : 3 voix.

Sur la proposition du Conseil d'administration, l'Assemblée générale décide de décerner en 1921 le Prix Christian et le Prix Moreau (de Tours). Elle émet le vœu que le prix Esquirol soit rétabli le plus tôt possible et qu'à défaut des œuvres d'Esquirol, dont les éditions sont épuisées, on donne au lauréat les œuvres de Baillarger, dont la Société, grâce à la libéralité de la famille de l'auteur, possède encore un certain nombre d'exemplaires.

Le rapport du trésorier sera soumis à la Société à la séance de janvier 1921.

SÉANCE ORDINAIRE DE DÉCEMBRE

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de novembre ; le Secrétaire général donne lecture des pièces de la correspondance.

©BIUM

Contribution à l'étude des formes psychiques de la poliomésencéphalite épidémique

par M. Louis LIVET

Le polyomorphisme de cette affection et les troubles psychiques que la plupart des auteurs ont observé, lui ont donné pour les psychiâtres un intérêt particulier. En janvier 1920, M. Marcel Briand attirait pour la première fois l'attention de la Société médico-psychologique sur le délire qu'il avait observé dans l'encéphalite léthargique. En février 1920, MM. Briand et Rouquier rapportaient à la Société médicale des hôpitaux sept observations d'encéphalite léthargique à forme délirante. A la dernière réunion de la Société Clinique de Médecine Mentale, MM. Briand et Borel présentaient un jeune malade dont l'hypomanie n'était qu'une séquelle d'encéphalite épidémique. A la séance de juin de la Société de Psychiâtrie, M. M. Briand présentait encore d'autres cas d'encéphalite léthargique à forme confusionnelle ou hallucinatoire, pendant que MM. Logre et Claude rapportaient d'autres cas.

Les troubles les plus fréquemment observés par ces auteurs consistent surtout en confusion, somnolence, onirisme, délire de rêve, somnambulisme et agitation anxieuse et même raptus pantophobique.

A la documentation relative à cette affection, nous apportons deux observations nouvelles. Notre premier malade a vu les symptômes psychiques évoluer sous forme d'une bouffée hypomaniaque ; notre second malade a présenté une forme névritique où les phénomènes dépressifs et narcoleptiques ont été plus marqués. Voici le résumé de nos constatations :

Ire OBSERVATION. — P... S..., 20 ans, contracta la maladie en Italie, 1920, à Turin. Elle débuta le 4 avril, par un sentiment inaccoutumé de fatigue, une teinte terreuse du visage, une courbature de la diplopie. Pas de frissons ; la température modérée, évoluant pendant 4 jours entre 38 et 38,5, pour tomber bientôt à 37 et 37,5.

©BIUM

Dès cette époque, la maladie avait acquis sa formule psychique. L'insomnie était habituelle, s'accompagnant d'agitation, bavardage incessant ; la parole était saccadée et la diplopie, s'accusait nettement. Malgré son état, le malade est ramené à Paris où il arrive le 17 avril. La diplopie persiste ainsi que l'état confusionnel, le délire prend la forme typique du délire onirique, en voici un exemple :

La mère du malade le trouva un soir assis dans son lit ; il prenait sa température et avait le thermomètre dans la bouche : « Pourquoi ne dors-tu pas », lui dit-elle. — « Parce que j'attends les plombiers pour arranger le tuyau d'eau ». Sa température, ce jour-là ne dépasait pas 37,5.

Une ponction lombaire révéla une réaction méningée assez forte. Le Wassermann pratiqué à deux reprises accusa deux résultats négatifs.

La torpeur était permanente, le jeune malade éprouvait de la somnolence surtout avant le repas, vers 11 heures du matin et 19 heures du soir. On le réveillait avec beaucoup d'insistance. A son réveil, il prononçait pendant quelques minutes des mots sans suite ; puis la conscience revenait plus nette, mais la torpeur persistait.

Il se croyait toujours dans un rêve, marchait d'un pas mal assuré, la tête en avant, le regard vague.

Vers la fin du mois de mai, époque à laquelle nous l'observâmes pour la première fois, le malade, bien qu'amélioré, présentait encore un ensemble impressionnant de séquelles organiques : un hémiparésie droite avec signe de Babinski positif, un ptosi double, du nystamus et de la paralysie vésicale d'ailleurs très fugace. La respiration était courte, le malade éprouvait des palpitations cardiaques et une extrême difficulté à écrire.

Au point de vue psychique, c'est au début la somnolence et la fatigue qui sont le plus marquées ; mais, après 5 ou 6 jours, le tableau se modifie quelque peu, la somnolence persiste pendant la journée et on constate pendant la nuit que l'agitation prend une forme plus hallucinatoire et onirique. M. P. S. se levait, vérifiait les serrures, craignant qu'un voleur ne soit entré. Cette agitation continua dans la journée. Notre malade, s'agitant de plus en plus, éprouvait un besoin de déplacement incessant ; il voulait être partout à la fois, s'obstinant parfois dans une idée malgré la mobilité habituelle et la diversité de son attention. Il passait d'un sujet à un autre avec une spontanéité maladive, liant conversation avec les uns ou les autres sans observer toujours la discrétion que lui imposait son éduca-

©BIUM

tion. « Tout ce qui lui passait par l'idée, nous dit-il, il fallait que ce fût accompli immédiatement. Je voyais les choses de façon indistincte, je n'avais pas pleine conscience, je marchais comme un automate. »

Ce sont là surtout les caractères d'un onirisme légèrement confusionnel. Si nous avons écrit le mot d'*hypomanie*, c'est que l'agitation de ce malade, ses troubles de l'attention, son comportement général faisait immédiatement penser à cet état ; à première vue, notre malade pouvait bien être considéré comme hypomaniaque, mais il n'avait pas l'œil vif du maniaque, ni son agressivité, ni son ton plaisant et euphorique et l'analyse plus complète de son psychisme mettait alors au premier plan l'onirisme.

L'état morbide que nous avons décrit devait s'améliorer assez rapidement, consécutivement d'ailleurs à un abcès de fixation provoqué le 1er juin, ouvert le 5 et qui paraît avoir influencé très favorablement tous ces symptômes de la poliomésencéphalite édidémique. Ce qu'il importe de retenir c'est au point de vue de l'évolution :

Le début par somnolence, puis l'agitation simplement nocturne, enfin l'agitation continuelle.

Au point de vue de la symptomatologie générale : le peu d'élévation de la température, pendant toute la durée de la maladie qui fait ranger le cas précédent dans les formes ambulatoires décrites par Sicard.

Au point de vue plus spécialement psychiâtrique : le caractère hypomaniaque et surtout onirique des troubles mentaux observés. La discordance du délire et de la température.

Enfin, au point de vue thérapeutique : l'influence bienfaisante de l'abcès de fixation.

A l'observation précédente, nous voulons adjoindre un autre cas où la maladie se caractérise principalement par une névrite de la branche inférieure du trijumeau.

Chez M. L..., l'affection débuta par une douleur vive du maxillaire inférieur et une éruption zostériforme siégeant au côté droit du menton et qui gagna ensuite les lèvres, les tempes et le front. Peu après, une stomatite intense se déclara ; les douleurs du malade étaient alors très vives.

En même temps, il accusa des frissons, des spasmes musculaires et des douleurs dans la région lombaire.

La somnolence faisait alors son apparition. A la date du

©BIUM

20 avril, le tableau clinique était complété par un ptosis de la paupière supérieure droite sans diplopie, mais avec léger nystagmus.

La céphalée était violente et très continue.

L'état psychique réalisait le tableau de l'onirisme aujourd'hui classique.

La prostration dominait dans la journée, l'insomnie était de règle la nuit, ou quand le sommeil venait il s'accompagnait de rêves bizarres et impressionnants. A l'état de veille où plusieurs fois notre malade se sentit en proie à une confusion mentale à demi consciente, avec des incohérences passagères, dont il se rendait compte, y mélangeant certaines données de la rêverie. Par exemple, il s'est dit un jour : « Comment se fait-il que mon mal ne disparaisse pas puisque telle chose se produit ? » (Telle chose se rattachait à une lecture sans aucun rapport avec la maladie). A partir du 24 avril on assista à une régression lente et progressive des symptômes douloureux progressant du sommet du crâne à la région maxillaire inférieure.

Le même état mental persiste avec une amélioration moindre et la température sans être élevée dépasse légèrement la normale. C'est à ce moment que nous sommes appelés à l'examiner : son indifférence et son apathie frappent au premier abord, il est mou, paresseux, n'ayant de goût à rien, éprouvant une grande difficulté à fixer et à maintenir son attention : il accuse de la mollesse des jambes, de la perte des forces, des craquements dans les articulations.

Les antécédents personnels du malade ne fournissent d'autres notions que celle d'accès migraineux avec hémianopsie, datant de 17 ans environ, évoquant la possibilité d'équivalents comitiaux, sans rien de confirmatif à cet égard.

Cet ensemble symptomatique s'améliora peu à peu ; la température tomba complètement ; le sommeil redevient régulier ; on put enfin constater un accroissement du poids, des forces et de l'appétit.

L'activité mentale suivit une marche parallèle et notre malade, au début apathique, rêveur, indifférent, s'intéressa davantage à ce qui l'entourait ; il pouvait tenir avec facilité une conversation intéressante ; son sourire n'était plus gêné que par un minime reliquat douloureux dans la région maxiliaire droite.

Dans notre seconde observation, nous relevons en résumé un état légèrement confusionnel avec onirisme au début,

©BIUM

puis demi-stupeur et dépression psychasténique ; c'est bien ici la forme la plus souvent décrite de cette affection.

Ces deux observations présentent des analogies et des dissemblances.

Le premier de nos malades est surtout excité, tandis que le 2e est déprimé. Mais, leur état à tous deux, est surtout un état d'orinisme avec illusion sensorielle qui, après une première période où il atteint son maximum, traîne en longueur avant de s'éteindre définitivement.

Une autre similitude se trouve dans la bénignité relative des accidents observés, et le peu d'élévation de la température, ce qui est la règle.

Ces deux malades sont l'un et l'autre en voie de guérison.

On peut conclure de ces documents cliniques : Que les troubles mentaux sont assez fréquents dans cette maladie et que le délire onirique n'est pas un facteur absolu de gravité.

Que si certains cas d'encéphalite léthargique peuvent revêtir l'aspect clinique du délire aigu ainsi qu'il appert des observations de M. Marcel Briand à la Société médico-psychologique de janvier 1920 et de MM. Briand et Rouquier à la Société Médicale des Hôpitaux, février 1920 et de la communication de M. le Docteur Petit à la Société médico-psychologique (28 juin 1920), de celles rapportées ici-même par MM. Logre, R. Dufour et H. Claude, comme celles que nous avons publiées, sont tout à fait subaiguës et très atténuées dans leur gravité, comme dans leurs manifestations.

L'état mental avec son mélange de somnolence et d'agitation confusionnelle nocturne est par lui-même suffisamment caractéristique pour quelquefois permettre d'établir un diagnostic.

La forme hypomaniaque ou mieux pseudo-hypomaniaque est, croyons-nous, assez rarement observée. Il y a même un symptôme sur lequel il est bon de revenir et d'insister, car il peut prendre dans certains cas une réelle valeur pathognomonique et aider au diagnostic différentiel de l'affection : c'est la *discordance du délire et de la température*. Ce symptôme paraît propre à la poliomésencéphalite épidémique, car, d'une part,

©BIUM

lorsqu'un délire onirique se montre au cours d'une pyrexie aiguë, cette dernière est toujours assez élevée; lorsque, d'autre part, le délire onirique apparaît sans élévation thermique, c'est qu'on est en présence, non pas d'une infection, mais d'une intoxication. L'apparition d'un état confusionnel avec délire de rêve, alors que la température oscille entre 37°5 et 38°, comme on l'observe habituellement dans la poliomésencéphalite épidémique, est un symptôme qui lui est bien particulier et qui garde une grande importance dans le diagnostic différentiel de cette affection.

DISCUSSION

M. Briand. — Les communications comme celles de M. Livet démontrent qu'en dehors de la torpeur, les troubles mentaux sont fréquents dans l'encéphalite léthargique et que parmi les malades qui nous arrivent à Ste-Anne pour délire aigu ou confusion mentale, un certain nombre présentent une forme atypique de cette affection.

M. Marchand. — Le diagnostic entre l'encéphalite léthargique et le délire aigu peut être très difficile. M. G. Petit, qui a fait dernièrement ici-même une très intéressante communication sur les troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique, m'a envoyé l'encéphale d'une malade morte dans son service après avoir présenté les symptômes de cette affection. Or, je n'ai pas trouvé dans ce cas les lésions de l'encéphalite léthargique, mais des lésions profondes des cellules des noyaux de nerfs crâniens et des cellules pyramidales sans aucune trace de périvascularite.

M. Briand. — Il n'est pas moins exact qu'il faut penser à l'encéphalite léthargique toutes les fois que des signes oculaires, chez les aliénés aigus s'expliquent difficilement par le tabes ou la paralysie générale.

©BIUM

Diminution et modification des délires alcooliques à la suite des mesures législatives et administratives prises pendant la guerre

par Dr DE CLÉRAMBAULT
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale

En rentrant dans notre Service après la guerre, nous avons été immédiatement frappé de la diminution du nombre des Délires alcooliques et de leur moindre gravité.

Nous nous proposions de publier une Statistique à ce sujet, lorsque précisément cette Statistique nous fut demandée, en septembre 1920, par M. le Préfet de Police. Voici les résultats que nous avons adressés, pour transmission, à M. le Chef de la 2e Division.

Nos examens comparatifs n'ont porté que sur les 8 premiers mois de l'année 1920, et sur les mois correspondants des années 1911 et 1913. Si donc on veut avoir approximativement les chiffres annuels, on devra augmenter d'un tiers les chiffres donnés.

Nous publierons ultérieurement des chiffres portant sur de plus longs laps de temps.

D'autre part, nous n'avons compris dans notre relevé que les cas où l'Alcoolisme figurait comme cause unique du Délire ; n'ont pas été relevés les cas où l'Alcoolisme figurait comme cause secondaire (Psychoses avec appoint toxique).

I. — Avant 1914, le nombre des délires alcooliques allait continuellement croissant. Le taux de l'augmentation annuelle était d'environ 1/10 (un dixième). Pour les hommes, cette progression était légèrement supérieure à 1/10, et, pour les femmes, légèrement inférieure à 1/10.

Le chiffre global des alcooliques pour les 8 premiers mois de 1911 a été de *407* (à savoir 334 hommes et 73 femmes).

Ce chiffre, pour les 8 premiers mois de 1913, a été de *452* (à savoir 372 hommes et 80 femmes).

Comparés au total des entrées durant le même temps,

©BIUM

ces chiffres en représentaient plus que le quart, et moins que le tiers. (Nous rappelons qu'ils comprennent seulement les cas d'alcoolisme pur, et que l'alcoolisme figurait, à titre secondaire, chez un grand nombre de nos malades).

II. — Pour les 8 premiers mois de 1920, le chiffre des alcooliques accuse, par rapport au chiffre de 1913, une diminution de plus de moitié : *211* délirants contre *452* (deux cent onze contre quatre cent cinquante-deux).

Ainsi le nombre des délires alcooliques a diminué de plus de moitié, exactement des 5/8 (cinq huitièmes) ; là où l'on constatait, avec les mesures susdites, *huit* délirants alcooliques, on n'en trouve plus que *trois* aujourd'hui.

Cette diminution des alcooliques a entraîné une diminution du chiffre total des entrées, diminution de plus de 200 pour 8 mois, soit plus de 300 pour une année.

Dans le total des entrées pour 1920, les alcooliques ne figurent plus, en 1920, que dans la proportion de 1/6 (un sixième).

Cette diminution n'est pas qu'apparente, elle est réelle, car :

1° Les conditions d'observation, d'enregistrement et de recensement ont été rigoureusement identiques pour les 3 années envisagées.

2° Les chiffres des Psychoses autres qu'alcooliques, dans notre Service, n'ont varié que dans des proportions insignifiantes.

3° La population parisienne n'a pas diminué du fait de la guerre, le contraire semble même démontré.

III. — La diminution des délires alcooliques est attribuable exclusivement aux mesures législatives et administratives édictées pendant la guerre et depuis la guerre.

Ces mesures ont agi par deux mécanismes :

1° Restriction de la consommation des spiritueux.

2° Suppresion des essences (absinthe, apéritifs divers).

Le deuxième mécanisme a été certainement le plus efficace.

©BIUM

IV. — Les chiffres respectifs des deux sexes nous montrent une diminution plus accusée du côté hommes.

Nous trouvons, en effet, *160* hommes en 1920 contre *372* en 1913, soit 2 1/2 contre 7 ou, si l'on veut, 5 contre 14 : la diminution est de *près des deux tiers.*

Par contre, les femmes, en 1920, sont encore au nombre de 51 contre 80 en 1913, soit 5 contre 8, soit diminution de *trois huitièmes.*

Pour cette raison, la proportion entre hommes et femmes s'est modifiée : ainsi pour une seule unité du côté femmes, nous constatons du côté hommes les chiffres suivants :

En 1911	4 1/2 (exactement 4,57).
En 1913	4 1/2 (exactement 4,62).
En 1920	3,1

Entre autres termes, nous trouvions, en 1911 et 1913, *quatre* ou *cinq* alcooliques hommes contre *une* femme; il n'y en a plus que *trois* aujourd'hui. Les chiffres absolus ont baissé des deux côtés, mais le chiffre des femmes a moins baissé ; son taux de diminution est deux fois moins rapide.

Cette inégalité dans la diminution sera expliquée au § VII.

V. — Il n'y a pas à considérer que le nombre des cas, on doit aussi considérer leur gravité.

Les cas très graves ont disparu presque entièrement; les cas graves sont devenus plus rares.

Les Délires Alcooliques Suraigus avec obtusion profonde et danger de mort ne s'observent plus que rarement ; il en est de même des Grandes Ivresses Pathologiques (formes prolongées ou agressives). Certains individus, spécialistes de ces ivresses, qui nous revenaient plusieurs fois l'an, ne nous reviennent plus. Les Délires Aigus Simples se montrent moins impulsifs, et les Ivresses Pathologiques, même de moyenne intensité, sont moins fréquentes. Toutes les formes sont devenues plus rares et plus bénignes.

Nous supposons, par suite, que, dans les Asiles de la Seine, auxquels nous transmettons nos malades, on a dû

©BIUM

constater une raréfaction des cas de décès dans les premières heures du séjour.

Toutes ces transformations sont dues à la suppression des Essences, cause classique des cachexies graves et des formes les plus dangereuses au point de vue social. Nous ne constatons plus, à part quelques exceptions dues aux fraudes, que des délires d'origine *vinique*.

Il est à rappeler que les alcooliques buveurs de vin sont de moins funestes procréateurs que les alcooliques buveurs d'essences.

VI. — Les formes suraiguës de l'alcoolisme ont toujours été, proportionnellement, moins fréquentes dans le sexe féminin : peu de grandes confusions, peu de grandes ivresses anormales, peu de décès. Une raison en était que la femme, dont le système nerveux est plus sensible, délire avant l'imprégnation profonde, et, par conséquent, réalise moins facilement les conditions des délires graves ; mais une autre raison, plus importante encore, était celle-ci : la femme s'adonnait moins aux liqueurs à essence ; les délires de la femme étaient surtout viniques.

Or, la consommation du vin, si elle a baissé, ce qui est douteux, n'a pas baissé dans une mesure comparable à celle des essences ; pour cette raison, le chiffre des délires féminins devait baisser moins rapidement que le chiffre des délires masculins.

Il y a encore, du côté femmes, une autre raison qui a ralenti la diminution des délires : c'est que les femmes, depuis la guerre, se sont en grand nombre portées vers le travail industriel ; or, ce dernier est un facteur d'alcoolisme.

On pourrait objecter que la proportion des sexes depuis la guerre s'est modifiée ; nous répondrons que le chiffre des hommes n'a pas diminué dans la proportion de 8 à 3, et qu'à Paris les vides sont partiellement comblés par un apport de la province et de l'étranger. Or, nous ne trouvons plus, pour *une* délirante, que *trois* délirants au lieu de quatre ou cinq, chiffres d'autrefois.

Quant à un changement spontané des habitudes du sexe guerrier, il serait utopique d'y songer.

©BIUM

Enfin, le chiffre *absolu* de la population féminine dans Paris a augmenté depuis la guerre (ouvrières, employées, familles de réfugiées) : cette augmentation n'a pas empêché le chiffre *absolu* des délirantes alcooliques de diminuer dans la proportion de 8 à 5.

VII. — Les mesures prohibitives et restrictives auxquelles nous faisons allusion sont les suivantes :

Loi du 16 mars 1915 (Suppression de la Vente de l'Absinthe et des Essences).

Loi du 9 novembre 1915 (Limitation du nombre des Débits).

Loi du 1er octobre 1917 sur l'Ivresse.

Divers Décrets Ministériels et Arrêtés Préfectoraux, notamment les Arrêtés relatifs aux heures de fermeture, et les Décrets élevant les Droits sur les Alcools.

L'élévation du prix de l'alcool n'a pas été fonction seulement des conditions économiques, mais encore des mesures fiscales, comme le montre le tableau suivant :

Prix du Litre d'Alcool à 100°

	Prix du Commerce	Droits	Total
	—	—	—
Avant-guerre	0 60	1 80	2 40
1919		3 80	
Juillet 1920	4	6	10
Octobre 1920	4	10	16

CONCLUSIONS

Nous constatons à l'Infirmerie Spéciale des modifications profondes dans le Mouvement des Alcooliques.

Le nombre annuel des Alcooliques a diminué de plus de moitié, bien que le nombre annuel des malades ait peu changé.

La gravité des cas de Délires Alcooliques, examinés soit en eux-mêmes, soit dans leurs conséquences sociales (dangers pour la sécurité publique et pour la race), a diminué.

Le total des Alcooliques des deux sexes pendant les 8 premiers mois de 1911 a été de *407*, et, pour la même

©BIUM

période en 1913, de *452*. Il est descendu en 1920 à *211*. Le chiffre des Alcooliques, sans distinction de sexe, s'est donc abaissé dans la proportion *de 8 à 3*.

La diminution, du côté hommes, a été de 7 à 2 1/2, ou, si l'on veut, de 14 à 5.

La diminution a été, du côté femmes, moins marquée que du côté hommes : elle a été de 8 à 5.

La diminution est, en résumé, *de 14 à 5* pour les hommes, et *de 8 à 5* pour les femmes.

Ces modifications sont dues exclusivement aux mesures diverses prises contre la consommation des Spiritueux, et, en particulier, à l'Interdiction des Essences.

Il serait désirable que les Pouvoirs Publics, encouragés par ce succès, renforcent encore les restrictions et prennent des mesures très rigoureuses contre les fraudes.

Nous reviendrons sur ces résultats après le Recensement de 1921. Nos relevés porteront cette fois sur toute la période de la guerre et toute la période d'après-guerre.

M. Legrain. — Les résultats que vient de signaler M. de Clérambault sont encourageants ; ils ne durent malheureusement qu'autant que durent les mesures prohibitives elles-mêmes, et il reste à la propagande individuelle beaucoup à faire.

Toutefois, les règlements restrictifs ont porté partout des fruits et voici quelques chiffres empruntés aux statistiques étrangères qui concordent avec ceux de Paris.

Pendant la guerre, les cas de folie d'origine alcoolique ont diminué en Allemagne de 75 0/0.

En Belgique, d'après le Professeur Ley, ils étaient inconnus pendant la dernière année de l'occupation allemande, l'Allemagne exerçant pour des raisons tout à fait étrangères à l'intérêt de la population belge, un contrôle très sévère sur la consommation de l'alcool.

En Bavière, en 1906, 23 0/0 des aliénés étaient des alcooliques ; en 1918, il n'y avait plus que 3 0/0 des aliénés qui devaient leurs troubles mentaux à l'alcool. Mais depuis quelques mois, la consommation de la bière est redevenue libre et l'alcoolisme réapparaît.

©BIUM

De la mimique hallucinatoire et du diagnostic de l'hallucination auditive verbale

par M. QUERCY

Voici des malades qui parlent comme des hallucinés, qui se comportent en hallucinés, mais qui avouent facilement ou affirment spontanément ne pas entendre de voix, n'en avoir jamais entendu (1).

Il n'est pas besoin de dire qu'il ne s'agit ni d'hystériques, ni de déments précoces, ni de déments ; ce sont : une « délirante chronique », une persécutée de vieille date, une persécutée récente et un malade aigu. J'espère, par ce choix, échapper à certaines objections.

I. Le premier malade est un « aigu ». — P..., 30 ans, cultivateur. Après quelques jours d'insomnie, de cauchemars, de préoccupations, apparition rapide de troubles polymorphes : excitation sexuelle, vagues idées ambitieuses, idées mystiques, terreurs subites, agitation, fugues brèves, etc. Pendant ses premiers jours d'asile, se conduit comme un de ces très nombreux malades dont il est facile de faire le certificat mais non le diagnostic. L'essentiel de ses troubles apparents pouvait se résumer sous les titres, agitation, propos incohérents, idées délirantes très confuses, désorientation, insomnie, état général médiocre.

Il présentait en outre, et c'est ce qui nous intéresse le plus, l'apparence d'un halluciné, dans sa mimique et dans ses propos. C'est ainsi qu'il lui arrivait de lever brusquement la tête et les yeux au ciel et de rester ainsi pendant des minutes entières, attentif et monologuant... « ce que je fais, j'ai des ordres pour »... « c'est au ciel qu'on me commande »... « mes parents me disent de leur obéir »... « ils vous le diront s'ils veulent, ils causent à leur fils »... « oui, avec les oreilles, ils ont des oreilles et ils n'entendent point »... « avec les oreilles du corps, évidemment »... « tu as pleuré, qu'elle me dit »... « la mère me dit, t'occupe pas de ça, tu ne dois pas travailler »... « mes parents

(1) La question n'est pas neuve et je dois le meilleur de ce que je vais dire à l'influence de M. Chaslin et de M. Séglas. Je ne fais d'ailleurs ici que développer un détail de communications antérieures.

©BIUM

me parlent avec un téléphone sous la cambuse », etc., etc.

Voici maintenant, contre le diagnostic d'hallucinations, une série de probabilités.

Le fait même qu'il monologue en est une. On sait que, très souvent, l' « halluciné » banal, des « hallucinés » classiques, des « hallucinés » célèbres font les demandes et les réponses, et cela, dans des conditions qui rendent l'existence de l'hallucination infiniment improbable. Ici, le monologue s'est toujours fait à voix très basse et il ne m'a pas été possible de l'analyser.

Une deuxième probabilité nous est fournie par diverses déclarations, obscures mais suggestives, du malade sur ses monologues.

Pourquoi parlez-vous tout seul? « C'est comme une pierre qui remue » — ? — « un remous dans l'eau, une secousse, un cercle. » — ? — « Je sens ma gorge qui se développe »... « En ce moment, on me pousse pour me faire parler... comme une mécanique... dans l'oreille... toutes les articulations de la bouche... le front »... « Quand je parle bas, je m'imagine qu'on m'écoute au bout d'un fil ».

Mais vous venez de me dire que vos parents vous parlent avec un téléphone sous la cambuse ! « Si j'ai dit ça, il faut le rayer ».

« Quand je parle, j'entends un bourdonnement comme s'il y avait quelqu'un qui suit mes paroles... j'ai un *pressentiment*,... un espion... oui, un espion... j'ai toujours senti ça, quelqu'un me tuyaute les oreilles, une bouffée d'air. »

« Quand je chante, *je sens* qu'on m'approuve ».

Sans nous arrêter à ces déclarations, dont chacune mériterait une discussion, passons à un troisième groupe de probabilités. Il nous est fourni par son affirmation répétée qu'il n'entend pas de voix ; cette affirmation est déjà dans ce qui précède, elle va se préciser.

« On me dit de dire que c'est Léontine ». Qui ça ? Une voix ? « Non, je n'ai pas entendu de voix, c'est une poussée d'air ».

« Quand je dis des blagues, elle rit en même temps que moi. » — ? — « Si, elle rit, je l'entends. » — ? —« Je sens une sensaiton. » — ? — « C'est moi qui ris et alors c'est le vacillement de l'air... je ne peux pas expliquer ça ; je ne suis pas Dr ».

« Oh non ! elle ne parle pas ; c'est son cœur qui correspond avec le mien ».

Ajoutons enfin que le malade, en pleine mimique hallucinatoire et au moment où nous notions silencieusement

©BIUM

ses propos, a prononcé, à la surprise générale : « elle me parle — non — elle me fait parler »... « c'est pas qu'elle m'apparaisse, mais elle me fait prendre comme elle ; quand elle parle, c'est moi qui parle... c'est moi qui dit les paroles qu'elle veut dire ».

Cet état a duré une dizaine de jours ; après quoi, P. n'a plus rien dit ni rien fait qui permît de le considérer comme halluciné, même quand on tentait de l'amener sur ce terrain. — Après un mois environ, assez amélioré pour être interrogé avec quelque précision, il affirme ne plus se rappeler ses propos hallucinatoires, il affirme n'avoir jamais rien entendu ; par contre, il se souvient parfaitement de ses attitudes hallucinatoires et des circonstances où il les a prises. « Je tenais la tête comme ça parce que j'avais eu un officier qui me le faisait faire... parce que ça me faisait mal... je ne pouvais pas faire autrement, elle se levait toute seule. » A l'explication symbolique, dirai-je théologique, de la période aiguë, a succédé l'explication positive.

II. La deuxième malade est une jeune fille, persécutée depuis quelques mois. Domestique, elle fuit ses persécuteurs de place en place ; elle retourne chez elle, mais après de longs détours, se plaint aux autorités et nous arrive. D'abord réticente et classiquement réticente, elle se décide un beau jour à parler asez abondamment.

Elle n'a pas réalisé d'attitudes hallucinatoires devant nous, mais la religieuse l'a souvent vue écouter et répondre à d'invisibles interlocuteurs. Alors, on vous parle. « Mais oui, M. le Dr ». — ? — « Des insultes ». — ? — « Je ne me salirai pas la langue à les répéter ». A nos questions sur les propos des voix, la malade a invariablement répondu que nous les connaissions aussi bien qu'elle et jamais elle ne nous en a cité un mot.

? — « C'est presque toujours la même voix, mais je ne sais pas qui ».

? — « C'est presque toujours bas » — ? — « pas toujours, des fois plus fort ». — ? — « J'entends comme quand vous me parlez, mais ce n'est pas la même chose ». — ? — « Vous l'entendez comme moi », etc. — D'autre part : nous le répétons, même devenue confiante, cette malade ne nous a jamais cité une seule des paroles de ses

©BIUM

persécuteurs. Mais ce n'est là qu'une probabilité de non hallucination des plus discutables et il en est de même de celle-ci : la pauvreté des caractères physiques de la voix. D'autres indices sont autrement sûrs. Le premier est dans sa prétention à entendre constamment la mystérieuse voix. Nous la faisons rester à côté de nous pendant que nous examinons une autre malade ; elle paraît s'intéresser à notre examen, n'est pas un instant distraite et, cependant, nous affirme qu'ils n'ont pas cessé de parler. Il y a là du délire d'hallucinations, la prétention à être constamment hallucinée.

Mais ce n'est pas tout ; elle n'a pas besoin d'un élément sensoriel effectif pour édifier une idée délirante à contenu sensoriel. Ex. : Les gendarmes lui ont mis un « bracelet » qui leur permet de savoir tout ce qu'elle pense, un bracelet banal, comme chacun en a vu ou porté. Mais elle ne l'a jamais vu, elle ignore en quel point de son corps il est placé, elle n'a jamais rien senti de particulier et tout cela lui paraît fort simple ; au moment où on l'a prise pour la conduire ici, sa sœur a parlé de bracelet. Voilà bien une idée délirante à contenu sensoriel et à la formation de laquelle l'élément sensoriel n'a pris qu'une part insaisissable. Et beaucoup d'hallucinés auditifs ne le sont pas plus que celle-ci n'est hallucinée tactile.

A l'inverse de l'élément sensoriel, l'élément moteur joue un grand rôle chez elle. — « On me coupe la parole »... « On me fait *rire* malgré moi ». Il lui arrive en effet d'éclater de rire sans raison apparente. « C'est plus fort que moi... je ne suis pas gaie... on me force à rire... sans rien me dire... je vous demande pardon. »

« Ils voudraient me faire *chanter* ; ils ne me préviennent pas, comme une machine ».

« Ils me font *parler* très souvent ; ils me forçent la voix »... « Les mots qu'ils disent, quelquefois ils me les font répéter »... « Quand je pense quelque chose, ils me le font répéter, quelquefois ».

« *J'ai cru longtemps que c'était moi qui disais ce que je pensais.* »

Après ces probabilités : prétention à être constamment hallucinée, pauvreté ou nullité de l'élément sensoriel nécessaire, importance de l'élément moteur ; voici enfin des déclarations formelles, telles qu'elles sont venues nous surprendre, après un mois d'observation discrète. « Ce n'est pas une voix. Je ne saurais pas dire ce que c'est. » « C'est pourtant quelqu'un qui parle ; je ne sais pas expli-

©BIUM

quer. » « On entend comme si on entendait ». — Mais ça fait du bruit ? — « Non, aucun... c'est une voix qu'on entend. » — Un chuchotement, comme ça ? — « Ce n'est que par la pensée. » — ? — « Je ne peux pas reconnaître la voix, ce n'est que par la pensée. » — ? — « Je ne sais pas d'où ça vient, c'est dans la tête. » — ? — « Vous l'entendez comme moi. » — « Après çà », me disait la surveillante, « je ne crois plus aux hallucinés. » Je n'irai pas aussi loin, ayant d'assez nombreux malades dont les « voix » sont restées irréductibles à tout autre processus que la perception sans objet, ou plutôt, sans *son* objet.

III. La troisième malade est une persécutée ancienne, chronique, sans idées de grandeur. Agée de 40 ans, elle est persécutée depuis 7 ans par un certain nombre d'individus, hommes et femmes, qu'elle nomme et qui viennent, nuit et jour, l'injurier et la frapper.

« Elle me dit de me tuer, de me teinturer » : « Une teinture, c'est une personne qui travaille à souiller notre âme »... « Elle me met du charbon sur la figure »... « Pas en ce moment peut-être, mais ils m'ont teinturée bien des fois »... « La teinture doit être l'enfant de Victorine, elle me tue avec sa teinture ».

« Il n'y a pas de noms et de bêtises qu'ils ne me disent pas »... « Entens-tu, vieille vache, p... »... « Trique-la, fouette-la, agite-la donc, fonctionne-la donc, teinture-la donc, donne-lui donc des remords de conscience, affole-la donc »... « La grosse Mélanie m'a dit de donner... Ah, je ne me rappelles plus quoi »... « B... me traite de sacrée foutue vilaine bourrique »... « Vous devez les entendre »... « Celle qui m'envoie des douleurs de tête m'appelle mal de tête »... « Une grosse voix »... « En ce moment, ils sont là, derrière, ils m'écoutent »... etc.

La malade a été enfin « hallucinée » devant nous, ou plutôt, elle a pris par instant l'attitude hallucinatoire la plus nette, écoutant ce qui se passait derrière le mur mais disant ne pas bien comprendre. Elle est d'ailleurs bien connue dans le service comme étant sans cesse en conversation avec ses voix.

Par contre, de nombreux faits sont venus nous montrer que ses « hallucinations auditives » d'aspect si éminemment sensoriel, ne sont que des impulsions verbales.

Ces grosses voix sont dans son corps. « Elle jure dans mon corps, sa tête et son esprit sont dans mon corps. »

« Elle crie là, derrière le mur » (attitude auditive extrêmement nette). — ? — « Oui, mais elle est dans mon

©BIUM

corps quand même ». A diverses reprises, la malade a insisté sur cette double localisation de la même voix, au même instant, derrière le mur (où elle écoute, et dans son corps (abdomen, thorax, larynx et bouche, à l'exclusion des membres et du crâne).

Lancée sur le chemin des révélations séméiologiques, elle ne s'arrête plus. «Elle vient dans mon corps... sa voix vient dans la mienne... elle me fait dire comme elle dit... ils me font parler de force »... « Tenez, en ce moment ils me battent. » A ce moment, en effet, on entend un marteau, dans une pièce éloignée. — ? — « Oui, c'est ça, c'est des clous, mais ils me battent tout de même... et vous aussi, ils vous battent ». — ? — « Oui, je suis ici, mais ils me battent ». Mais vous n'avez pas l'air de sentir les coups ? « Mon Dieu, que c'est drôle que vous ne voulez pas me croire ; ils me battent par esprit... Nous avons des corps partout... », etc., etc.

Cette paysanne ferait la joie de M. Lévy-Brühl mais je ne poursuis qu'un but et il me paraît atteint ; comme tant d'autres, cette apparente hallucinée n'a pas de perception sans objet.

IV. R..., femme de 40 ans, atteinte depuis des années d'un énorme délire de persécution et de grandeur. Elle est poursuivie par un certain nombre de personnes, qu'elle nomme, et défendue par la police (!). Toutes les nuits, on la torture, on la viole, on la guillotine et on lui remet n'importe quelle tête. Sa mère n'est pas sa mère, elle est sa propre fille, elle est Eve, mère de Dieu et elle s'est incarnée en une foule de grands personnages féminins. Ses explications sont péremptoires et bourrées de néologismes. Nous sommes en présence d'un de ces cas où le délire chronique de Magnan s'est pleinement épanoui. Elle raconte les plus belles hallucinations nocturnes qui soient, mais que se passe-t-il le jour et, en particulier, devant l'observateur ? A chaque instant, la conversation est interrompue; la malade tourne la tête, elle écoute, *sa voix change,* elle prononce quelques paroles, le plus souvent inintelligibles, et revient à la question. Vient-elle d'avoir une hallucination auditive ? On serait d'autant plus disposé à le croire, qu'aux premières questions sur ce qui vient de se passer, elle ne manque guère de répondre : « C'est Mme M... qui parle... Ce n'est pas moi qui ai dit ça, c'est l'abbé G... », etc.

Mais pour peu qu'on veuille lui faire dire expressément qu'elle a entendu une voix étrangère et extérieure lui parler, la malade *proteste,* et nous apprend, et nous répète

©BIUM

que ses persécuteurs agglutinent leurs cervelles à la sienne et parlent par sa bouche. « Quand je leur pose une question je n'ai qu'à écouter et ils répondent par ma voix... Je reconnais leur voix dans ma bouche... »... « Certes non, je ne sens rien, ils sont trop malins, mais je m'en aperçois bien »... Mais pourquoi vous tournez-vous vers le mur et écoutez-vous comme s'il étaient dans la cour ? « Ah, je ne sais pas, c'est machinal ». « Hier, j'ai battu Mme X. (une autre malade) et on m'a camisolée ; c'était l'abbé G... qui m'avait agglutiné sa cervelle et j'ai cru que c'était moi qui étais en colère tant sa cervelle était agglutinée... Et il parlait, il parlait ; par ma bouche, pour faire croire que c'était moi ».

Le système délirant a pris ici une forme particulière. On n'y trouve plus trace d'éléments hallucinatoires; l'objet est toujours une parole réellement prononcée, un acte réellement accompli ; l'agent matériel, la bouche qui prononce, le bras qui agit est bien son bras, ou sa bouche ; mais le cerveau actif n'est pas son cerveau, c'est celui d'un persécuteur qui s'agglutine au sien ; et cela, de façon si habile et si discrète qu'elle ne s'aperçoit de la chose qu'à ses effets ; elle a même parfois du mal à distinguer, dans une phrase, dans un mot, ce qui lui appartient de ce qui lui est imposé par un agglutiné : « ce n'est pas tout à fait moi qui ai dit ça ».

Mais ce système était d'abord caché sous l'aspect franchement et banalement hallucinatoire de la mimique, de tout le comportement et des premiers propos.

Chacun de ces malades permettrait d'amples commentaires. M'en tenant au programme très restreint que je me suis tracé, je conclurai d'un mot : le comportement hallucinatoire n'implique pas l'état hallucinatoire. Quand un malade dit : « J'entends telle voix, qui vient de tel point » ; quand il l'écoute et lui répond, ses propos et sa mimique peuvent être vides du contenu sensoriel qui paraît d'abord les remplir. Parmi ces malades, j'en ai décrit ailleurs qui conformaient leurs affirmations à cette apparence et ce n'est que par une analyse plus ou moins pénible qu'on peut se convaincre qu'ils ne sont pas hallucinés. Ceux que j'ai décrits aujourd'hui s'empressent de reconnaître ou d'affirmer qu'ils n'entendent pas de voix et n'en ont jamais

©BIUM

entendues. Ces faits permettraient bien des hypothèses, toutes me paraissent trop aventureuses pour que je veuille en dire plus que je n'en ai avoué dans le cours du texte.

La séance est levée à 17 h. 45.

Les Secrétaires des séances,
P. JUQUELIER et René CHARPENTIER.

XXIVe CONGRÈS
DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
Strasbourg (26 août 1920)

Après six années d'attente, la XXIVe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, qui devait se tenir à Luxembourg en août 1914, et que supprima l'agression allemande, vient de se tenir à Strasbourg, dans les locaux construits en terre française par l'envahisseur. Le succès en fut très grand. Présidée par le professeur Dupré qu'assistait le professeur Pfersdorff (de Strasbourg), remarquablement organisée par les dévoués secrétaires généraux, nos collègues Courbon et Lalanne, la session de Strasbourg avait attiré un grand nombre de congressistes. Tous furent d'avis de continuer la tradition de nos sessions annuelles et l'assemblée générale décida, à l'unanimité, de tenir une session à Luxembourg, en 1921. Les sessions suivantes furent également fixées, à l'unanimité, à Quimper en 1922, et à Besançon en 1923.

Laissant à d'autres le soin de relater les réceptions si cordiales et les agréables excursions qui nous avaient été préparées en Alsace, il ne sera question ici que des travaux du Congrès. Leur nombre fut grand et leur intérêt tel qu'une rapide revue générale est nécessaire en attendant que paraisse le volume du compte rendu officiel du Congrès.

Au cours du remarquable discours par lequel il déclara ouverte la session de Strasbourg, le professeur Dupré exposa une magistrale étude des réactions mutuelles des malades et de leur entourage : « L'interpsychologie dans les affections mentales ». Dans l'interpsychologie morbide,

©BIUM

telle que celle-ci se présente à l'observation du praticien, de l'expert et du criminaliste, M. Dupré distingue trois ordres de réactions : d'abord sous le nom de centripètes, les réactions de l'entourage sur le psychopathe ; ensuite, sous le nom de centrifuges, les réaction du psychopathe sur son milieu ; enfin, sous le nom d'interréactions mixtes, les influences réciproques qu'exercent l'un sur l'autre le malade et son entourage.

Parmi les réactions centripètes, les deux plus importantes sont la méconnaissance et l'exploitation du psychopathe par son entourage. Les réactions centrifuges, de plusieurs ordres, s'exercent soit par la suggestion, soit par l'imitation, soit par la contagion morbide. Les interréactions mixtes comprennent l'intervention des influences précédentes associées et s'exerçant fréquemment en dehors de la conscience du malade et de son entourage.

Se limitant à l'étude de la première série de ces réactions, la *méconnaissance* et l'*exploitation du psychopathe par son entourage*, M. Dupré les passa en revue successivement chez les débiles, simples ou pervers, pauvres ou fortunés, chez les déments, principalement dans la paralysie générale, les encéphalopathies organiques à type diffus, la démence sénile, chez les déséquilibrés, enfin chez les délirants hallucinés, interprétateurs, imaginatifs, insistant sur les persécutés-persécuteurs, lucides et chroniquement excités.

Ainsi que l'a rappelé M. Dupré, la méconnaissance et l'exploitation des malades se rencontrent dans les différents milieux : familial, social, judiciaire, administratif, militaire, etc., et n'ont pas échappé à l'observation des grands romanciers tels qué Balzac, Flaubert, Maupassant, Anatole France, Paul Bourget, etc.

M. Dupré en terminant, insiste sur la portée philosophique et pratique de l'interpsychologie générale, dont les lois, éclairant les relations de la société avec l'individu, démontrent que l'activité humaine, normale ou morbide, est, dans son déterminisme, d'ordre essentiellement interpsychologique. Ainsi, de toutes les sciences médicales, la psychiatrie est celle qui, pénétrant le plus avant dans l'étude des rapports qui unissent l'individu et la société, démontre le mieux que notre personnalité n'est qu'une émanation de l'organisme social, et que la vie psychique individuelle n'est, dans son unité passagère, qu'un reflet, une condensation, et, pour ainsi dire, une cristallisation de la vie psychique collective.

⁂

©BIUM

M. A. Delmas, à qui avait été confié le rapport de psychiatrie, présenta avec beaucoup de clarté, un travail très important et plein de vues personnelles sur *Les psychoses postoniriques*. Définissant l'onirisme : une forme de confusion mentale compliquée de délire hallucinatoire, Delmas classe parmi les psychoses postoniriques tous les états psychopathiques qui ont pour caractères : de ne pas exister avant l'accès onirique, de lui succéder immédiatement et directement, d'emprunter tout ou partie des éléments constitutifs de l'épisode onirique ou de se transformer par une transition insensible, d'affecter, en un mot, avec l'accès onirique initial des rapports tels qu'il paraisse invraisemblable de contester à l'accès onirique le rôle d'une cause étiologique importante et au moins occasionnelle.

Au point de vue *clinique*, Delmas divise ces psychoses en états psychopathiques transitoires (phase de réveil du délire onirique et ses formes prolongées ; idées fixes postoniriques plus ou moins prolongées mais toujours transitoires, et en états psychopathiques durables (délires permanents postoniriques; psychose hallucinatoire postonirique pouvant guérir ; amnésie rétro-antérograde continue post-confusionnelle englobant le syndrome de Korsakoff ; démence précoce post-confusionnelle admise par Régis et ses élèves). L'auteur ajoute qu'en survenant épisodiquement au cours de l'évolution de toutes les psychopathies, l'onirisme peut donner naissance à des appoints postoniriques, soit sous formes d'idées fixes, soit sous forme d'un système de nature interprétative (délire systématisé de rêve à rêve de Klippel).

La *pathogénie* des psychoses postoniriques réside en l'intoxication génératrice de l'accès lui-même, soit directement, soit par le mécanisme auto-toxique mis en lumière par les travaux de Klippel et de ses élèves. Leur thérapeutique est celle, suivant les cas, des états toxiques ou des états vésaniques.

Bien des questions, soulevées par M. Delmas au cours de son rapport ou posées par lui en terminant, sont restées sans réponse. La légitimité de la division des psychoses postoniriques en psychoses d'origine toxique et psychoses d'origine vésanique, l'existence de la confusion mentale chronique, de la démence précoce post-confusionnelle, l'assimilation des psychoses polynévritiques, aux psychoses postoniriques sont autant de points sur lesquels l'accord est loin d'être fait. Il en est de même des limites qu'il convient d'assigner aux psychoses postoniriques ; le rapporteur semble les avoir étendues beaucoup, décrivant non

©BIUM

pas seulement les états postoniriques, mais les états post-confusionnels.

Et ceci paraît tenir à la définition qu'il a adoptée de l'onirisme. On ne saurait considérer l'onirisme comme une forme de confusion mentale. L'onirisme peut exister sans confusion mentale ; c'est là l'opinion classique, elle est confirmée par des faits analogues à celui que j'ai rappelé au Congrès. Confusion et onirisme sont les deux manifestations psychopathiques des états toxi-infectieux et les caractérisent. Très souvent coexistants, ces deux syndromes se rencontrent isolément, à l'état pur, sous forme de confusion mentale primitive simple ou de délire onirique amnésique et non confusionnel.

M. Delmas, d'ailleurs, a bien voulu admettre que, dans quelques cas, on a pu voir l'onirisme se produire en dehors de toute confusion. Cela suffit pour que l'on ne puisse pas considérer l'onirisme comme une forme de confusion mentale. C'est en faisant de l'onirisme un état confusionnel que le cadre des psychoses postoniriques s'est trouvé ainsi élargi.

Au cours de cette discussion, je fus amené à insister sur le rôle de l'attention (exaltée dans l'onirisme hallucinatoire, ou très diminuée dans la confusion) dans la genèse de l'amnésie ; à rappeler le rôle de l'exaltation imaginative dans la construction du délire hallucinatoire et celui de l'hyperémotivité dans la prolongation de la phase de réveil du délire onirique.

M. Hesnard exprima également le regret que le rapporteur n'eût pas suffisamment différencié l'onirisme d'avec la confusion génératrice, et même d'avec la toxi-infection causale. Pour lui, l'onirisme, bien qu'étroitement lié à la confusion, ne se confond pas avec l'obnubilation psychique. Il en résulte qu'il peut être imprudent d'appeler postoniriques une psychose hallucinatoire, une psychose amnésique de Korsakoff et surtout une démence post-confusionnelle qui sont le produit de la toxi-infection et non pas de l'onirisme.

Par contre, M. Hesnard regrette que M. Delmas n'ait pas parlé du postonirisme épileptique, de celui qui succède aux états somnambuliques, de l'onirisme hystérique, et enfin des états mélancoliques ou dépressifs postoniriques. La formule suivante de Régis est à conserver : sont postoniriques les seuls accidents psychiques ayant avec l'onirisme antécédent, des relations manifestes de caractère et d'origine.

(*A suivre*). René CHARPENTIER.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ANTHROPOLOGIE

Manuel d'anthropologie pédagogique basée sur l'anatomo-physiologie de la croissance. Méthode Auxologique, par le Docteur Paul Godin. (Delachaux et Niestlé S. A. édit., Neuchâtel et Paris).

La méthode auxologique ramasse dans une formule individuelle de l'enfant les renseignements divers, les mesures et points de repère anthropologiques nécessaires à l'étude générale de la croissance (auxologie), les calculs et rapports (indice de croissance, indice de conditionnement de la force psychique, indice de conditionnement de la force motrice). Cette formule individuelle est, pour l'auteur, le critère biologique fondamental. Elle permet le contrôle par la comparaison de l'enfant avec lui-même. Sa figuration graphique, les déductions pédagogiques qu'elle comporte aboutissent à l'établissement d'une fiche scolaire synthétique et synoptique, dite « La Synoptique ».

Le présent manuel est celui de l'éducateur physique au même titre qu'il est le manuel de l'éducateur intellectuel, moral et médical. Car, dans l'esprit de la méthode auxologique, inspirée par les lois biologiques du mouvement progrès, des alternances et de l'association fonctionnelle, il n'y a qu'une seule pédagogie où l'instruction se fond avec l'éducation et avec la direction physique.

R. C.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée, par Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix (30 vol. Maloine, édit., Paris, 1920).

Destiné aux médecins praticiens, ce traité, essentiellement clinique, fait une large place aux spécialités. Laissant de côté les notions historiques ou purement théori-

©BIUM

ques, il s'attache à l'analyse minutieuse des symptômes, à l'étude patiente des éléments du diagnostic, à l'exposé des notions les plus complètes sur la thérapeutique. Ecrit avec la collaboration d'auteurs particulièrement qualifiés, il constitue une encyclopédie des notions indispensables aux médecins pour éviter et guérir les maladies après avoir appris à les reconnaître et à les dépister. D'un format très pratique, remarquablement bien présenté, ce traité inaugure de façon très heureuse l'édition médicale française d'après-guerre.

R. C.

Déontologie et Jurisprudence Médicale, par LE GENDRE et H. RIBADEAU-DUMAS. (Tome I du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix, 30 vol. Paris, Maloine édit., 1920).

Bienfaisant enseignement pour la formation du médecin, exposé sincère de l'état actuel, matériel et moral, de la corporation médicale, ce livre, d'une haute portée morale et d'une lecture très attachante, montre que notre profession ne maintiendra son rang social qu'en joignant à une instruction technique solide, l'esprit de sacrifice et d'altruisme.

Une première partie, de déontologie et de technique professionnelle traite de l'apprentissage et de la pratique de la médecine, des rapports du médecin avec les collectivités, de la protection du médecin par les associations de bienfaisance, de prévoyance et de défense professionnelle.

La deuxième partie est consacrée à un commentaire juridique des lois et décrets concernant la médecine, parmi lesquels on trouvera les dispositions législatives concernant le régime des aliénés et les interventions médico-légales.

R. C.

Foie et Pancréas, par J. CASTAIGNE, M. BRÛLE, NOËL FIESSINGER, G. FAROY et H. GARBAN. (Tome XII du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix. 30 vol. Maloine édit., Paris, 1920).

Ecrit par des médecins dont les travaux personnels ont contribué aux progrès considérables de cette branche de la Pathologie, ce livre est une remarquable mise au point de

©BIUM

l'état actuel de la question et de l'intérêt des progrès accomplis. Après une magistrale introduction dans laquelle M. Castaigne montre comment, à l'heure actuelle, doit être conduit l'examen d'un hépatique, MM. Brûlé, Noël Fiessinger et Garban exposent avec méthode, dans des chapitres pleins de vues originales, la pathologie hépatique. La séméiologie du Pancréas et les affections de cette glande sont décrites très clairement par M. Faroy qui donne une analyse minutieuse des signes de l'insuffisance pancréatique.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

Traité de médecine légale infantile, par André Collin et Henri Rollet, juge au Tribunal de la Seine, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Préface du Dr J. Séglas, médecin de la Salpêtrière. Paris, Delagrave, 1920.

Voici un livre qui donne plus qu'il ne promet. Il s'intitule *Traité de médecine légale infantile*. Et c'est bien une étude très complète de la médecine légale psychiatrique de l'enfance. Mais c'est aussi une étude neuro-psychologique de l'enfant. Les auteurs ont pensé que la connaissance des réactions antisociales et des remèdes dont elles peuvent être justiciables devait avoir pour base la pathologie et que la pathologie devait à son tour s'appuyer sur la physiologie — en l'espèce le développement neuro-psychique du sujet. — Les médecins ne critiqueront certainement pas cette conception.

C'est donc à la lumière de l'ontogénèse du jeune délinquant que MM. Collin et Rollet examinent ses actes nocifs et ses tares. Ils prennent l'ontogénèse à sa source même, et commencent par une étude de l'hérédité, estimant que les caractéristiques psychologiques et pathologiques de la famille peuvent déjà, par elles-mêmes, fournir des indications précieuses sur l'avenir de l'enfant coupable et, par conséquent, sur les mesures à lui appliquer. « Sachons d'où viennent les enfants délinquants, et nous saurons où ils iront. » Les auteurs distinguent une hérédité névropathique (enfants névropathes, fils de névropathes), une hérédité toxi-infectieuse (enfants névropathes, fils de parents porteurs d'une toxi-infection) et une hérédité que l'on peut appeler mixte (enfants descendants de névropathes toxi-infectés).

Dans le premier cas, on est en présence d'une hérédité

©BIUM

similaire, consistant dans la transmission de caractères acquis par les ascendants et fixés, au moins dans une certaine mesure, dans la famille. Le sujet apporte alors ces caractères — éventuellement les aptitudes criminelles — sans que l'ensemble de son développement ait à en souffrir et sans que sa valeur intellectuelle proprement dite en soit diminuée. Les jeunes délinquants de cette catégorie n'en sont que plus redoutables. « Dès l'accomplissement de leurs premiers actes antisociaux, ils font preuve d'une maîtrise incomparable. » Ils sont « inamendables, il faut savoir les reconnaître parmi les autres, afin que la place qui leur convient (asile, prison), leur soit immédiatement donnée... Ils doivent être éliminés de la société immédiatement, pour que ne soient point gaspillées pour eux les bonnes volontés de tous ceux qui s'intéressent à l'enfance ». Cette courte citation montre — constatons-le en passant — la conception essentiellement pratique qui domine le livre.

Les héréditaires toxi-infectieux, au contraire, apparaissent, dès les premiers stades de leur évolution, comme des anormaux. « Leur développement est le plus souvent dysharmonique : avance pour telle fonction, retard pour telle autre, ou bien ils sont uniformément en avance. » Leur système nerveux « présente des signes de fragilité cérébro-spinale. Beaucoup plus souvent que des anomalies de sentiments, ils présentent des troubles de l'intelligence ». La plupart sont des débiles et des malades. C'est dire que contrairement aux premiers, on peut espérer les amender soit par le traitement médical proprement dit, soit par une thérapeutique médico-pédagogique.

Quant à l'hérédité mixte (enfants descendants de névropathes toxi-infectés), elle est particulièrement désastreuse, susceptible de produire les antisociaux les plus dangereux. Témoin cet exemple : « Auguste R..., quinze ans, fils de parents éthylliques l'un et l'autre, est un pervers instinctif dangereux, cruel, bourreau des autres enfants, de ses frères et sœurs, des animaux, vagabond de goût et destructeur. Les parents, en dehors de leur alcoolisme, ne paraissent pas animés de mauvais sentiments, mais le père est détenteur de ces anomalies psychologiques, car le grand-père d'Auguste, homme sobre, a été plusieurs fois condamné pour violences et voies de fait : il avait éventré sur la voie publique un cheval qu'il conduisait et qui, malgré tous ses efforts, ne pouvait faire démarrer un véhicule trop pesant. « Il avait, à maintes reprises, laissé sa femme évanouie

©BIUM

sur le carreau de la cuisine, à la suite de traumatisme. Enfin, il guettait les petits chats, pour les précipiter dans l'eau bouillante. »

Après avoir passé rapidement en revue les principaux facteurs pathogènes susceptibles d'agir sur l'embryon et sur le fœtus pendant la vie intra-utérine, les auteurs étudient l'évolution neuro-psychique de l'enfant, de la naissance à trois ans, c'est-à-dire à la fin de la première enfance. C'est un magnifique chapitre de physiologie, où se retrouvent, à un état de condensation qui n'en diminue en rien la clarté, les belles études du Dr Collin sur le « Syndrome infantile normal psycho-neuro-muscuaire » et sur le « Développement de l'enfant ». On ne saurait arriver à la médecine légale infantile par une voie plus sûre et plus attrayante.

Suit un chapitre sur « le pronostic des convulsions » peut-être un peu un hors-d'œuvre, mais bien intéressant et dont la conclusion a une haute portée médicale. Il y a, nous apprend M. Collin, deux types de convulsions, de pronostic absolument différent : un type clonique, qui est l'apanage de l'enfance et dont le pronostic est bénin ; un type tonique, qui n'est plus fonction de l'âge, mais qui traduit une lésion de la cellule nerveuse et dont le pronostic est grave.

Après un exposé détaillé de la méthode à suivre dans l'examen neuro-psychiatrique d'un nerveux de treize ans, les auteurs nous conduisent au cœur même du sujet, c'est-à-dire à l'étude des différents types d'enfants délinquants.

Le premier est le type social, où « les causes sociales sont seules responsables ». Ces causes étant inhérentes au milieu, une seule mesure est nécessaire et suffisante, le placement de l'enfant dans un milieu favorable.

Viennent ensuite les types pathologiques. Les auteurs en décrivent huit qui sont, par ordre de fréquence : les débiles intellectuels ; les pervers instinctifs ; les déséquilibrés ; les hystériques; les épileptiques; les intermittents; les malheureux et les infirmes ; les déments. Un chapitre spécial est consacré aux enfants assassins et un autre aux prostituées et aux homosexuels.

Cette classification : type social et type pathologique, ce dernier avec ses huit catégories, comprend la totalité des enfants délinquants et criminels. On voit que pour MM. Collin et Rollet, tout ce qui ne relève pas du type social est pathologique, et, effectivement, ils font rentrer dans la pathologie la perversion instinctive. Ils ont rompu — et il faut les féliciter de leur courage — avec le principe tradi-

©BIUM

tionnel, qui a ses racines dans la métaphysique et qui domine encore, au moins théoriquement, la médecine légale, savoir qu'il y a d'une part des malades, victimes de leur constitution et des facteurs pathogènes qu'ils rencontrent sur leur chemin ; d'autre part des vicieux, des pervers qui sont vicieux et pervers par leur faute. Comme si une tendance criminelle n'était pas une tare constitutionnelle au même titre que l'aptitude convulsive ou la débilité mentale ! .Ici, la thèse des auteurs dépasse de beaucoup la médecine légale infantile. La vérité qu'ils proclament doit rayonner sur toute la psychiatrie médico-légale, plus loin encore, sur toute la criminologie. Il n'y a pas, dans le monde du crime, d'un côté des malades qu'il faut soigner et de l'autre des vicieux qu'il faut punir. Il y a des anormaux qu'il faut traiter par les moyens les plus propres à les amender, ou, si on ne peut les amender, à les intimider et à les mettre hors d'état de nuire.

Cette vérité a été, certes, pressentie et même énoncée depuis longtemps. Mais, comme beaucoup de vérités sociologiques — et même biologiques — elle a eu à souffrir des conséquences dangereuses qu'un humanitarisme de mauvais aloi a voulu en tirer. Le bon sens s'est insurgé contre une théorie qui, en appliquant à des êtres malfaisants une indulgence quasi plénière, aboutissait à exalter leur malfaisance. Et on a continué à admettre, pour la sécurité de la société, qu'il y avait des malades *irresponsables* et des coupables *responsables*.

MM. Collin et Rollet ont su concilier deux principes qui, trop souvent, ont paru incompatibles : le principe scientifique et le principe pratique. Ils ne voient partout — en dehors de la délinquance d'origine purement sociale — parmi leurs délinquants que des anormaux. Aussi bien, les termes « responsable » et « irresponsable » ne trouvent-ils point place dans leurs formules médico-légales. Mais ils admettent que leurs anormaux doivent être, suivant le cas, l'objet de mesures très différentes.

Les conclusions du rapport d'expertise médicale doivent comporter, selon eux, un diagnostic, un pronostic, et des mesures à prendre. Voici quelques exemples de « mesures à prendre » proposées par le Dr Collin dans ses expertises.

Pour un débile qui a commis un vol : « X... ne nous paraît pas suffisamment atteint pour être placé dans un asile spécial, mais il importe qu'il soit mis sous surveillance continue et qu'on développe en lui les quelques aptitudes qu'il peut avoir, et ceci pendant un temps suffisamment

©BIUM

long (plusieurs années), afin que la connaissance d'un métier manuel lui permette de gagner sa vie et qu'il acquière un automatisme qui lui fasse respecter l'ordre de choses établi. »

Pour un épileptique syphilitique, également auteur d'un vol : « L'enfant X... doit être soigné dans un quartier d'hospice. Il ne s'amendera que par la thérapeutique médicamenteuse. »

Mais pour un pervers instinctif qui a commis un délit, cependant qualifié minime (non spécifié dans le texte) : « Il résulte du pronostic que nous avons formulé que, quelle que soit la bénignité de la faute actuelle, il importe que cet enfant soit le plus longtemps possible mis hors d'état de nuire, qu'on utilise ses capacités au mieux des intérêts communs et qu'il bénéficie, autant qu'il plaira au Tribunal, de mesures de rigueur pendant un temps le plus long possible. »

Ces trois citations, la dernière en particulier, montrent suffisamment, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister plus longuement, que MM. Collin et Rollet ont su s'affranchir de ce sentimentalisme faux, puéril et dangereux, qui résultait jusqu'ici d'une assimilation mal comprise du criminel au malade et qui avait creusé un fossé si profond entre la science et la pratique.

Leurs formules me paraissent excellentes, car elles permettent d'exprimer d'une façon très claire l'opinion de l'expert sur les deux points qui, dans une expertise psychiatrique, doivent être considérés comme essentiels : nocivité du délinquant, mesures qu'il convient de prendre à son égard.

Je me borne à mentionner la partie juridique du livre, très complète et très clairement exposée, et j'arrêterai là cette analyse — trop longue peut-être pour une analyse, trop courte certainement pour donner une idée adéquate de l'œuvre. C'est toujours une tâche difficile — bien qu'agréable — de présenter un livre de valeur, et ce n'est pas sans une certaine appréhension qu'on l'entreprend. Je ne vois qu'un moyen de s'affranchir de scrupules légitimes, c'est de conseiller la lecture de l'ouvrage. Et je conseille la lecture de celui de MM. Collin et Rollet à tous ceux qu'intéressent non seulement la médecine légale infantile, mais la médecine légale en général, la criminologie et la sociologie.

J. Rogues de Fursac.

PSYCHIATRIE

Psychiatrie. Tome I, par MM. BRISSOT, CAPGRAS, DURAND, JUQUELIER, LOGRE, MALLET, MIGNARD, RITTI et SÉRIEUX. (In *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix. Maloine édit., Paris, 1920).

Ce volume est le premier des deux volumes consacrés à la Médecine Mentale, parmi les 32 volumes de l'excellent Traité de Pathologie médicale de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Il débute par un chapitre de *Séméiologie psychiatrique* qui est le dernier travail du très regretté Ant. Ritti. L'auteur y étudie successivement, avec une grande clarté au service d'une longue expérience, les troubles de l'idéation, des perceptions, de l'émotivité, de l'affectivité, de la conscience et de la personnalité, les troubles des actes et du langage, terminant par l'étude des troubles physiques parmi lesquels il passe en revue les attitudes des aliénés.

M. P. Juquelier donne un tableau très exact et très vivant de la *Manie*, insistant sur les points importants du diagnostic différentiel et sur la thérapeutique sociale et individuelle du syndrome. Il consacre ensuite vingt-cinq pages à l'exposé de la *Psychasthénie* et des *Obsessions* dont il dégage très nettement le terrain après un clair historique de la question.

M. Durand décrit une *Mélancolie* autonome et, dans un chapitre, sous un vocable que l'on pouvait penser abandonné, les « *Folies* » *périodiques*. On peut être surpris de voir ce mot de « folie », malgré le soin avec lequel les aliénistes conseillent de ne pas l'employer, résister à l'évidence même de ses défauts, et figurer en tête d'un chapitre d'ailleurs fort bien fait, d'un Traité de Psychiatrie. Une discussion des états mixtes, dont l'auteur n'admet pas l'existence, paraît un peu écourtée, étant donné l'importance de cette notion. On est surpris également de voir nier par M. Durand les difficultés pourtant souvent si grandes, du diagnostic de la mélancolie avec les états dépressifs de la démence précoce.

L'ouvrage eût peut-être gagné en unité si la manie et la mélancolie avaient été confiées au même auteur qui les eût traitées suivant le même plan et dans le même esprit, sans séparer ces deux syndromes, si étroitement liés, par l'étude des Obsessions et de la Psychasthénie.

M. Mignard expose ensuite excellemment la *Confusion*

©BIUM

Mentale proprement dite et le syndrome confusionnel, insistant avec raison sur la thérapeutique des états confusionnels, états essentiellement curables. Dans un chapitre très intéressant, il expose avec une grande clarté la psychologie des délires, depuis le délire onirique toxi-infectueux jusqu'au délire d'interprétation, en passant par les psychoses hallucinatoires et les délires imaginatifs. Il montre les exagérations de la psychoanalyse, insistant sur l'erreur fondamentale que commet la théorie de Freud en attribuant à tous les « complexes » « refoulés » une origine sexuelle.

Nul ne pouvait être mieux qualifié que MM. Sérieux et Capgras pour décrire les *Délires systématisés chroniques*. Les travaux de ces auteurs ont complètement modifié cet important chapitre de la psychiatrie et mis de l'ordre là où n'existait que chaos. Dans ce remarquable exposé, on trouvera une description nette, méthodique, facile à suivre, des divers délires, et un tableau synoptique permettant de classer d'emblée les divers délires systématisés dans les cadres actuels, suivant leur symptomatologie, leur évolution et leur pathogénie.

Dans un chapitre sur l'état mental des hystériques, M. Logre expose les idées de son maître M. le professeur Dupré sur l'*Hystérie*. Rapprochant l'hystérie de la constitution spéciale décrite par lui sous le nom de « mythomanie », M. Dupré considère l'hystérie comme une disposition constitutionnelle à la psychoplasticité, tendance inconsciente à produire des symptômes, sous une influence psychique à point de départ imaginatif, avec des moyens d'expression physiologiques. L'hystérie devient ainsi la mythomanie des syndromes, une « mythoplastie » plus ou moins inconsciente, sorte de fabulation en acte à moyens d'expression plastiques.

Dans un article dont on pourrait peut-être regretter l'unité, M. Brissot, conformément, d'ailleurs, à la tradition, étudie l'état mental des *épileptiques*, la démence chez les épileptiques, et passe en revue les importantes considérations médico-légales qu'appellent les actes des épileptiques. S'il est nécessaire de décrire un état mental spécial au syndrome et que l'on observe, à des degrés divers mais constamment, chez les sujets qui présentent des crises convulsives comitiales, il paraît moins légitime actuellement, surtout lorsqu'on signale les diversités de son aspect, de décrire une démence épileptique et de la distinguer des « états en rapports avec des épilepsies sympto-

©BIUM

matiques. » Les examens systématiques des malades et l'emploi des procédés modernes d'investigation démembrent progressivement le groupement des épilepsies dites « essentielles » dont on peut prévoir la disparition. Il paraît imprudent, dans ces conditions, de parler encore de démence épileptique, la démence étant, au même titre que la manifestation convulsive, une conséquence directe de l'état organique sous-jacent, non de l'épilepsie elle-même. De la multiplicité des causes naît la diversité des états démentiels.

Le présent volume se termine par un chapitre dans lequel, sous le nom de *Psychiatrie de Guerre*, M. Mallet montre, dans une série de tableaux cliniques, les divers aspects sous lesquels se présentent les malades atteints de troubles psychiques directement en rapport avec les conditions physiques et morales dans lesquelles se sont trouvés les combattants : états d'excitation et de dépression, épisodes délirants, états anxieux, confusionnels, démentiels. Un dernier paragraphe sur les expertises mentales aux armées constitue la conclusion pratique, médico-légale de ce résumé substantiel et clair des notions psychiatriques acquises pendant la guerre.

Par ses qualités d'exposition, la simplicité de ses cadres, le choix de ses collaborateurs, ce traité, où la nouveauté des conceptions et l'abondance des matériaux s'allie à l'absence de considérations pratiquement inutiles, mérite d'être le guide de l'étudiant, l'auxiliaire du médecin praticien et le memento de l'aliéniste.

René CHARPENTIER.

Les Amnésies de guerre. *Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'amnésie,* par le Dr ANDRÉ RÉGIS. (Thèse Bordeaux, 1920), 207 pages.

Fils d'un maître trop tôt disparu et dont survivra l'œuvre considérable, André Régis, dans sa thèse inaugurale, apporte une intéressante contribution à l'étude de l'amnésie. Basé sur un grand nombre d'observations recueillies dans le centre de psychiatrie militaire dirigé à Bordeaux par M. Anglade, ce travail, laissant de côté les amnésies démentielles, est consacré aux amnésies de causes diverses observées pendant la guerre. Dans toutes ces observations, il n'a pas été relevé un seul cas d'amnésie pure, et la forme clinique habituellement relatée est une forme mixte constituée par l'association d'une amnésie d'évocation à type lacunaire et d'une amnésie de fixation.

©BIUM

L'influence de la prédisposition constitutionnelle se manifestait en raison inverse de l'intensité de la cause déterminante.

L'auteur note que l'amnésie, quelles que soient ses modalités cliniques, peut servir de point de départ, ou de thème, à une activité psychique morbide (négativisme mnésique, phobies ou obsessions de l'amnésie, hypocondrie, idées mélancoliques, idées d'auto-accusation, de préjudice, etc.).

Considérant les amnésies comme des perturbations du fonctionnement psychique tout entier, il attribue la pathogénie des amnésies de fixation à une élaboration insuffisante des perceptions, due à une obtusion ou à une asthénie mentales, et la pathogénie des troubles de l'évocation des souvenirs à une déficience ou à une incoordination de l'activité volontaire : la volonté devant exercer un effort de recherche ou d'inhibition destiné à permettre la reviviscence par associations provoquées ou spontanées. A l'occasion d'une intéressante observation personnelle, l'auteur situe, bien que d'une façon imprécise, dans les lobes préfrontaux, les zones d'associations supérieures, siège de la mémoire.

M. André Régis, après avoir éliminé les causes d'erreur tenant à la timidité ou au niveau intellectuel du sujet, insiste sur le diagnostic de l'amnésie simulée ou exagérée et sur la persévération volontaire du symptôme. Il montre que chez un sujet, par ailleurs sain et dépourvu de tares mentales, la guérison absolue sinon très rapide est la règle dans les cas d'amnésie post-traumatique d'intensité moyenne : le reliquat lacunaire ineffaçable est, habituellement, de peu d'importance et n'inquiète pas longtemps le sujet. Beaucoup plus sévère est le pronostic des amnésies traumatiques graves, et, dans les cas d'amnésie en rapport avec une lésion cérébrale, le pronostic, très réservé, ne devra être donné qu'après une longue observation. Le pronostic des amnésies toxiques et des amnésies postémotionnelles doit être basé tant sur la nature de la toxi-infection que sur la constitution même du malade.

Des considérations thérapeutiques et médico-légales terminent cet important travail qui, s'il ne prétend pas à résoudre tous les problèmes posés par l'étude de cette difficile question, ni à leur donner une solution définitive, apporte à la plupart d'entre eux des réponses précises et clairement exposées, basées sur l'examen d'un grand nombre de faits.

RENÉ CHARPENTIER.

©BIUM

L'éducation des enfants anormaux et arriérés, par Mmes SÉCELLE et DEKOCK, institutrices à la section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles, Maloine et Cie, éditeurs, Paris, 1920.

Livre de pratique pédagogique appliquée, exposant jusque dans leurs détails les plus minutieux les procédés susceptibles d'être fructueusement mis en œuvre pour l'instruction et l'éducation des enfants arriérés. C'est, en l'absence de toute théorie exposée, le développement concret des méthodes et artifices utilisés pour éveiller et maintenir l'attention chez les anormaux et les retardataires, orienter et diriger leur activité psychique, développer et fixer en eux les premières notions didactiques élémentaires. Profondément scientifiques et humains, fondés sur les notions psychopathologiques acquises et sur la connaissance du grand mobile universel qu'est l'*intérêt*, ces procédés et méthodes révèlent une ingéniosité qui n'a d'égale que la foi nécessaire à leur application. Logiquement, naturellement, pourrait-on dire, se développent en surface et en profondeur l'instruction et l'éducation des enfants, constamment rayonnantes autour d'une série d'*idées centrales*, simples et purement personnelles d'abord, puis plus complexes et compréhensives.

Il n'est pas douteux, comme le fait remarquer dans sa préface M. Stéphen Chauvet, qu'une telle pratique s'appliquerait uitlement aux enfants anormaux.

Une grande partie de ce fort intéressant ouvrage est consacrée à la technique d'une nouvelle méthode de lecture dite *visuelle*, qui, toujours orientée autour des idées centrales ou *centres d'intérêt*, s'oppose à l'ancienne méthode phonétique.

Nous devons regretter qu'une semblable technique ne puisse être appliquée en France, faute de ces classes spéciales pour anormaux que la ville de Bruxelles possède depuis 1897.

P. JUQUELIER.

Les allures cliniques de la Syphilis et les formes de paralysie générale consécutive, par LUIGI ROMOLO SANGUINETI. Th. de Paris 1917. Jouve et Cie.

Travail de documentation presque exclusivement clinique, avec quelques considérations anatomo-pathologiques que l'on aurait été heureux de voir plus longues et por-

©BIUM

tant sur plus de cas. D'après l'auteur, la P. G. naît de la Syphilis par deux processus et sous deux aspects différents:

La *pallio-p. g.* dérive du neurotréponème rapidement fixé sur le cortex et n'ayant, en dehors du chancre, révélé son existence que par un minimum de manifestations cutanéo-muqueuses ou viscérales. Pas de contamination du conjoint, pas d'hérédo-syphilis des descendants. Prédominance des symptômes psychiques, à forme d'excitation au début. Inefficacité du traitement antispécifique, 74 0/0 des cas.

- L'*artério-p. g.* dérive du tréponème banal non différencié, lésant plus ou moins tardivement, mais toujours accessoirement et secondairement le cerveau par l'intermédiaire des entérites spécifiques. Manifestations secondo-tertiaires habituelles de la S., contamination du conjoint. Hérédo des descendants. Prédominance des symptômes physiques. Traitement souvent efficace, 22 0/0 des cas. Dans quelques cas (4 0/0) on aurait une forme mixte.

Cette thèse, fort intéressante et peu banale, et qui mériterait une longue critique, vaut assurément d'être lue. Elle devrait être le point de départ d'une série de recherches complémentaires orientées dans cette voie.

V. TRUELLE.

PSYCHOLOGIE

Le sens de la vie humaine, par le Dr EUG. OSTY, 1 vol. in-16, 270 pages. *La Renaissance du Livre,* Paris, 1920.

Ni les constructions philosophiques, ni les dogmes religieux ne nous ont appris où nous allons. La vie est matériellement meilleure qu'elle ne fut jamais ; mais, « regardé à travers l'acquit scientifique actuel, l'horizon humain est sombre » ; l'élargissement des intelligences nous ayant fait perdre l'appui des doctrines spiritualistes.

Pourtant, il ne faut pas désespérer : en marge de la science des écoles et des académies se développe lentement une psychologie de l'inconnu mental. Une faculté psychique métanormale est en voie d'installation dans l'espèce humaine ; elle est déjà très développée chez certains sujets lucides comme l'ont été le comte de Saint-Germain et le curé d'Ars. Quand les sujets lucides seront devenus des instrument psychiques dans les laboratoires, l'énigme de la destinée humaine cessera peut-être de paraître insoluble.

P. JUQUELIER.

©BIUM

La Graphomanie. Essai de psychologie morbide, par Ossip-Lourié. Félix Alcan, éditeur. 1 vol. in-8° de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine, 1920, 232 pages, 7 fr. 50.

Cette étude importante, suite et complément d'un ouvrage du même auteur sur *Le Langage et la verbomanie*, porte sur la tendance morbide à écrire. La graphomanie est définie un désir excessif ou une impulsion irrésistible à écrire sans nécessité apparente, sans but précis ou dans le but exclusif d'attirer l'attention.

Après un coup d'œil sur les origines du langage écrit, sur sa psychologie et sa pathologie, sur les rapports de la parole et de l'écriture, l'auteur analyse les caractères de la graphomanie envisagée d'une manière très générale et en laissant de côté les écrits des aliénés ; il en décrit les formes essentielles, l'étiologie et la thérapeutique. Il consacre un chapitre intéressant à une question connexe : la manie de la lecture et la bibliomanie.

La graphomanie présente tous les signes des passions. Variété de cyclothymie ou, tout au moins, de névropathie, tantôt elle apparaît sous forme d'accès de durée variable, tantôt elle prend une marche chronique, soit d'emblée, soit progressivement. Cette passion domine toute l'intellectualité du graphomane. Un travail méthodique lui devient impossible. Sa manière même d'envisager les choses se tranforme totalement. La première idée qui traverse son esprit, le moindre fait qui frappe son regard, devient pour lui un mobile puissant pour écrire. Sous le prétexte le plus futile, il prend la plume ; il fait tout graviter autour de ses écrits ; il trouve mille raisons pour justifier sa passion ; tout est sacrifié à l'impulsion qui le pousse à lancer ses productions.

Malgré l'intégrité apparente de son intelligence, on constate chez le graphomane une infirmité du raisonnement dès qu'il s'agit de sa manie. Il a de fausses conceptions sur le rôle de la littérature ou de la science qu'il cultive, sur la valeur de ses propres facultés, sur l'influence de ses écrits. Doué d'une mémoire verbale prodigieuse, il ne sait utiliser qu'un pauvre vocabulaire, il répète à satiété les mêmes idées, les mêmes phrases ; il ne s'aperçoit pas plus de ses stéréotypies que de ses contradictions ; mais il a le secret d'employer, avec une assurance imposante, des mots qu'il ne comprend pas ou dont il dénature le sens. Dépourvu de toute imagination créatrice, de toute originalité, il ne cherche même pas à dépasser ce qu'il imite et s'en approprie

©BIUM

cependant tout le mérite. Incapable de fixer son attention, il accumule les mots sans penser à ce qu'il écrit, il ne prend pas le temps de classer, de coordonner les idées ; il ne connaît pas de limite entre le vrai et le fantastique. Enfin, il a souvent un tic spécial : tic des lèvres ou des paupières notamment.

L'auteur distingue deux variétés de graphomanie : 1° une forme expansive, caractérisée par l'excitation psychique et l'euphorie. Ce graphomane, favorisé souvent par une certaine hypermnésie, reproduit des phrases entières, qu'il prend pour des conceptions originales. Plein de fatuité, il est persuadé que tout le monde a les yeux fixés sur lui. Il fait des visites, il est de toutes les réunions, de tous les banquets ; il ne parle que de lui, de ses œuvres, de son influence, de sa renommée, de sa gloire ; 2° une forme dépressive, caractérisée par la susceptibilité, la défiance, l'inquiétude, l'irritabilité. Convaincu que tout le monde lui dresse des embûches pour l'empêcher d'arriver, il se méprend sur la valeur des hommes et des choses, il attache de l'importance à un détail, il découvre des railleries dans la moindre remarque, il se prend pour un génie méconnu et persécuté. Parfois, plusieurs de ces incompris se réunissent ensemble et fondent des revues, sorte de graphomanie collective. Quelquefois, par contre, à la suite d'un choc émotif, pénible, la graphomanie se transforme passagèrement en graphophobie.

L'auteur décrit ensuite plusieurs formes de graphomanie: la manie d'écrire partout son nom, sur les livres, sur les arbres, sur les murs ; la manie épistolaire, fréquente chez la femme et dans la nostalgie ; celle d'écrire des lettres anonymes, mode de délation employé souvent par les hystériques. Il insiste sur la graphomanie littéraire, dont il signale le développement considérable à notre époque. De 1900 à 1908, 8.714.000 livres sont sortis des presses typographiques du monde entier. Tous les genres et toutes les formes de la pensée suscitent cette passion de noircir du papier ; plus que tout autre, le roman tente les graphomanes, surtout dans le sexe féminin. M. Ossip-Lourié n'est pas tendre pour la femme de lettres, dont la sensibilité ne serait qu'une légende et qui aurait perdu même l'instinct maternel ; mais sans doute ne lance-t-il ses traits que contre cette espèce de persécuté mégalomane, de petit paranoïaque, de revendicateur ou d'interprétateur fruste, qu'il a très finement analysée sous le nom de graphomane.

J. Capgras.

©BIUM

JOURNAUX ET REVUES

CRIMINOLOGIE

Quelques notes sur l'« asexualisation », par MARTIN W. BAR (*Journal of N. and Mental disease*, mars 1920). — A partir de 1907, certains Etats de l'Amérique du Nord édictèrent des lois dirigées contre la reproduction des dégénérés profonds (idiots, imbéciles, pervers, sexuels, criminels). On réglementa leur castration, pratiquée tant dans les maisons d'assistance que dans les établissements pénitentiaires. L'intervention consista, soit dans l'ablation pure et simple des glandes sexuelles, soit dans la suppresion de leurs canaux efférents.

Dans les dix-huit cas que rapporte l'auteur, l'opération fut constamment suivie d'une amélioration très marquée et durable, portant sur le caractère, les tendances sexuelles, et elle permit chaque fois une adaptation satisfaisante à la vie sociale.

Albert BROUSSEAU.

Faut-il supprimer la disculpation pour cause d'aliénation mentale ? — S'appuyant sur le scandale récent provoqué par l'affaire Harry Thaw, l'auteur demande à ce que: 1° Dans les arrêts, on substitue à la formule « non coupable pour cause d'aliénation mentale » les termes « coupable, mais aliéné », acceptés en Angleterre depuis plus de trente ans.

2° Le jury n'ait pas à connaître de la condition mentale de l'inculpé. C'est l'affaire des aliénistes compétents, commis, si on le juge nécessaire, et seulement après que le jury aurait apprécié purement et simplement les faits relevés.

Ainsi, les tribunaux n'auraient plus à porter la responsabilité d'un diagnostic psychiatrique pour lequel ils ne sont pas qualifiés.

De plus, on couperait court aux manœuvres si fréquemment tentées pour corrompre les expertises ; en même temps on enlèverait leurs plus puissants moyens aux plaidoiries mélodramatiques, CARLOS F. MACDONALD (*American Journal of Insanity*, janvier 1920).

A. B.

©BIUM

Les réformes du système pénitentiaire en Belgique. Les annexes psychiatriques ; l'école de Criminologie et de Police scientifique, par le Dr HEGER-GILBERT. (*Ann. Hyg. publ. et Méd. Lég.*, oct. 1920).

Tous ceux qui s'intéressent à l'Anthropologie Criminelle et qui déplorent les lacunes de notre organisation pénitentiaire actuelle voudront lire cet exposé fait par le savant Professeur de Médecine Légale de Bruxelles, des vues d'ensemble qui ont présidé, dans l'esprit du ministre belge de la Justice, à l'élaboration d'un programme d'études et de réformes destinées à assurer la défense sociale dans des conditions meilleures qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

R. C.

NEUROLOGIE

La question des localisations sensitives de l'écorce et le syndrôme sensitif cortical, par M. PIÉRON, *Revue de Médecine*, n° 2, 1919.

D'une série d'observations personnelles et d'une revue documentaire très poussée, l'auteur, à la fois fin clinicien, habile expérimentateur et psychologue érudit, aboutit aux conclusions principales suivantes : tout confirme la représentation de toutes les sensibilités sur l'écorce de P. a. exclusivement ; dans cette représentation sensitive, qui correspond, de l'autre côté de Rolando, à la représentation motrice, il existe des groupements topographiques distincts pour les moitiés préaxiales et postaxiales des M. (cas d'anesthésies corticales à forme radiculaire) ; les fonctions perceptives résultant de phénomènes associatifs, sont à différencier des sensations pures ; bien que localisées au même niveau elles sont particulièrement fragiles ; de même il y a des différences de fragilité parmi les fonctions sensitives elles-mêmes. C'est ce qui fait que le syndrôme sensitif cortical Verger-Déjerine, non justifié anatomo-topographiquement, l'est cependant cliniquement.

En dehors des troubles connexes, du seul point de vue sensitif, c'est par le comportement de la S. douloureuse, et par la répercussion affective des sensations que le syndrôme thalamique paraît se différencier du syndrôme cortical.

V. TRUELLE.

©BIUM

PSYCHIATRIE

Anxiété et paludisme, par le Dr J. VINCHON. *Journal de Psychologie*, 15 octobre 1920.

Un séjour de trois ans et demi dans le service de psychiatrie de l'armée d'Orient a permis à l'auteur de constater que les paludéens présentaient très souvent les symptômes de l'anxiété à tous les degrés, soit pure, soit, le plus souvent, associée à la confusion mentale.

Comme le confus, le paludéen anxieux est agité, mais il reste présent au milieu extérieur, dont il n'attend que du mal. Il respire difficilement, le tremblement, les vertiges, la maladresse des mouvements sont très accusés. Le délire est pauvre ; il est entretenu surtout par des interprétations, plus rarement par des hallucinations. L'agitation anxieuse est surtout intense le soir, le matin et dans le courant de la nuit ; elle diminue dans la journée. Les réactions — fugues, tentatives de suicide — sont violentes et réalisées avec une énergie sauvage.

A côté de cette forme, assez rare à l'état pur, il en existe toute une série d'autres, dépendant de l'intensité du délire et de son contenu. On observe aussi des crises émotives, qui peuvent évoluer plus tard comme des crises pithiatiques.

L'anxiété se rencontre à toutes les phases du paludisme : à la période d'invasion, l'inquiétude, le changement de caractère, la misanthropie prédominent ; plus tard, accès délirant ou réduit à quelques accès pénibles ; enfin, angoisse et anxiété dans l'anémie et l'asthénie palustres.

Le mécanisme producteur de cette anxiété reste hypothétique : trouble vaso-moteur périphérique, ou encore réflexe à point de départ viscéral, ou encore action directe du paludisme sur les centres nerveux. Quoi qu'il en soit, il est vraisemblable que le paludisme peut, à lui seul, déclencher des crises d'anxiété ; à l'armée d'Orient, son action a été favorisée par de nombreuses causes physiques et morales de dépression.

En somme, étude intéressante, qui tend à prouver que la confusion mentale n'est pas le seul syndrome déterminé par le paludisme, comme par d'autres infections ; il faut accorder une place importante à l'anxiété et admettre que certains épisodes confusionnels de courte durée peuvent être produits par la crise anxieuse elle-même lorsqu'elle devient particulièrement violente ; en outre, certaines idées fixes postoniriques persistent parce qu'elles sont greffées sur un fond d'anxiété.

J. CAPGRAS.

©BIUM

Le Puérilisme. Essai d'analyse du syndrome de DUPRÉ à propos des puérils de guerre, par H. PIERON (in *Revue de Médecine,* mai et juin 1919, 74 pages).

Syndrome de régression ou d'arrêt de la personnalité au stade de l'enfance, le *puérilisme mental,* décrit en 1903, au Congrès de Bruxelles, par M. le Prof. Dupré, a été, depuis, signalé par de nombreux auteurs. M. Piéron apporte une très importante contribution à l'étude de ce syndrome dont il a recueilli, pendant la guerre, chez des militaires, huit observations nouvelles. Pour lui, les caractéristiques biologiques et sociales de l'enfant : la faiblesse, l'incapacité, la tendance au jeu, la spontanéité, forment les caractères essentiels du puérilisme. Le puéril a un sentiment de faiblesse avec besoin de protection, du goût pour le jeu avec insouciance et besoin de mouvement, une spontanéité excessive dans les gestes, dans les manifestations des émotions et des tendances, en même temps qu'il perd les goûts et les tendances propres à l'individu sexué, membre actif d'une collectivité sociale, et cesse de bénéficier des résultats d'une éducation complète (langage, idées, etc.).

Repoussant la classification clinique que nous avons donnée avec Courbon des faits observés (puérilisme confusionnel, puérilisme démentiel, puérilisme constitutionnel), M. Piéron nous fait dire que le puérilisme confusionnel comprend « essentiellement » le puérilisme hystérique et le puérilisme des tumeurs cérébrales. Ce serait singulièrement restreint. Nous avons décrit le puérilisme confusionnel comme « survenant à l'occasion d'infections ou d'exo et d'endo-intoxications diverses » (Encéphale, déc. 1909, p. 525) ; j'ai moi-même rapporté un cas, que M. Piéron a bien voulu résumer, de puérilisme confusionnel d'origine émotionnelle (*Rev. Neur.* Juin 1917). Et, des huit observations de puérilisme que rapporte M. Piéron, cinq sont observées par lui au cours d'états « d'onirisme confusionnel, onirisme hallucinatoire, ou d'un état confusionnel prolongé ». Les trois autres concernent des sujets présentant des états « post-commotionnels » ou « post-traumatiques » qui n'ont été observés dans le service de Psychiatrie que 5 à 9 mois après le choc initial.

La raison du rejet par M. Piéron de cette classification clinique paraît être avant tout sa conception de la pathogénie du syndrome. Sans nier l'importance du facteur mémoire, auquel nous rapportons l'origine du trouble de la personnalité, M. Piéron estime que le puérilisme relève de la pathologie affective. Pour lui, ses facteurs pathogènes

©BIUM

sont une insuffisance cérébrale, une insuffisance génitale, une perturbation de la sphère affective. Il conclut que le véritable puérilisme est une transformation de la personnalité relevant essentiellement d'une atteinte de la sphère des sentiments et des tendances, de la pathologie affective.

René CHARPENTIER.

Contributo clinico alla neuropsychiatria ed alla criminologia di guerra (Contribution clinique à la neuropsychiatrie et à la criminologie de guerre), par le Dr G. FUNAIOLI. Broch. in-8°. Extrait des *Quaderni di medicina legale*. Milan, 1917.

D'avril à fin décembre 1916, dans un hôpital d'étapes, le très distingué psychiatre de l'armée italienne a vu 90 cas de neuro-psychoses, soit 32 d'hystérie, 16 de confusion mentale, 11 de neurasthénie aiguë, 7 d'arriération, 6 de psychose obsessive, 5 d'épilepsie, 5 de démence précoce, 4 de dysthymie (dont 2 de paralysie générale), 2 d'alcoolisme, 1 de paranoïa et 1 de lypémanie. Les confusions mentales, les neurasthénies, les obsessions, les démences précoces sont nettement sous l'influence des événements. De même dans 23 cas d'hystérie, qui offrirent les plus grandes analogies avec les faits observés à la suite de bouleversements cosmiques (émotions brusques et violentes). L'auteur a rencontré le mutisme et l'astasic abasie : quelques cas sont, dit-il, hystéroïdes plutôt qu'hystériques, notamment chez les officiers. Funaioli distingue parmi les confusions : 1° les formes simples ; 2° la dépression stuporeuse ; 3° la forme hallucinatoire. Il rattache la confusion et la neurasthénie à des auto ou hétéro-intoxications. Il ne distingue pas la commotion de l'émotion comme le fait l'Ecole de Montpellier. Beaucoup de crânes étaient normaux ou subnormaux, de même pour les antécédents personnels. Vingt cas médico-légaux ont été soumis à Funaioli, dont 13 fugues avec désertion et 7 insubordinations. Les inculpés étaient surtout des imbéciles, des épileptiques, des impulsifs ; il y eut un cas de paralysie générale chez un officier. Plusieurs de ces sujets avaient eu des antécédents judiciaires dans la vie civile. L'auteur considère trois groupes parmi les délinquants de guerre : *a*) individus fortement tarés, dont la criminalité ou la folie sont précoces et qu'il faut éliminer de l'armée ; *b*) individus moyennement tarés dont l'état ne se révèle qu'après quelques mois de service au front ; *c*) enfin, subnormaux qui ont pu passer au moins

CEIUM

un an dans la zone des armées. Ces diverses catégories pour être dépistées demandent que les médecins militaires de carrière aient des notions de psychiatrie et de criminologie. L. WAHL.

Psychonévroses de guerre survenues à la suite de menues causes émotives, par L. DE LISI et E. FOSCARINI. *Note e Riviste di Psichiatria.* Janvier-Avril 1920.

Dans l'étiologie des psychoses et psychonévroses de guerre, les auteurs ont été frappés de l'action des « petites causes émotives » d'ordre moral le plus souvent. Cette sommation émotive agit, tantôt sur un psychisme héréditairement prédisposé, tantôt et le plus fréquemment sur un terrain préparé par l'influence des conditions physiques et morales de la guerre, réalisant ce que l'on a appelé une « prédisposition acquise ».

Les syndromes observés n'ont point de frontière nette entre la névrose traumatique et l'hystérie. Ils se caractérisent par un état de torpeur relative, par l'arrêt ou le ralentissement de toute activité psychique de relation au profit d'une concentration morbide de l'attention et des processus mentaux sur les représentations liées aux éléments affectifs pénibles. On observe des stéréotypies verbales se rapportant au même ordre de préoccupations, des états de subagitation épisodiques, et, parfois aussi, des bouffées délirantes.

Physiquement : déséquilibre du système sympathique traduit en particulier par l'exagération ou l'inversion du réflexe oculo-cardiaque. Pas de troubles du sommeil ni des grands systèmes organiques.

L'exagération, sinon la simulation, viennent parfois compliquer ce tableau morbide et cela surtout dans les cas anciens.

La guérison complète suivit toujours une contre-suggestion énergiquement appuyée d'un courant faradique brusqué. Seuls les troubles du système sympathique et des glandes endocrines ne rétrocédaient que de façon lente et progressive. Albert BROUSSEAU.

Un traitement de l'homosexualité, par J. ALLEN GILBERT. *Journal of nervous and mental diseases*, octobre 1920.

L'auteur eut à résoudre le cas suivant : Miss H., âgée de 26 ans, vint le consulter pour une phobie. L'enquête, menée

selon les procédés ordinaires aux psychoanalystes, révéla que cette phobie était liée à une aversion profonde de la malade pour son beau-père, aversion remontant à l'enfance. Très garçonnière depuis l'âge de 4 ans, manifestant ses tendances dans ses jeux, ses initiatives et ses préoccupations, elle ne pardonna pas à celui qui prit sa place dans le lit de sa mère.

De très bonne heure, elle assuma en tout un rôle masculin, présenta très précocement une attraction marquée pour des jeunes filles ou des femmes, avec excitation sexuelle manifeste. Bien qu'elle fut informée de très bonne heure, elle ne se risqua aux expériences homosexuelles précises qu'à l'âge de 22 ans ; à 21 ans, sa curiosité l'entraîna à essayer de l'amour de l'homme, mais elle n'en tira qu'un dégoût profond et définitif ; ensuite, elle s'abandonna à ses sympathies, se mit en ménage avec plusieurs femmes, s'adonnant à la masturbation mutuelle et au tribadisme. Elle poursuivait en même temps des études supérieures à l'Université et y conquit tous les grades.

Réglée à 12 ans 1/2, elle souffrit vite de dysménorrhée, ce qui, joint à la compréhension de son anomalie sexuelle, la détermina à demander l'hystérectomie. Le chirurgien sacrifia ses préjugés, et y consentit. Miss. H. compléta alors son apparence masculine, se fit couper les cheveux, se vêtit comme un homme, et réussit enfin à contracter mariage avec une jeune fille très éprise d'elle, bien qu'elle connût tout son passé. Elle exerce maintenant une profession libérale dans une ville où tout le monde ignore son véritable sexe. L'auteur se félicite d'avoir contribué à cette heureuse solution d'un problème des plus complexes.

Albert Brousseau.

Troubles mentaux observés au cours de la vieillesse, par S. George Savage. — En dehors de toute considération nosologique l'auteur étudie de façon anecdotique, très vivante, certains des troubles mentaux qu'il a observés chez les vieillards, dans sa clientèle de ville. Il montre comment la perte de la mémoire et du contrôle de soi-même, l'exagération des préoccupations personnelles, certains états hallucinatoires épisodiques, peuvent déterminer les réactions les plus imprévues ; la méconnaissance de leur caractère pathologique peut entraîner les conséquences les plus fâcheuses pour le malade et son entourage. (*Journal of Nervous and Mental Diseate*, mars 1920).

Albert Brousseau.

©BIUM

Mécanisme de la Mélancolie d'Involution, par W.-M. MENZIES. *Journal of Mental Science*, oct. 1920.

Selon l'auteur, le processus d'involution et les troubles psychiques seraient des phénomènes concomitants, et non point dépendants les uns des autres ; mais une même cause peut les engendrer. L'involution serait due à l'insuffisance des antitoxines hépatiques vis-à-vis des toxines intestinales ; celles-ci se développent particulièrement grâce à l'entérostate et aux fermentations bactériennes qu'elle entraîne. Il en résulterait une insuffisance de l'oxydation, déterminant une « sympathéticotonie », ou réflexe physiologique de défense dont le centre se trouve au niveau des noyaux opto-striés, et dont le système sympathique constitue les voies anatomiques.

Les troubles mentaux seraient liés à une oxydation insuffisante des éléments cellulaires du cortex, dont la fonction amoindrie ne permettrait plus de dominer l'hypertonie sympathique.

Cet important travail est fondé sur les acquisitions récentes de la physiologie expérimentale dues principalement aux travaux de l'école anglo-américaine.

Albert BROUSSEAU.

Délire d'interprétation au début, par H. FLOURNOY, *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. VII, fasc. 1.

Etude très fouillée et des plus intéressantes d'un cas de délire d'interprétation à son début. Par un historique aussi complet que possible de la vie de la malade, et par la psychoanalyse, l'auteur situe le délire dans la mentalité du patient, en montre les racines profondes, l'évolution psychologique et les causes ou facteurs déterminants. La théorie héréditaire et dégénérative de certaines psychoses est inattaquable, mais elle n'est pas tout ; c'est pourquoi la théorie évolutive et causale de ces mêmes psychoses lui a été opposée. Il semble bien — l'auteur aurait peut-être pu le dire plus explicitement — que les deux conceptions ne sont pas exclusives l'une de l'autre, mais qu'au contraire elles se complètent et se renforcent.

V TRUELLE.

©BIUM

PSYCHOLOGIE

De l'expression physique des émotions considérée d'un point de vue doctrinal. Buscaino (*Rivista di Psicologia*, 1920, n° II).

L'A. fait une revue critique des deux théories qui tentent d'expliquer l'émotion. Il conclut en déclarant insoutenable la théorie intellectualiste ; il rejette également les hypothèses de Sollier et de Salmon pour lesquels le fait psychique et l'expression physique sont deux équivalents traduisant un même phénomène cortical ; il affirme enfin que l'expression physique des émotions est de nature purement réflexe, et qu'il faut en rapporter le siège aux masses grises qui entourent le 3e ventricule et l'acqueduc de Sylvius. L'excitation de ce centre diencéphalo-mésencéphalique engendrerait secondairement l'état psychique caractéristique de l'émotion.

Albert BROUSSEAU.

Les centres encéphaliques des réflexes émotifs. Buscaino, *Rivista de Psicologia*, 1920, n° 3-4.

Dans un second article, l'auteur fait une revue des principaux faits cliniques et expérimentaux qui permettent de considérer les formations grises diencéphalo-mésencéphaliques comme étant les centres des fonctions mimiques et végétatives de tout l'organisme. Leur lésion entraîne des troubles graves dans l'expression des émotions, alors que les lésions corticales la laissent indemne. D'ailleurs il ne s'agit là que des mécanismes physiologiques qui commandent les réflexes émotifs ; l'émotion elle-même est un fait subjectif, lié à la corticalité cérébrale, mais qui doit sa tonalité particulière à l'intensité de l'excitation primitive des centres gris du cerveau intermédiaire et du mésencéphale.

Albert BROUSSEAU.

OUVRAGES REÇUS

E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX. **Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. — Psychiatrie**, t. II. Maloine et fils, éditeurs. 1 vol. de 458 p.

J. PECH. **L'épilepsie.** Maloine et fils, éditeurs. 1 vol. de 112 p.

©BIUM

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1922

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 ESQUIROL. — 200 francs et les œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

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 1921, 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 1921, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri COLIN,

(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 pusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

©BIUM

secrétaire général de la Société médico-psychologique, 26, rue Vauquelin, Paris, 5e. 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.

LIGUE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALES

C'est le psychisme des individus qui forme la condition essentielle de toute activité sociale. Alors qu'une lésion grave d'un ou de plusieurs organes peut être compatible avec une vie professionnelle presque normale, un état mental défectueux, même léger, entraîne la diminution ou l'arrêt de l'activité productrice. En ce qui concerne le « rendement » d'un individu — élément de la prospérité nationale — l'intégrité psychique est donc de première importance. Et la France, appauvrie et épuisée par la guerre, doit, plus qu'aucun autre pays, concentrer tous ses efforts sur la reconstitution de son capital d'énergie psychique.

Or la guerre, par les fatigues, les émotions et les privations qui ont atteint les civils aussi bien que les combattants, a créé des conditions favorables au développement de la névropathie. Un pressant problème social a été ainsi posé. Un grand nombre de psychoses se sont manifestées. Et ce n'est pas seulement dans les asiles qu'il faut les rechercher. Une foule de psychopathes libres errent lamentablement dans les cabinets de spécialistes ou les cliniques hospitalières, plus ou moins adaptées, cherchant à retrouver leur équilibre, diminués dans leur force de production et désemparés dans leur pouvoir de direction.

Toute la population a d'ailleurs été plus ou moins déséquilibrée. L'augmentation de la criminalité et surtout de la délinquance juvénile, la débauche grandissante qui diffuse la syphilis — facteur de tares nerveuses, l'alcolisme toujours menaçant, le fléchissement de l'effort au travail et de la moralité professionnelle sont les signes d'un désarroi psychique profond de la collectivité. Et les enfants nés dans ces mauvaises conditions biologiques présenteront une moindre résistance.

Jusqu'à présent on attendait pour intervenir que les psychopathies se soient déclarées. Aujourd'hui dans le grand mouvement prophylactique pour prévenir les maladies une place est faite aux troubles mentaux.

©BIUM

Aux Etats-Unis la prophylaxie des maladies mentales, organisée depuis une dizaine d'années, a reçu, du fait de la guerre, une forte impulsion. Nos alliés, effrayés du nombre de psychopathies chez les jeunes gens mobilisés, ont voulu réagir par des moyens plus efficaces. Sous l'impulsion de leur *Comité d'Hygiène mentale* des dispensaires ont été ouverts pour donner des consultations, organiser des conférences et publier des brochures afin d'éclairer les familles, les éducateurs ou les chefs d'entreprises. Une profession nouvelle, celle de la « Social worker » ou « assistance sociale » spécialisée, s'est développée. Cette auxiliaire du psychiâtre est chargée de faire, sous sa direction, des enquêtes sur les malades, sur leur foyer familial et leur milieu professionnel ; elle surveille leur convalescence et facilite leur réadaptation à la vie normale.

Nous devons tout d'abord suivre ce mouvement qui introduit plus de technique dans l'assistance.

D'autre part tous les moyens de lutte contre les maladies évitables et surtout contre celles qui ont une répercussion nerveuse (syphilis, alcoolisme) profitent à la lutte contre la folie. Il en est de même de l'eugénique entravant la reproduction des sujets lourdement tarés.

Mais le principe d'une prophylaxie rationnelle consiste en premier lieu à dépister, par les moyens cliniques habituels et en s'aidant des techniques du laboratoire, les individus psychiquement fragiles pour les placer dans les conditions les plus favorables à leur santé mentale.

C'est dès l'enfance que les psychopathies ont leur origine lointaine et doivent être recherchées. A l'école on reconnaîtra les anormaux et les arriérés, et on les soumettra à un enseignement adapté à leur moindre résistance psychique. Une éducation spéciale donnée aux enfants névropathes pourrait souvent enrayer le développement de leurs tares. D'autre part la santé mentale des enfants dépend d'une bonne sélection scolaire.

Dans les entreprises industrielles les individus présentant des signes de grande fatigabilité psychique seront — autant que possible — employés à des travaux nécessitant une attention moindre et soustraits aux excitations sensorielles intenses ou continues (bruits, lumières) et aux influences toxiques (alcools, essences, sulfure de carbone, plomb). Là aussi une mauvaise sélection des travailleurs produit des inadaptés plus sensibes aux causes psychopathiques.

La prophylaxie du crime est pour une bonne part liée à la lutte contre les tares psychopathiques, qui en sont des

©BIUM

facteurs fréquents. Les criminels sont souvent des inadaptés ; un grand nombre présentent un état mental défectueux.

On conseillera à tous les prédisposés un régime de vie mieux adapté à leur état psychique.

On s'attachera ensuite à dépister les troubles mentaux dès leurs prodromes pour les combattre au moment où ils sont le plus modifiables. Et dans les dispensaires on soumettra également à une observation plus précise les aliénés guéris, pour prévenir les rechutes.

Tant qu'on n'aura pas posé le problème sur cette base technique les moyens employés risqueront d'être peu efficaces. Une prophylaxie rationnelle apparaît donc comme le procédé le plus rapide et le plus sûr de diminuer les charges énormes et sans cesse croissantes — près de cinquante millions par an pour le seul département de la Seine, — causées par l'assistance aux psychopathes, dont beaucoup auraient pu être préservés ou guéris.

Nos idées sur l'hospitalisation et le traitement des psychopathes ont subi, surtout du fait des expériences de la guerre, des modifications profondes dans un sens libéral, qui devront trouver une forme adéquate dans les lois nouvelles sur les aliénés.

Les asiles actuels réalisent une forme d'assistance à bien des égards surannée et imparfaite. Les services de traitement doivent être organisés dans un sens plus technique. Ces réformes ont fait l'objet d'une étude présentée dans mon rapport à la *Société Médicale des asiles de la Seine* et soumise au Conseil général, qui en a approuvé les conclusions.

Le mélange des aigus et des chroniques est très nuisible aux aliénés curables. Il est urgent de créer à Paris et en province des cliniques pour psychopathes aigus, en s'inspirant de ce qui a été réalisé à la Clinique d'Esquermes près de Lille.

Les formalités d'internement écartent les malades au lieu de les attirer dès le début de leurs troubles, alors qu'ils ont le plus de chances de guérison. Et l'institution des infirmeries d'observation avant l'internement doit être revisée.

Aux Etats-Unis on a créé des cliniques externes et des hôpitaux ouverts pour psychopathes, avec réduction au minimum des formalités légales. En Angleterre un projet de loi sur la *Mental Deficiency* a pour but une meilleure organisation de l'assistance et de la protection des individus atteints de défectuosité mentale.

©BIUM

Mais le champ d'études est trop vaste pour pouvoir être exploité par des efforts isolés. Pour aboutir à des découvertes, il faut organiser un travail collectif, auquel contribueraient étroitement des savants et des techniciens physiologistes, psychologues, physiciens et chimistes, associés dans des recherches de laboratoire. Ici encore la France s'est laissée dépasser par l'étranger. On a créé à Munich, en pleine guerre, sous l'impulsion de Kraepelin, un Institut psychiatrique, qui groupe plusieurs centres de recherches. Les asiles du comté de Londres possèdent depuis longtemps un laboratoire d'anatomie pathologique universellement connu, et où tous les cerveaux sont examinés. En Améririque, il existe des laboratoires de psychologie qui fournissent aux aliénistes des renseignements utiles. Or nous n'avons à Paris aucun laboratoire central.

Le moment est donc venu pour nous de participer au mouvement qui tend à donner de nouvelles bases à la lutte sociale contre la folie.

C'est dans ce but que la *Société médicale des asiles de la Seine* demanda, sur mon rapport, au Ministre de l'Hygiène, la création d'un *Comité d'Hygiène mentale*. M. Breton, très ouvert aux suggestions techniques, approuva ces vues et créa ce Comité, qui rassemble des médecins, des physiologistes, des psychologues et d'autres techniciens pour étudier les problèmes sociaux liés à l'activité psychique.

Mais ce groupement n'aura d'action que si les lois qui traduisent ses vœux peuvent trouver l'opinion suffisamment préparée. Dans ce but il faut créer un mouvement dans le pays pour répandre les notions essentielles d'hygiène mentale, à peu près inconnues des gens même cultivés, et pour sauvegarder la santé mentale de la collectivité.

C'est pourquoi il a paru nécessaire de fonder une *Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales*, analogue aux ligues contre les maux physiques, tuberculose, cancer, syphilis. Cette Ligue aura pour but d'intéresser l'opinion à ces problèmes et de gagner la sympathie du public aux psychopathes. A l'exemple de la Ligue américaine, elle agira dans toute la France par des réunions, des conférences et des publications.

C'est là une œuvre féconde et très importante pour l'avenir de la race française ; car l'homme moderne vaut et vaudra de plus en plus par le cerveau.

Pour le Comité d'initiative.
Dr TOULOUSE,
Médecin en chef
de l'Asile de Villejuif (Seine).

LIGUE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALE

Comité de Patronage

Président : M. Léon BOURGEOIS, président du Sénat.

MM. BRETON, sénateur, membre de l'Institut, ancien ministre de l'Hygiène.
Raymond POINCARÉ, sénateur, membre de l'Académie française.
Paul STRAUSS, sénateur, membre de l'Académie de médecine.
PAINLEVÉ, député, membre de l'Académie des sciences.
LE CORBEILLER, président du Conseil municipal.
GAY, président du Conseil général.
AUTRAND, préfet de la Seine.
RAUX, préfet de Police.
APPELL, recteur de l'Université de Paris, membre de l'Institut.
BRIEUX, membre de l'Académie française.
François DE CUREL, membre de l'Académie française.
Daniel BERTHELOT, membre de l'Institut et de l'Académie des Sciences.

Membres du Comité Central

Mme AVRIL DE STE-CROIX, présidente de l'« Œuvre libératrice ».

MM. DAUSSET, sénateur de la Seine.
Dr DEBIERRE, sénateur du Nord, professeur à l'Université de Lille.
MAGNY, sénateur de la Seine, président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine.
Ferdinand BUISSON, député.
Justin GODART, député, ancien sous-secrétaire d'Etat du service de santé.
HERRIOT, député, maire de Lyon.
RAMEIL, député.
BOKANOWSKI, député.
Henri ROUSSELLE, président de la 3e Commission du Conseil général.
CHAUSSE, conseiller municipal, rapporteur général du service des aliénés.
Frédéric BRUNET, conseiller municipal.
Dr CALMELS, conseiller municipal.
Dr DOIZY, ancien député, ancien président de la Commission de l'Hygiène publique.
Henri SELLIER, conseiller général.

©BIUM

MM. LALOU, conseiller municipal, rapporteur général du budget.
Dr NAVARRE, ancien député.
DESMARS, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur.
Dr MOURIER, directeur général de l'Assistance publique.
CONSTANTIN, président du Comité des Inspecteurs généraux au Ministère de l'Intérieur.
Dr ROUGET, médecin inspecteur général, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.
LAPIE, directeur de l'Enseignement primaire au Ministère de l'Instruction publique.
LEFEBVRE, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine.
G. HONNORAT, directeur honoraire à la Préfecture de police.
JOUHANNAUD, directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine.
VERLEY, sous-directeur, chef du service des aliénés à la Préfecture de la Seine.
Dr CORNET, médecin en chef à la Préfecture de la Seine.
REYREL, directeur de l'Asile Ste-Anne.
MICHEL, conseiller à la Cour d'appel, membre de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine.
SCHERDLIN, procureur de la République.
ROLLET, juge du tribunal pour enfants de la Seine.
LAROQUE, substitut au tribunal pour enfants.
MEYER, substitut au tribunal de la 3e section.
Dr H. BOUQUET, rédacteur médical au *Temps*.
Yvon DELBOS, rédacteur en chef de l'*Ere Nouvelle*.
Henri DUMAY, directeur du *Progrès Civique*.
Jean FINOT, directeur de la *Revue mondiale*.
LATZARUS, rédacteur en chef du *Figaro*.
Victor MARGUERITTE, président honoraire de la *Société des Gens de Lettres*.
LARNAUDE, doyen de la Faculté de Droit.
Edmond PERRIER, directeur honoraire du Muséum, membre de l'Académie des Sciences.
AULARD, professeur à la Sorbonne.
Georges RENARD, professeur au Collège de France.
Dr Léon BERNARD, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

©BIUM

MM. Dr Imbert, professeur de physique biologique à la Faculté de Médecine de Montpellier.
Dr Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur.
Emile Fabre, administrateur de la Comédie-Française.
Dr Georges Dumas, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne.
Henri Piéron, professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris.
Legendre, directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes Etudes.
Lahy, chef de travaux au Laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes.
Dr Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif, Président de la *Société médico-psychologique.*
Dr Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif, secrétaire général de la *Société médico-psychologique* et de la *Société Clinique de Médecine mentale.*
Dr Klippel, président de la *Société de Psychiatrie.*
Dr Antheaume, président honoraire de l'*Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France.*
Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, rapporteur des projets de réforme de la *Société médicale des asiles de la Seine.*
Dr Dupré, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.
Dr Chavigny, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Dr Lépine, professeur de clinique des maladies mentales, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.
Dr Raviart, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Lille.
Dr Séglas, doyen des médecins aliénistes des hôpitaux de Paris.
Dr Roubinovitch, médecin de l'Hospice de Bicêtre.
Dr Marcel Briand, médecin en chef de l'Asile Ste-Anne.
Dr Vallon, médecin en chef de l'Asile Ste-Anne.
Dr Legrain, médecin en chef de l'Asile de Villejuif.
Dr A. Marie, médecin en chef de l'Asile Ste-Anne.
Dr Truelle, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard.
Dr Capgras, médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche.

©BIUM

MM. Dr Juquelier, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.
Dr Simon, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.
Dr Arnaud, médecin-directeur de la Maison de santé de Vanves.
Dr Anglade, médecin en chef de l'Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Dr Lalanne, médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr Tissot, médecin en chef de l'Asile de Caen.
Dr Genil-Perrin, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Liste des Commissions

1) Maladies générales et troubles mentaux :

Dr Klippel, *président*. Dr Antheaume, Dr Truelle, Dr Arnaud, Dr Capgras, Dr Briand, Dr Genil-Perrin, Dr Debierre, Lahy, Dr Rouget.

2) Alcoolisme :

Dr Legrain, *président*. Mme Avril de Ste-Croix, Justin Godart, Ferdinand Buisson, Dr Genil-Perrin, Constantin, Dr Rouget, Dr Doizy, G. Honnorat.

3) Enfance anormale :

Dr Roubinovitch, *président*. Mme Avril de Ste-Croix, H. Piéron, Lahy, F. Brunet, Ferdinand Buisson, Dr Vallon, Dr Calmels, Dr Genil-Perrin, Dr Calmette, Laroque, Meyer, Scherdlin, Rollet.

4) Travail professionnel :

J.-M. Lahy, *président*. Georges Renard, Aulard, F. Brunet, Chausse, Dr Genil-Perrin, Mme Avril de Ste-Croix, Pr Imbert, Lefèbvre, Dr Juquelier.

5) Antisociaux :

Dr Colin, *président*. Mme Avril de Ste-Croix, Rousselle, Larnaude, Dausset, Pr Dumas, Pr Chavigny, Dr Truelle, Dr Vallon, Dr Genil-Perrin, Dr Briand, Dr Navarre, Dr Rouget, Rollet, G. Honnorat.

6) Dispensaires et services ouverts :

Dr Toulouse, *président*. Mme Avril de Ste-Croix, H. Dumay, Verley, Herriot, Lahy, Dr Antheaume, Dr Séglas, Dr Arnaud, Dr Calmels, Dr Tissot, Dr Genil-Perrin, Pr Raviart, Dr Anglade, Henri Sellier, Dr Doizy, Pr Léon Bernard, Dr Juquelier.

7) Assistance et législation :

Dr Marcel Briand, *président*. Dr Truelle, Dr Calmels, Dr Genil-Perrin, Michel, Dr Rouget, Verley, Rollet, Larnaude, Henri Sellier, G. Honnorat, Scherdlin, Laroque, Meyer, Bokanowski.

©BIUM

8) Enseignement psychiatrique :

Pr Dupré, *président*. Emile Fabre, Pr Raviart, Dr Antheaume, Dr Genil-Perrin.

9) Organisation et propagande :

Dr Antheaume, *président*. Georges Renard, Justin Godart, H. Dumay, Jouhannaud, Verley, Dausset, Y. Delbos, Pr Chavigny, Dr Bouquet, Dr Calmels, Dr Tissot, Dr Genil-Perrin, Pr Imbert, Reyrel, Magny, Henri Sellier.

1er VŒU

La *Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales*, sur les rapports des Drs Marcel Briand, Genil-Perrin et Toulouse,

Considérant :

Que l'assistance des psychopathes lucides et inoffensifs n'est pas assurée dans le département de la Seine, où n'existent que des asiles fermés, soumis, pour les formalités d'internement, aux prescriptions rigoureuses de la loi de 1838 ;

Que cette forme d'assistance, qui ne répond plus à l'état de la science psychiatrique ni à la conception moderne de l'assistance, est particulièrement injuste à l'égard des anciens militaires qu'on a désignés sous le terme de « petits mentaux » ;

Que l'assistance dans les services ouverts a été réalisée avec succès pendant la guerre par le Gouvernement militaire de Paris aux asiles de Maison-Blanche et de Ville-Evrard, et qu'elle est de plus en plus largement assurée dans divers pays, notamment aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suisse, sous forme de services ouverts et de dispensaires ;

Que cette forme nouvelle d'assistance prend le mieux les intérêts des malades et ceux du département, en réalisant la prophylaxie des troubles mentaux, en évitant leur passage à la chronicité et en rapprochant davantage les asiles des hôpitaux ordinaires, tout en assurant aux malades les soins de médecins et d'un personnel spécialisés, dans des locaux appropriés ;

Emet le vœu :

Que le Conseil général assure l'assistance des psychopathes lucides et inoffensifs dans des services ouverts placés dans les asiles de la Seine.

Décembre 1920.

©BIUM

2e VŒU

Vœu proposé par le Dr Roubinovitch, Président de la Commission de l'Enfance anormale et adopté par le Comité Central dans sa séance du 17 Décembre 1920.

La Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales.

Considérant :

Que les anomalies mentales infantiles constituent un véritable danger social par les conséquences graves qu'elles entraînent (arrêt de l'évolution de l'enfant, psychopathies et criminalité chez l'anormal devenu adulte) et qu'il importe d'empêcher par un traitement précoce et une éducation appropriée l'éclosion et le développement de ces tares ;

Emet le vœu :

1° Que dans le projet de loi concernant la fondation d'Offices et de Dispensaires départementaux d'hygiène sociale, une place soit faite à des dispensaires psychiatriques, pour lesquels la Ligue présentera ultérieurement un vœu détaillé ;

2° Que spécialement les Offices et Dispensaires départementaux prévus consacrent une partie de leurs efforts à l'enfance mentalement anormale et qu'ils aient dans leurs attributions le dépistage des enfants mentalement anormaux en vue de leur éducation, rééducation ou traitement dans des établissements appropriés (classes, écoles, internats de perfectionnement).

26 décembre 1920.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 23.798

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le Concours des Médecins des Asiles publics

Institué en 1888, et d'abord régional, le concours d'admission aux emplois de Médecin des asiles publics n'est pas encore parvenu à la stabilité dans la forme. Il a été modifié au moins six fois depuis l'origine ; et, lorsqu'en 1920, après six ans d'interruption, les épreuves ont eu lieu conformément aux dispositions du décret du 7 février 1910, le jury a appelé l'attention du Ministre compétent sur l'opportunité de nouvelles réformes.

Faut-il s'en étonner ? et comme les modifications successivement apportées au règlement du concours ont été généralement décidées sous la pression des représentants de la corporation

©BIUM

intéressée (1), l'Administration centrale doit-elle en conclure que les Médecins des asiles ne savent pas exactement ce qu'ils veulent ?

Ce serait là une critique injustifiée. Depuis 32 ans, il y a eu 18 concours (dont les 6 premiers ont été des concours multiples) ; pourtant, tous les Médecins des asiles publics d'aliénés n'ont pas été investis de leurs fonctions à la suite du recrutement par le concours. Certains de nos doyens (et parmi eux, il est des maîtres très écoutés) sont parvenus à la situation qu'ils occupent et qu'ils méritent, sans avoir été soumis aux épreuves publiques aujourd'hui nécessaires ; mais ils sont devenus la minorité. Un corps homogène d'aliénistes expérimentés s'est peu à peu constitué grâce au concours ; il poursuit, par étapes successives, l'amélioration de son statut administratif et des conditions de recrutement de ses membres. Que la Direction de l'Assistance publique veuille donc bien nous faire crédit pendant cette période d'évolution et prenne son parti de quelques propositions contradictoires. Avec le temps, nous arriverons, il faut l'espérer, à un état de choses acceptable, si la perfection est impossible.

La lettre adressée au Ministre de l'Hygiène et de l'Assistance, au nom du jury de 1920, par le président de ce jury, M. l'Inspecteur général

(1) Il est bon de rappeler que c'est sur l'insistance des Internes des asiles de la Seine appuyés par le Conseil des Inspecteurs généraux que le concours de l'adjuvat a été créé.

©BIUM

Rondel, a le mérite d'indiquer une méthode de travail excellente. Elle préconise une large consultation des groupements corporatifs, en vue d'une réforme radicale du concours ; elle défend quelques suggestions exprimées par le jury de 1920, sans écarter celles qui pourraient venir d'ailleurs. Conformément à cette invitation, l'Association amicale des Médecins des établissements publics d'aliénés de France, et la Société médicale des Asiles d'aliénés de la Seine auraient peut-être pu se mettre plus tôt à la besogne ; la seconde surtout qui se réunit au moins une fois par mois. Les épreuves de 1921 vont commencer le 7 mars et rien n'est mûrement étudié. Il ne faut pas que nous puissions nous adresser à nous-mêmes semblable reproche au début de l'année prochaine. A la suite du concours de 1921, des discussions parallèles et parfois communes s'ouvriront devant l'Amicale et devant la Société parisienne qui les a déjà amorcées. Rien ne s'oppose à ce que l'Association de l'Internat des Asiles de la Seine, qui groupe un grand nombre de médecins d'asile et de candidats à ces fonctions, ne dise son mot à son heure ; non plus que les Sociétés scientifiques de notre spécialité, également qualifiées pour donner d'utiles conseils.

L'important est que l'on sache, dans le milieu des aliénistes, que la question est dès à présent à l'étude, et que cette étude doit aboutir assez rapidement à des propositions pratiques, dont le Comité des Inspecteurs généraux et l'Admi-

©BIUM

nistration puissent retenir l'essentiel : tel est le but principal de cette chronique.

*
* *

Les deux chefs sur lesquels portera l'effort des réformateurs sont la constitution du jury et la nature des épreuves. Il faut, avant tout débat, les réserver ou s'en tenir à des indications très générales ; mais, préjudiciellement, ne peut-on faire remarquer qu'il y a, dans la désignation même du concours, quelque chose d'inexact et qui doit disparaître. Quel est en effet le but de ce concours ? Assurer le recrutement du cadre médical des services publics d'aliénés. On n'est pas candidat au titre de médecin-adjoint, mais au titre de médecin des asiles publics. Le grade de médecin en chef ou de médecin-directeur n'est pas acquis par une seconde série d'épreuves (le cas des Asiles de la Seine étant mis à part à cause des compétitions possibles même parmi les médecins en chef) ; il s'acquiert à l'ancienneté, au fur et à mesure des places vacantes. Les fonctions de médecin-adjoint sont celles du début de la carrière ; celle-ci est la carrière de médecin des asiles. Demandons donc que le 1er § du prochain décret devienne : « Les médecins (et non plus les médecins-adjoints) des asiles publics sont recrutés au moyen d'un concours annuel » ; et renonçons à l'expression commode et courante de « concours de l'adjuvat ». Petite réforme, dira-t-on, que celle qui porte sur les mots. Mais lorsqu'il est si difficile, à cause des règlements

©BIUM

surannés encore en vigueur, de faire au médecin-adjoint à l'asile la place qui lui revient entre l'interne et le médecin-directeur, maître de toutes les initiatives, et chargé de toutes les responsabilités, il n'est peut-être pas mauvais de souligner, par une désignation précise, quelle est la signification de la sélection opérée par les épreuves. S'il est avéré que le concours fait, de nos jeunes collègues, des médecins d'asile, les médecins-adjoints parviendront peut-être plus aisément à obtenir un service *médical* autonome, qu'ils réclament tous et qu'ils sont aptes à assurer.

* * *

Avant d'examiner le détail des opérations de la formation du jury, il faut avoir le courage de poser une autre question préalable, qui préoccupe beaucoup d'entre nous, mais qu'il est peut-être difficile de placer sur son véritable terrain.

Depuis 32 ans que fonctionne le recrutement presque exclusif par le concours, le corps des médecins d'asile est devenu adulte. Pourquoi continuer à imposer à chaque jury la tutelle de 2 professeurs ou agrégés de psychiatrie dont certains ne sont pas chefs de service d'asile public ?

Il ne s'agit ici ni de question de personnes, ni de question de compétence en psycho-pathologie ; mais les professeurs de Faculté n'auraient jamais eu l'idée de demander à Magnan, membre de l'Académie de Médecine, et que tous considéraient comme un maître, de venir apprécier à leur

©BIUM

côtés, les qualités *didactiques* d'un candidat à l'agrégation psychiatrique. Le même homme peut d'ailleurs être un excellent professeur et un excellent médecin d'asile. Pourtant, que doit démontrer ce concours ? Que tel candidat est instruit en pathologie mentale et qu'il sait appliquer ses connaissances aux problèmes sociaux soulevés par les aliénés internés ou internables. Ces problèmes, le professeur Dupré, médecin de l'Asile clinique, le professeur Lépine, médecin de l'Asile de Bron, le professeur Raviart, médecin du service spécial d'Esquermes, les connaissent et les discutent chaque jour dans leurs services respectifs. En qualité de médecin d'asile, ils sont d'excellents juges pour notre concours, mais étant donné le petit nombre des Facultés, ils sont assurés d'être membres du jury tous les 3 ou 4 ans (à moins que, se récusant, ils ne passent la main à un agrégé, non chef de service). Cela est-il conforme au principe qui semble indiquer que le tirage au sort doit présider à la constitution du jury ?

Pourquoi, à l'heure actuelle, les médecins d'asile, sous la présidence d'un Inspecteur général, délégué par l'administration intéressée, et que nul ne songe à récuser, ne seraient-ils pas nommés par leurs pairs, parmi lesquels figurent, à titre individuel, la majorité des professeurs de psychiatrie ? En 1888, la liste des médecins en chef et des médecins-directeurs des asiles comprenait, à côté d'un certain nombre d'aliénistes de carrière, des praticiens récemment appelés à ces fonctions pour des raisons étrangères à leur

©BIUM

expérience antérieure de l'aliénation mentale. Lorsqu'il voulut renoncer à ces errements, le Ministre intéressé était fondé à mettre largement à contribution, pour opérer les premières sélections, le corps enseignant qu'il faut remercier de l'avoir aidé à cette tâche : En est-il de même aujourd'hui ?

Et nous arrivons ainsi à la grosse réforme (à de rares exceptions près, elle est réalisée en fait et rien ne serait changé si le texte du décret la consacrait en droit). Pourquoi un surchoix ministériel après le tirage au sort, et pourquoi pas un tirage au sort pur et simple ? Actuellement : ou les jurés possibles ont été eux-mêmes nommés au concours, ou ils ont une très longue expérience de la pratique médicale des asiles : Quels sont ceux que le Ministre oserait récuser ?

* * *

Mais nous sortons insensiblement des préliminaires pour entrer dans le vif du débat : le moment n'est pas encore venu ; tout au plus pouvons-nous soumettre à l'appréciation de nos lecteurs l'énoncé de quelques problèmes particuliers.

Pourquoi, si l'on exige, à juste titre, que les candidats soient docteurs en médecine, leur infliger une épreuve d'internat (médecine ou chirurgie), les obligeant à une longue préparation livresque et ne donnant aucune garantie de leurs qualités de praticiens ?

Pourquoi, par contre, peut-on se présenter au

©BIUM

concours de médecin d'asile sans fournir la preuve qu'on a au moins lu quelques ouvrages classiques de psychiatrie ; et pourquoi les candidats les plus aptes à bien faire l'épreuve capitale d'admissibilité *(anatomie)* sont-ils les plus jeunes, les plus frais émoulus de l'internat ?

Pourquoi prévoir désormais des exceptions au recrutement par le concours ? Pourquoi les candidats au titre B (simple certificat d'aptitude à l'exercice de la médecine dans un asile privé) peuvent-ils, par certains détours, pénétrer dans le cadre en occupant précisément le poste qui leur convient ? Que les droits acquis soient respectés ; mais qu'à l'avenir, la règle soit simple et droite. Rien n'éloigne plus d'une carrière les candidats méritants que la perspective d'avoir à souffrir de ces exceptions, rendues uniquement possibles par les réserves, introduites dans les textes, pour légitimer, à l'occasion, le fait du Prince.

P. JUQUELIER.

©BIUM

RAPPORTS DES COMMOTIONS DE GUERRE

ET DE

LA CONSTITUTION ÉMOTIVE

Par le Dr H. LE SAVOUREUX

(Suite)

II

Le lot principal de nos *syndromes de commotions compliquées* se trouve constitué par la réunion des symptômes de la série commotive et de ceux de la série émotive, mais jamais par ceux de la série confusionnelle. Sur les 77 cas de commotion compliquée, nous découvrons, en effet, 54 cas, soit 70 0/0 de complications dues au déséquilibre émotif. Ce sont des *crises convulsives*, des *astasies abasies*, des *états de déséquilibre moteur* et des *psychonévroses émotives*.

Sur 24 cas de *crises convulsives* qui semblaient avoir été causées par une commotion de guerre, nous découvrons 5 cas d'épilepsie vraie, 3 cas de crises épileptiformes, et 16 cas de crises convulsives de nature émotive.

La commotion peut-elle déterminer des crises *comitiales* ? Notre expérience ne nous permet pas de le décider d'après nos 5 comitiaux (1). — Chez trois autres de

(1) 3 sur 5 de nos épileptiques avaient eu des crises comitiales avant la guerre. Un des deux chez qui nous n'avions pas trouvé d'antécédents présentait une morphologie du type musculaire, si fréquente chez les épileptiques, et des perversions du caractère que la commotion nous paraît bien incapable de créer à elle seule (alternatives d'arrogance et d'obséquiosité, violences, sournoiseries, indiscipline, nécrophilie). Dans un seul cas, la crise s'était montrée 15 jours après sa commotion chez un individu sans tares que nous ayons pu déceler.

©BIUM

nos convulsifs post-commotifs, les crises se présentaient avec ces caractères mixtes qui autorisent la désignation d'*hystéro-épilepsie*, pour ne pas employer de mot nouveau, et en entendant par ce terme une association de symptômes tels que le diagnostic doit hésiter entre l'épilepsie vraie et la crise névropathique. Par exemple: début brusque avec pâleur de la face, chute occasionnant des blessures cranio-faciales, perte complète de connaissance, morsure de la langue, incontinence d'urine, sommeil et obnubilation consécutifs, inefficacité de la douche froide administrée pendant la crise, impossibilité de reproduire la crise par suggestion, d'une part ; — mais, d'autre part, longue durée de la crise pouvant aller jusqu'à 45 ou 60 minutes avec grands mouvements de la tête, des bras, des jambes, arc de cercle, corps se roulant sur le plancher et sur le lit, cris, etc... Chez ces trois malades, aucun antécédent ne pouvait être démêlé.

Mais pour les 16 derniers convulsifs, le doute n'était pas possible. La crise ne pouvait être désignée ni comme comitiale, ni comme hystérique ; il s'agissait clairement d'une *manifestation de déséquilibre émotif*. Chez cette catégorie de convulsifs, la crise se reproduit presque toujours après une émotion pénible : contrariété, dispute, querelles de voisins, crise d'un camarade, bombardement. Cependant nous en avons vu survenir après une émotion joyeuse. Elles sont plus fréquemment diurnes que nocturnes ; lorsqu'elles apparaissent la nuit, il n'est pas rare que ce soit après des cauchemars où le malade a manifesté à haute voix sa peur ou sa colère. Le sujet est averti de la venue de la crise par des symptômes qui sont les signes spasmodiques de l'émotion : céphalée avec impression de resserrement des tempes dans un étau, constriction de l'estomac, de la poitrine, oppression, sensation de gorge serrée, qui lui fait porter les mains à son cou, comme s'il s'étranglait. Il tremble, et souvent ce tremblement est unilatéral. Quelquefois, il se met à crier avant de tomber. Les caractères de la crise ne peuvent laisser aucun doute sur sa nature non comitiale. On les connaît bien : visage rouge, paupières fermées mais trémulantes,

©BIUM

absence de lividité des lèvres, d'anesthésie cornéenne, de mydriase, de signe de Babinski (le réflexe plantaire est souvent indifférent), les grands mouvements, etc. Mais ce qui nous frappe avant tout, c'est la marque de l'émotivité que l'on y retrouve même à ce moment. Tantôt, en effet, le spectacle est celui du *désespoir* et de *l'angoisse* avec oppression, apnée, tremblements généralisés, raideur de tout le corps, avec les gestes de s'arracher les cheveux, de se frapper la poitrine, parfois de se détruire ; gémissements, appels, plaintes, révélateurs de l'émotion dominante ; finalement mouvements convulsifs qui représentent un tremblement intensifié. — Tantôt, c'est le tableau de *l'énervement* de la *colère* avec mimique contractée, visage plus rouge, cris rauques, grincements de dents, mouvements violents et rythmiques, arc de cercle, coups de poings, membres inférieurs qui s'étendent et se fléchissent brusquement, frappant dans toutes les directions, — lutte coléreuse et impuissante qui fait songer à la crise de colère de l'enfant rageur se roulant à terre. — La cessation brusque par injonction ou mieux encore par la douche froide ; la terminaison par des pleurs, l'absence d'obnubilation consécutive, sont encore des traits classiques. Mais il faut savoir que le malade peut se blesser, sinon au moment de la chute, mais dans le cours des violents mouvements convulsifs ; qu'il y a parfois des morsures des lèvres et de la langue, de l'écume, des mictions ; que l'amnésie, toujours invoquée, paraît difficile à nier dans les fortes crises. Ce qu'il est nécessaire de retenir encore, c'est que l'on rencontre tous les intermédiaires entre la crise nettement émotive et la crise épileptiforme, et que l'on retrouve dans le type morphologique et dans le caractère antérieur du sujet un éclaircissement sur ces modes personnels de réactions convulsives. Les deux extrêmes étant représentés par la constitution émotive et par la constitution épileptique.

Les crises de cette sorte sont généralement désignées comme *pithiatiques*. Nous préférons les nommer *émotives*, non seulement à cause de leur mode d'apparition et des caractères de la crise, mais aussi parce que nos

©BIUM

16 sujets présentaient *tous* les stigmates mentaux et physiques de la constitution émotive. Des procédés de suggestion par lesquels on obtenait presque toujours une reproduction de la crise déterminaient une recrudescence des manifestations émotives et ne paraissaient avoir d'action que grâce à l'émotion qu'elles provoquaient. Enfin 13 fois sur 16, nous avons retrouvé des antécédents personnels et héréditaires de même nature émotive et parfois convulsive. — La suggestibilité apparaît donc chez ces malades comme un symptôme secondaire dans un syndrome dont les caractères essentiels forment le tableau de la constitution émotive. Du moment où il y a eu perte de connaissance immédiate, on ne peut invoquer une émotion contemporaine de l'accident (1), et il est ici de toute évidence que l'effet physique de la commotion n'a pu qu'aggraver une aptitude à un déséquilibre d'origine et de nature émotives chez des individus qui présentaient déjà les stigmates certains de l'émotivité (2).

***

Tous les cas d'*astasie-abasies* survenus après une commotion et étudiés par nous étaient de l'astasie et de l'abasie émotives de par l'origine et la nature des symptômes. L'astasie-abasie était apparue au moment où le malade avait commencé à se lever et à marcher. Sa faiblesse lui avait fait craindre de tomber ; il en avait éprouvé de la frayeur ; une fois, il avait fait une chute, et, à partir de ce jour, l'astasie-abasie s'était installée.

---

(1) Nous connaissons des cas où la crise s'est produite pendans le combat, au moment où l'homme projeté par l'explosion roulait encore sur une pente. M. Léri en a cité un cas personnel (*in Commotion* et *Emotion*, p. 114). Comment invoquer ici l'imitation, l'éducation médicale, la suggestibilité ? Il s'agit d'une « aptitude convulsive » distincte de la constitution épileptique et dont on retrouve l'origine dans les antécédents du sujet.

(2) Les crises émotives décrites par M. Claude (*Réunion des Soc. de Psych. et de Neur.* de Paris, 1909), sont semblables aux crises post-commotives les plus fréquentes. Mais les crises névropathiques ne sont pas toutes émotives. Il faut distinguer : la crise *pithiatique* de M. Babinski ; la crise *hystéro-épileptique* et la *crise émotive*.

©BIUM

Les tentatives du malade pour se maintenir stable et pour avancer avec équilibre s'accompagnaient de tous les signes les plus évidents de l'émotion : expression inquiète du visage, tremblements des membres inférieurs, puis de tout le corps ; anhélation, pâleur, tachycardie, sueur du visage et des mains, sensation de faiblesse et de dérobement des jambes, vue qui se brouille; aveu d'angoisse, de palpitations, de défaillance. C'est la peur de tomber qui se manifeste par les symptômes évidents de la peur (1).

On a préféré ranger les astasie-abasies de guerre, et particulièrement toutes celles qui succédaient à des commotions, parmi les manifestations du pithiatisme. Ici encore, nous avons cru reconnaître que l'élément suggestif était secondaire et que la constitution émotive représentait l'essentiel. Si l'imitation intervient, c'est non pas à l'origine, mais ultérieurement, dans la façon dont les malades procèdent pour retrouver leur équilibre et s'assurer une déambulation suffisante. Les diverses figures de la dysbasie se ramenaient presque toujours à des formes trépidantes. Le fait que les mouvements du malade qui se rééduque peuvent faire penser au désordre de la chorée ou à l'incoordination de l'ataxie locomotrice, ne justifierait pas l'hypothèse d'une imitation. Les variétés de déséquilibre moteur ne sont pas illimitées et l'organisme peut rencontrer spontanément des attitudes qui rappellent vaguement celles de maladies définies sans les avoir apprises chez les autres.

Cinq de nos malades nous ont avoué des antécédents nettement émotifs. Tous les huit présentaient les stigmates émotifs, même en dehors des moments où ils s'efforçaient de marcher.

***

Les mêmes réflexions s'imposent pour 15 de nos malades qui montraient surtout des manifestations de *déséquilibre moteur* plus spécialisé.

(1) C'est très exactement l'astasie-abasie émotive décrite par M. Séglas dès 1891 et que l'on s'étonne de ne pas avoir vu rappeler à l'occasion de ces malades de guerre (*Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (1887-1894), Paris, 1895).

©BIUM

Sur 10 *bègues*, tous reconnaissaient avoir bégayé antérieurement, et 3 avaient, en outre, un père bègue. Chez les 5 autres malades, on remarquait des *tremblements*, généralisés le plus souvent, avec des *tics* et des *secousses myocloniques* chez deux d'entre eux. Quatre de ces malades souffraient de la même instabilité motrice avant la guerre. Nous avons retrouvé chez *tous* des stigmates habituels de la constitution émotive, qui nous permettent de classer et l'origine et la nature de ces tremblements post-commotifs (1).

⁂

Dans un dernier ensemble de faits, qui compte 15 observations, on voyait les symptômes de la commotion s'allier à ceux de la constitution émotive sans qu'aucun des stigmates prédominât ou pût prêter à confusion avec un trouble organique ou pithiatique. Dans *un seul* de ces cas mixtes, nous n'avons pu trouver d'antécédents.

Voici un exemple de cette association de désordres en apparence aussi opposés que ceux du déséquilibre émotif et ceux de l'engourdissement dû à la commotion.

Un étudiant de vingt-deux ans, chasseur à cheval, est enterré par l'explosion d'un obus en mai 1918, perd connaissance pendant dix heures, reste dans un état de demi-stupeur pendant quatre jours et se trouve incapable de parler jusqu'au septième jour. Il bégaye quand il commence à parler. Dès qu'on le fait lever, il présente de l'astasie-abasie trépidante. Amélioration lente. Six mois après, il est encore très ralenti d'esprit et de corps. Il a de la dysmnésie d'évocation, de la lenteur de la parole, du bégaiement ; des palpitations, des rougeurs faciles du visage, du dermographisme, des sueurs fréquentes de la face et des mains ; une grande impressionnabilité, de la timidité, des apitoiement puérils et de l'irritabilité. Le sommeil est agité de cauchemars obsé-

(1) Rappelons que M. MEIGE (v. *Revue Neur.*, févr. 1916) a montré que le tremblement émotif ne devait pas être considéré aussi étroitement qu'on avait coutume de le faire. Un expérimentateur, M. BINET (*Recherches sur le tremblement*, Th. de Paris, 1917) a reconnu qu'il fallait renoncer à différencier le tremblement organique du tremblement névropathique par l'exploration graphique ; l'examen clinique devant seul résoudre ce problème.

©BIUM

dants ; il souffre de sensibilité douloureuse aux bruits et à la lumière vive, de céphalée et de vertiges, etc. Les réflexes tendineux sont brusques et amples ; il existe de la tachycardie intermittente. — Il est aisé de reconnaître, chez ce malade, les symptômes qui relèvent de la série commotive (mutisme, parésie, asthénie mentale et physique, céphalée, vertiges, ralentissement psycho-moteur ; absence d'amnésie, fatigue des sens et des fonctions sensorielles, attendrissement, irritabilité), et ceux qui se rattachent à la série émotive (astasie-abasie, bégayements, tremblements, cauchemars, hyperesthésie, vivacité des réflexes tendineux, tachycardie, impressionnabilité). — Or, depuis son enfance, il était timide, irritable, trembleur (il ne pouvait tenir une tasse de thé en visite, et l'on croyait qu'il était alcoolique), anxieux, — il avait en plus une grand'mère maternelle parkinsonienne et une mère traitée pour mélancolie.

Dans ces syndromes mixtes, on doit remarquer tout d'abord qu'on ne se trouve jamais en présence de troubles confusionnels. Le désordre émotif reste affectif et physique et très peu intellectuel.

La vivacité des réflexes, le déséquilibre des réactions vaso-motrices et secrétoires, le tremblement des muscles striés, la tachycardie, les irrégularités respiratoires et cardiaques, les dyslalies, qu'apporte l'élément émotif, contrastent avec la stabilité de l'état vasculaire et la dépression générale des réactions propres à la commotion. L'oscillomètre décèle un syndrome d'instabilité vasculaire (1) dans lequel la tension différentielle est toujours très élevée et très variable, les oscillations d'amplitudes frappantes mais inégales (de 6 à 12 divisions).

Certains stigmates émotifs font cependant défaut : l'hyperesthésie sensitive et sensorielle, la tendance aux spasmes permanents des muscles lisses (2), l'état mental même. Car si l'inquiétude, l'anxiété sont facilement

(1) MM. Logre et Bouttier (v. art. cit.) ont déjà précisé cette forme d'instabilité vasculaire dans les états post-commotionnels. Nous faisons cette réserve que la commotion ne nous paraît pas déterminer ce déséquilibre par elle-même et qu'elle ne peut que le réveiller.

(2) M. Dumas a indiqué qu'il n'avait jamais rencontré de contracture ni d'hyperesthésie après les commotions (ouvr. cit., p. 184).

©BIUM

mises en évidence chez ces malades par le simple examen médical, livrés à eux-mêmes, c'est l'inertie de la commotion qui domine. L'éréthisme intellectuel, imaginatif, à l'état de veille ou pendant le sommeil, ne se rencontre que rarement. Pour se constituer, les troubles idéatifs dérivés de l'émotion nécessitent une activité intellectuelle que la torpeur de la commotion ne permet plus.

Autrement dit, le déséquilibre émotif qui accompagne les suites de commotion se montre plus comme une *névrose* que comme une psychonévrose.

***

Les troubles non émotifs qui venaient compliquer le syndrome de commotion simple ne modifiaient en rien le syndrome mental de la commotion.

Nous n'insistons pas sur les complications d'ordre lésionnel (1). Mais nous ferons remarquer que les *courbe-troncs* (2) post-commotifs n'avaient pas une pathogénie différente de celles des autres. Tous reconnaissaient le même mécanisme initial : choc direct ou flexion forcée de la région lombaire et lumbago consécutif. Rien n'autorisait à invoquer, dans leur formation, la suggestion, l'émotion ou même la commotion. Le choc physique direct était seul en cause (3).

---

(1) Nous comptons une *hémiplégie cérébrale*, une *paraplégie médullaire, une tachycardie paroxystique* consécutive à une compression thoracique, et neuf *courbe-troncs*. Il nous a bien été donné d'observer un plus grand nombre de lésions organiques à la suite d'éclatements à proximité. Mais la connaissance de la nature de la cause ne peut permettre de poser avec certitude le diagnostic de la nature du trouble qu'elle a pu déterminer. Or, la notion de commotion doit garder une signification clinique et pathogénique et non pas uniquement étiologique, puisque c'est un syndrome clinique qui peut être produit par les agents les plus divers. Parlons des contusions, des hémorragies, des lésions diffuses ou en foyer, des diverses destructions produites par l'effet à distance des explosifs ; ne prononçons le mot de commotion que lorsque nous serons en présence des signes cliniques qui sont le propre de la commotion cérébrale, médullaire ou périphérique, par choc direct ou indirect.

(2) Heureuse expression de M. G. Dumas.

(3) Dans le nombre nous n'avons que 25 pour cent de courbe-troncs contemporains d'une commotion, ce qui ne peut donner à celle-ci un droit privilégié. On a tiré argument du redresse-

©BIUM

Nous ne découvrons que trois *psychoses :* deux fugues et une psychose intermittente à double forme. Ici encore, la connaissance d'antécédents similaires nous a permis d'écarter la commotion en tant que cause déterminante.

Signalons l'absence de confusion, d'hallucination, de délire, de paralysie générale, de démence, et constatons, une fois de plus, que les séquelles des commotions authentiques comportent des symptômes plus cérébraux et névropathiques que véritablement mentaux.

***

En voulant fixer avec le plus de rigueur possible la part de l'ébranlement physique d'une commotion dans l'apparition des symptômes émotifs, nous nous sommes restreints à ces syndromes mixtes dans lesquels il était certain que la commotion avait été suivie immédiatement de perte de connaissance complète et prolongée. Seuls les cas de cette catégorie permettent d'exclure toute hypothèse d'émotion concomitante, ou du moins, de persistance de ses effets. C'est pourquoi nous ne nous sommes pas arrêtés à ces syndromes complexes où l'on trouve réunis les signes de la commotion, de l'émotion et de la confusion, avec altération profonde de la mémoire, dont l'évolution est saccadée, pour lesquels on peut craindre une évolution démentielle et dont nous n'avons jamais vu de guérison. Car, en ce qui les concerne, on se trouve généralement incapable de fixer les circonstances exactes de l'accident. De plus, chez deux des seuls six malades que nous ayons observés, nous avons pu savoir qu'il y avait eu étourdissement peu

---

ment rapide que l'on obtient souvent grâce à une thérapeutique vigoureuse et convaincue pour affirmer leur origine pithiatique. Mais une attitude anthologique peut être corrigée par une douleur antagoniste, celle d'un *torpillage*, par exemple, sans que la *persuasion* y soit pour rien. (On nous accordera que le sens coutumier des deux mots ne permet guère d'assimiler l'un à l'autre les deux ordres de procédés). Rappelons encore l'inefficacité des excitations électriques légères et que cet accident était inconnu avant la guerre parmi les troubles pithiatiques. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de la manière dont le trouble s'est établi. Dans la façon dont il persévère, toutes les suggestions peuvent intervenir.

©BIUM

durable, reprise du service pendant un ou deux jours, puis évacuation pour troubles mentaux rappelant ceux de la confusion mentale. Nous devons donc les écarter. Nous avons tendance à les considérer comme des syndromes complexes à étiologie mixte et de nature probablement organique, ce qui les apparenteraient davantage avec les contusions cérébrales qu'avec les commotions (1). D'ailleurs leur rareté (2,9 0/0 dans notre compte) ne permet pas d'en faire état dans la discussion. Dans le domaine des faits d'ordre mental ou fonctionnel, la preuve anatomique faisant défaut, pour écarter le risque de coïncidence ou d'anamnèse incomplète, on ne doit tenir compte que de la fréquence et ne raisonner que par pourcentage. Le fait rare demeure sans signification dans une étude dont le but est de fixer la nature des causes de troubles purement fonctionnels. Aussi établissons-nous entre ces syndromes complexes et les autres une différence non de degré, mais de nature (2).

⁂

(1) Ces syndromes réalisent peut-être la seule acquisition nouvelle que la guerre ait apportée à la médecine mentale. Nous ne voyons pas comment on peut se flatter d'en découvrir la pathogénie. Quel qu'en soit le mécanisme, nous serions enclins à croire qu'il est nécessaire que la conscience ne soit pas trop profondément abolie pour qu'ils puissent se constituer. Les suites d'ébranlement cérébral de cause physique se traduiraient par des effets différents, suivant que la conscience est plus ou moins évanouie. Ce qui ne veut pas dire que ce soit alors forcément une émotion consciente qui se soit produite. Les conditions de l'*émotion bulbaire* seraient seules réalisées sans intervention de l'*émotion psychique*. C'est à propos de ces malades que l'on peut admettre, comme M. DUPRÉ, que la commotion détermine quelquefois des *constitutions émotives acquises*.

(2) Il nous a semblé que c'était mal situer le problème que de rechercher si l'émotion et la commotion pouvaient réaliser les mêmes symptomes. D'ailleurs, à y regarder de près, MM. B. BALLET et J.-R. DE FURSAC ne l'ont jamais soutenu (*Paris Médical*, 1er janv. 1916). Ils ne se sont évidemment prononcés que sur le « syndrome commotionnel » de MM. MAIRET et PIÉRON (*Bull. Ac. de Méd.*, 1, 15, 22 juin 1916), dans lequel on découvre de la confusion mentale et de l'émotivité. La question, en effet, ne peut se comprendre qu'au sujet de ces cas rares que nous avons considérés comme des syndromes complexes à étiologie mixte

©BIUM

Pour le point particulier des troubles commotifs que nous nous sommes proposé d'étudier, les chiffres nous permettent de fixer nos conclusions. Nous pouvons dire que parmi *les accidents qui viennent compliquer le syndrome de commotion simple, tel que nous l'avons défini, on rencontre une forte proportion de troubles qui se rattachent au déséquilibre émotif* (soit 71,5 0/0).

Comme, parmi ces derniers, on retrouve des antécédents de même nature pour la proportion de 81,4 0/0, nous pouvons ajouter que, le plus souvent, la *commotion avec perte de connaissance complète ne crée pas la constitution émotive, elle ne peut que réveiller et aggraver l'aptitude au déséquilibre émotif de sujets prédisposés, par la seule action mécanique de l'ébranlement diffus qu'elle propage* (1).

En effet, l'existence d'antécédents nets de constitution émotive dans presque tous les cas rend superflue l'hypo-

---

probable. Il est certain que personne n'a pu prétendre que l'émotion pouvait provoquer ce que nous délimitons comme le syndrome simple de la commotion. Le nœud du problème réside uniquement dans l'origine de certains états confusionnels et pas ailleurs. Il est oiseux de s'efforcer à montrer les différences entre le syndrome de commotion simple, d'où la confusion et l'émotion sont absentes, et la psychonévrose émotive pure ; les dissemblances des deux syndromes étant trop évidentes pour que la question d'identité puisse se poser. Le malentendu est si prononcé que MM. Mairet et Piéron, revenant sur leur première communication, pour opposer les deux syndromes, donnent une observation de commotion simple, sans confusion et sans émotivité, oubliant que ce qu'ils avaient présenté comme « syndrome commotionnel » était un état confusionnel des plus complexes. (*Ann. méd. psych.*, avril 1917).

(1) Nous n'ignorons pas que cette recherche dans le passé des malades et dans celui de leur famille, en ce qui concerne les troubles nerveux fonctionnels, a été critiquée avant la guerre et qu'on lui a préféré l'investigation prospective. (J. Babinski, *Exposé de Travaux scientifiques*, Paris, Masson éd., 1913 ; Babinski et Dagnan-Bouveret. *Emotion et hystérie, in Journal de Psychologie*, mars-avril, 1912). Mais les conditions de la guerre donnent à la *méthode rétrospective* une nouvelle autorité. On ne doit suspecter les dires d'un militaire que lorsque le résultat de l'interrogatoire sur les antécédents pathologiques se montre négatif, tant son intérêt est évident de laisser croire que ses troubles datent d'une blessure, d'une commotion ou des fatigues de la campagne.

©BIUM

thèse d'une émotion pour en expliquer les symptômes persistants. Certains médecins se sont attachés d'une manière assez surprenante à l'origine purement psychique des stigmates émotifs des victimes de commotions, comme à la seule explication possible de leur présence. Pour eux, il semble indispensable de supposer une émotion ressentie par le sujet. Cette émotion se serait produite en même temps que la commotion pour certains (1) ; elle serait rétrospective pour d'autres (2). Enfin, en présence des mêmes faits, la plupart ont préféré les classer dans la catégorie pithiatique contre toute définition (3). Cependant ce que nous savons des conditions physiologiques de l'apparition des émotions normales et pathologiques nous permettrait de comprendre qu'une cause physique puisse réaliser à elle seule les désordres fonctionnels propres aux états émotifs. L'apparence clinique semblerait même confirmer cette manière de voir si l'on ne tenait un compte attentif des antécédents. — L'enquête anamnestique nous a montré l'importance de cet ébranlement physique, non en tant que cause créatrice, mais seulement comme cause de réveil et d'aggravation.

Si bien que, en fin de compte, nous nous retrouvons en présence d'une question envisagée avant les données de la guerre. C'est celle des rapports des états d'asthénie et de la constitution émotive. M. Dupré avait déjà montré que la neurasthénie, c'est-à-dire le syndrome d'épuisement, ne s'accompagnait de troubles émotifs que lorsque le sujet était antérieurement un émotif (4). La neurasthénie traumatique post-commotive se comporterait par conséquent vis-à-vis de l'émotivité comme la

---

(1) G. Ballet, *Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels* (*Soc. de Neur.*, 4 nov. 1918) ; Charron et Halberstadt, *Troubles psychiques des commotionnés* (*Paris Médical*, 7 juillet 1917).

(2) A. Léri (ouvr. cit., page 61 et 136).

(3) Roussy et Boisseau, *Paris Médical*, 2 sept. 1916.

(4) M. Fourcade, *La constitution émotive* (Thèse de Paris, 1911). Depuis MM. Tastevin, Couchoud et Benon sont revenus à plusieurs reprises sur l'indépendance du syndrome asthénique en prenant la question par un autre endroit.

©BIUM

neurasthénie ordinaire, en cause occasionnelle et non déterminante. La fatigue des centres nerveux supérieurs ne peut libérer que ce que l'individu possédait en puissance. — Reconnaissons que l'ébranlement des centres nerveux semble particulièrement propre à revivifier le déséquilibre moteur des émotifs plus que toutes autres prédispositions constitutionnelles.

***

Pour nous résumer, nous allons grouper un peu schématiquement les troubles fonctionnels observés après les traumatismes en deux catégories principales : ceux qui sont caractérisés par une *attitude* et ceux qui le sont par le *mouvement*.

I. Dans le premier groupe, on doit tout d'abord mettre à part les *troubles pithiatiques*, car ils sont d'origine intellectuelle, éminemment et rapidement guérissables par une thérapeutique dé « révulsion mentale » (Meige), qui fait appel à la *suggestibilité du sujet* et à *la volonté du médecin*. Ils ne figurent donc pas dans la pathologie des commotions. La raison probable se découvre dans l'état mental de la commotion qui est peu favorable à la suggestion, à l'inverse de celui des confus.

Les attitudes qui se rencontrent après les commotions ne doivent pas être confondues avec ces troubles pithiatiques. Ce sont le mutisme, les paralysies, les courbe-troncs, et d'autres attitudes dues aux contusions qui ont accompagné les circonstances d'une commotion. Elles reconnaissent à leur origine un état de stupeur ou une douleur, et non une idée suggérée. Elles sont, en effet, immédiatement liées par l'origine, la nature, la connexion, l'évolution des symptômes à la stupeur et à l'asthénie générales et locales déterminées par la commotion. Elles apparaissent aussitôt que le malade est sorti du coma, aucun phénomène de suggestion à leur origine, aucune phase de méditation ; elles représentent la suite naturelle de l'état de torpeur initiale. Elles disparaissent seules, en général, et progressivement ; l'intervention du médecin ne fait que hâter le retour des fonctions normales en stimulant un *engour-*

©BIUM

dissement fonctionnel. Elles sont exceptionnellement reproductibles par suggestion. — Ce ne serait pas d'ailleurs une raison suffisante parce que des incitations mentales interviennent dans la guérison d'un trouble fonctionnel pour admettre que l'origine de ce trouble soit nécessairement mentale. En voulant faire reconnaître un rapport d'identité entre la nature du procédé thérapeutique et celle des accidents, on introduirait un postulat doctrinal purement hypothétique, et, par conséquent, inadmissible. Le fait qu'il se montre exact pour les phénomènes hystériques ne justifierait pas son application à tous les désordres fonctionnels. Car toute la pathologie nerveuse fonctionnelle ne se résume pas dans le pithiatisme (1). L'admettre serait dépasser de beaucoup les limites de la définition de cette psychonévrose et revenir à l'ancienne conception de l'origine purement physique des troubles hystériques.

La guérison de ces troubles de l'attitude, post ou extra-commotifs, s'obtient plus par *rééducation* que par persuasion, en cherchant surtout à *vaincre une douleur ou une paresse* plus qu'une conviction subconsciente. On emploiera toujours une méthode de *rééducation*

---

(1) S'il est admis, et presque tous les neurologistes français l'admettent, que l'on ne doive plus nommer hystériques ou pithiatiques, que les troubles créés par la suggestion et guérissables par la persuasion, on ne comprend pas comment un accident survenu en pleine inconscience puisse tenir son origine d'une idée auto ou hétéro-suggestive. D'autre part, si on reconnait une cause physique à un accident hystérique, on abandonne la conception du pithiatisme et l'on retourne au chaos de la vieille conception de l'hystérie. Cette contradiction que l'on retrouve chez beaucoup de neurologistes tient sans doute à cette opinion préconçue que tout désordre nerveux non organique doit être forcément de nature pithiatique. Conception trop simpliste, contre quoi nous protestons ici. (V. Roussy et Boisseau : « Dans l'immense majorité des cas les troubles nerveux consécutifs aux déflagrations des explosions sont de nature fonctionnelle, inorganique et doivent être rangés dans le groupe des accidents dits hystériques ou pithiatiques. C'est-à-dire qu'ils ne s'accompagnent d'aucun des signes connus par lesquels se traduit à nous une perturbation organique du système nerveux central ou périphérique et qu'ils sont tous curables par la psychothérapie. » *Soc. de Neurologie*, 6-7 avril 1916, et *Paris Médical*, 2 sept. 1916).

©BIUM

directe en faisant davantage appel à *la volonté du sujet* qu'à sa suggestibilité. Lorsque ces troubles de l'attitude persistent, ce qui est rare à la suite des commotions, ce sont les conséquences de l'inaction qui interviennent plutôt qu'un processus intellectuel (1). Car ces *troubles fonctionnels statiques* se rattachent bien plus à la physiologie de l'habitude qu'à la psychologie de l'émotion ou de la suggestion.

II. Le second groupe, celui des troubles fonctionnels qui sont *mouvement,* comprend les tremblements, les troubles de la marche et de l'équilibre, les crises convulsives, les divers modes de déséquilibre moteur, tics, bégaiements, etc..., troubles rarement acquis, en tous cas jamais du fait de la commotion, et qui font partie d'un ensemble dont ils ne représentent qu'un épisode plus éclatant, la constitution émotive (2).

La thérapeutique de ces troubles du mouvement visera plus le tempérament que l'accident (3). Elle cherchera à distraire le malade de ces troubles plutôt que d'y fixer son attention par l'effort volontaire d'une rééducation portant sur l'accident lui-même. On lui fera exécuter

---

(1) Féré avait déjà parlé de ces « paralysies par inaction » qui lui faisaient dire que l'on souffre plus d'un défaut d'usage que d'un usage exagéré (*Rev. de Méd.*, 1894, p. 869). M. Meige a insisté sur ces habitudes qui créent « l'aptitude à l'attitude » (*Rev. Neur.*, 1912, n° 2). M. L. Hartenberg est revenu sur ce mécanisme de certaines paralysies fonctionnelles de guerre (*Presse Médicale*, 15 nov. 1917).

(2) C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons leur appliquer l'explication que leur donne M. Dumas. Selon cet auteur, la suggestion se grefferait sur un symptôme primitivement et uniquement émotif, et, si les manifestations émotives persistent, c'est parce qu'elles sont devenues auto-suggestives après avoir été émotionnelles (ouvr. cit., p. 147). Mais le symptôme ne subsiste pas seul ; il fait partie d'un état de déséquilibre mental et physique plus généralisé que le trouble apparent, il augmente avec les émotions, il est peu influencé par la persuasion. Il garde donc toute sa signification émotive.

(3) Dans certains centres de rééducation, on en arrivait à obtenir des atténuations de ces troubles émotifs en laissant entendre au soldat qu'il ne retournerait plus au front : exemple remarquable de rééducation indirecte visant le fond affectif du sujet et non l'accident particulier...

©BIUM

des mouvements annulant indirectement le mouvement pathologique ; on emploiera peut-être avec succès la coercition ; on déterminera aussi des émotions antagonistes, etc... On n'utilisera donc jamais une méthode de rééducation directe.

Mais, si on parvient à atténuer passagèrement certains de ces symptômes trop bruyants, on ne peut espérer les faire disparaître définitivement. Ce serait prétendre transformer complètement le fond de déséquilibre dont ils témoignent, c'est-à-dire un tempérament. Les cas de rechutes à la suite d'émotion, rencontrés après de longs séjours dans les stations les plus fameuses, l'ont trop souvent montré. La terminaison même de la guerre, si elle a calmé bien des craintes qui les alimentaient, n'a pu mettre fin à tous ces *accidents fonctionnels dynamiques* (1).

En fin de compte, on découvre que les syndromes fondamentaux auxquels se ramènent les troubles nerveux provoqués par les commotions de guerre avaient déjà été décrits par les auteurs français. Il n'est pas superflu de le rappeler, pour éviter de donner cette illusion, dans la littérature des troubles mentaux et névropathiques tout au moins, que la guerre nous ait tout appris et fait tout oublier.

---

(1) Une expérience de plusieurs mois au C. S. R. du Gouvernement militaire de Paris a confirmé ces premières observations (1917). On voit encore subsister, en 1921, des *accidents fonctionnels dynamiques* dont le délit remonte à 1914-1915, chez des individus dont la situation sociale permet d'éliminer l'hypothèse d'un intérêt pécuniaire à persévérer. — Les *troubles statiques* y sont rares et toujours en voie d'amélioration. — Le *syndrome commotif* persiste longtemps mais en s'atténuant progressivement. — Le *syndrome complexe* se recontre assez souvent, sans tendance à la guérison, avec persistance d'oniriisme hallucinatoire et d'apparence démentielle. — Tandis que la courbe des pourcentages d'invalidité des syndrômes simples décroît régulièrement, celle des syndromes complexes s'élève d'année en année jusqu'au 100 0/0, et jusqu'au bénéfice d'une allocation supplémentaire indispensable pour les services d'une personne pour les soigner (Art. 10).

©BIUM

A PROPOS

DE LA

" FOLIE RELIGIEUSE "

Par le Dr Ch. LADAME

Rosegg, Soleure

(Suite)

Voici maintenant, très résumée, l'observation médicale de Ren. Angélique.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique invétéré, type brutal et de caractère très pénible. Mère nerveuse, caractère difficile, tendances à la persécution ; sur le tard, penchant pour la boisson. Grands-parents maternels (cousins germains) buveurs aussi sur le tard. Deux oncles maternels alcooliques et brutaux. Une sœur morte de tuberculose ; deux frères et une sœur morts en bas âge ; deux frères vivants, buveurs et singuliers caractères ; deux sœurs vivantes, anémiques et nerveuses.

Soustraite d'office à l'autorité familiale, Angélique est élevée, de 5 à 16 ans, dans un orphelinat. Selon ses dires, confirmés du reste par la directrice de l'établissement, elle fut une enfant intelligente, consciencieuse, d'un caractère difficile, ombrageux, très emporté, susceptible et ne supportant pas la moindre contrariété.

Dès son jeune âge, portée vers les choses de la religion, plutôt solitaire, aimant à se perdre dans le rêve et la contemplation. Nous lisons dans son journal : « A « l'âge de 5-7 ans, dans l'isolement, j'aimais bien lire « l'histoire de « Petite mère » de Mme de Pressensé. « Je restais seule vers la fenêtre basse d'une chambre « d'où on voyait l'église, la cure, la place. J'aimais en-

©BIUM

« tendre sonner les cloches et quand j'errais seule par « les chemins le dimanche matin, j'allais aussi de « temps en temps écouter les sermons du pasteur R. « La sous-maîtresse de l'orphelinat me nommait : « l'horreur de sainte petite mômière ».

Bonne élève à l'école, elle recevait des compliments pour son style, « souvent plus mûr que son âge ». C'est avec grand zèle qu'elle fit son instruction religieuse : « C'est alors, écrit-elle, que ma foi se décida. »

A 17 ans révolus, Angélique se rend à l'étranger, en Grèce, comme bonne d'enfants.

C'est alors qu'elle rencontra le premier tentateur. Elle est poursuivie par les assiduités du fils de la maison. Elle écrit : « Inexpérimentée, timide, trop jeune, « j'essayai quand même de lui parler de Dieu, mais je « n'étais pas assez forte pour me soutenir et le convain- « cre. *J'eus un chagrin et le mal du monde me fut* « *montré.* Ma sensibilité s'accrut pendant cette crise et « je me courbai moralement et physiquement. Si ma « piété devait renaître de cette première chute et « lutte, ce n'est pas parce qu'elle était entretenue d'un « culte régulier. *J'étais chancelante entre le monde et* « *Dieu.* »

Ses maîtres, vu son état maladif, lui conseillent de regagner la Suisse. Rentrée à Genève, où elle reste deux mois, elle s'adonne avec une ardeur grande à la vie religieuse. Les prédications dominicales lui arrachaient beaucoup de larmes : « Je ne savais plus que faire de moi. » Mieux, quoiqu'assez ébranlée et « sensible » encore, elle se rend en Angleterre, comme bonne d'enfants également. Elle s'y trouve fort bien d'abord et reste dix-huit mois dans la même place. On faisait attention à elle, on la complimentait beaucoup sur sa facilité à apprendre l'anglais et sur sa religiosité. En dépit de tout ce confort et de tous les avantages, même moraux, qu'elle retire aussi pour son amour-propre de cette famille « noble » et « très considérée », elle ne trouve pas sa paix intérieure et cette « solitude » lui pèse. Elle change alors de place, passe en peu de temps dans trois familles. Elle ne tient plus nulle part, souffre d'insomnies, mange mal, devient irritable, susceptible.

©BIUM

Elle fuit un rongement intérieur et cherche à calmer cette inquiétude intime par le changement extérieur. Elle tente, dès lors, de gagner sa vie comme couturière en chambre, ne pouvant plus supporter d'être chez des étrangers. Les misères physiologique et morale profondes entrent en scène. Angélique ne sait plus que devenir, livrée à elle-même, rongée en même temps par le souvenir de sa chute et par le désir de sacrifier à Vénus. Elle le dit elle-même : « Si j'avais voulu, je pouvais « me perdre dans la voie d'une débauche définitive. Je « souffrais à ce moment-là trop et c'est dans cette mai- « son que j'eus une vision d'ange dans le ciel du soir. » Désemparée et inquiète alors, elle quitte sa chambre et se rend au Home suisse de Londres. Voici ce qu'elle écrit sur cette importante période de sa vie : « C'est « alors que ma crise religieuse se fit, déterminant des « grandes idées, celle en particulier du désarmement « universel. J'étais obsédée par les angoisses que me « produisaient les nouvelles de la guerre gréco-tur- « que. » (N'oublions pas que son premier initiateur fut un Grec). « J'avais un cœur plein de compassion « pour les misères de l'humanité. *Je vis le Christ tel « qu'il est apparu à ses disciples avec les pieds percés. « Il me tendait la main et me disait : Viens. Je cueil- « lais des fleurs au milieu d'un pré.....* J'ai aussi eu, « inspirée de Dieu, une raison de hautes prétentions « qu'on peut dire de *science infuse.* »

Le pasteur de la colonie suisse lui conseille de regagner son pays. A Genève, on s'intéresse à elle. Après des essais infructueux, on doit l'interner. Elle avait alors 24 ans. Du 17 février 1898 au 7 novembre 1905, elle séjourna aux Vernets, puis, lors du transfert des pensionnaires, en 1899, à Bel-Air.

On note alors : en dehors de ses idées délirantes concernant sa prétendue mission de fonder une religion universelle, Angélique est parfaitement lucide. Elle a une propension très accentuée pour la coquetterie, s'emporte violemment si on ne lui prête, à son gré, pas assez d'attention. Et cependant, elle recherche avant tout la solitude, passe des heures, voire des nuits, à gémir, à pleurer, à se rouler dans son lit. Elle refuse

©BIUM

tout entretien sur ce sujet et se contente de répéter qu'elle a été « *contrariée* ». Elle donne à ce terme un sens particulier, dévié du sens commun, à la façon des néologismes des déments précoces.

Belle révolte et regard de mépris quand on lui propose quelque travail manuel. Elle passe son temps à écrire des commentaires de la Bible, à tenir son « Journal » ou à peindre.

En tout, très égocentrique, hautaine, se retirant de plus en plus en elle-même, quittant le monde extérieur, trop inférieur pour elle et « *contradictoire* » au rôle supérieur qu'elle est appelée à jouer.

Dès janvier 1898, Angélique annonce qu'elle possède une « *âme parlante* ». Cette âme parlante, cette « voix » lui fait ressentir d'abord une certaine oppression. Puis : « elle se traduit par une sorte de chuchotement qui « plane au-dessus de ma tête, elle me parle par inspi- « ration, par la pensée ; je sens alors ma langue remuer « malgré moi et je suis forcée de parler et de subir des « paroles indépendantes de ma volonté ».

Elle distingue ainsi trois sortes de « voix » :

1. *La voix intellectuelle,* prophétise des événements ultérieurs.

2. *La voix intérieure.* « C'est une voix de commande- « ment à laquelle la créature sainte obéit. Tous les « hommes ont la voix intérieure du bien et du mal. Mais « supérieurement à la nature de tous les chrétiens la « voix des hommes destinés à apporter parmi les hom- « mes l'éclosion des nouvelles idées qui transformeront « plus tard la société du progrès, a un caractère plus « volontaire et d'une énergie qui ne redoute rien pour « accomplir l'œuvre, c'est ainsi qu'ils marchent au « sacrifice de persécution. »

Voici une citation que nous pourrions répéter à satiété, tant Angélique en fait le fond de ses écrits : « Cette voix intérieure n'est parfois qu'un avertisse- ment psychique. C'est ainsi que la mère du réformateur Jean Huss a été divinement avertie de la naissance de ce fils. »

3. « Enfin, j'ai une troisième voix, c'est *ma voix* « *divine,* dont la pensée peut devancer longtemps les

©BIUM

« faits qui ne se réalisent pas toujours parce que le « monde n'est pas soumis qu'à *ma seule volonté.* »

Angélique écrit beaucoup, s'adresse aux autorités, signe ses missives : « avec les noms que le grand esprit « m'a donné : *Angélique-Marie Jésus-Christ* ». Souventes fois, elle signe : « Messia ».

Elle conseille et même admoneste l'aumônier de l'asile et les pasteurs de la ville, leur disant que les modifications au culte qu'elle propose « *doivent* » être introduites sans retard.

Le sentiment de sa haute personnalité prend rapidement des proportions considérables ; elle est connue dans l'univers entier, tout le monde s'entretient d'elle ; son œuvre remplit la terre. Elle s'identifie de plus en plus avec le Messie, le Rédempteur des hommes.

Son caractère, parallèlement, devient de plus en plus pénible, violent, arrogant, insolent, emporté. Rages et pleurs avec trépignements à la moindre contradiction. Tout est interprété dans le sens de la pose d'obstacles à sa mission divine.

Elle fait aussi des scènes d'extase, recherche les caresses, est soumise à des poussées indubitables et mal déguisées d'érotisme violent ; revient à tout instant et hors propos sur son espoir de mettre bientôt au monde : « *le fils de l'homme qui perpétuera ses œuvres* ».

L'envie, la jalousie, le délaissement dont elle se croit la victime, même pour des biens terrestres, la jettent hors d'elle et les brocards les mieux choisis volent à la tête de ses persécuteurs, les ennemis de Dieu ! Elle s'écrie : « Malheureux, comment osez-vous mettre la « main sur moi, enfant de Dieu, sœur de Jésus-Christ, « l'Esprit même ? »

Sa mère, envers et contre tous les conseils médicaux, obtient une sortie provisoire de la malade. Angélique gagne alors sa vie en tirant l'aiguille comme ouvrière-raccommodeuse. Elle vit chichement, travaille du matin au soir et trouve encore les forces nécessaires pour fréquenter les réunions religieuses du soir et les séances d'un chœur paroissial. Elle suit des conférences, s'intéresse à la vie de l'âme, au développement de son être moral et à la culture de son esprit.

©BIUM

Néanmoins le désir de retourner à l'étranger ne la quitte pas et après deux ans de cette existence-là, bien que fortement déconseillée, elle part en 1908, engagée dans une famille berlinoise haut placée, très fière du lustre qui rejaillit sur elle.

Son comportement général fut tel toutefois qu'au bout de peu de semaines on l'interne à la Charité, puis à l'asile de Buch, près Berlin. Rapatriée à Genève, elle fut internée pour la deuxième fois, le 26 novembre 1908, à Bel-Air, où elle se trouve encore à l'heure actuelle.

Comme il n'y a pas grand nouveau dans l'observation psychique faite au cours de ce second séjour, je me contenterai de signaler quelques points plus particulièrement intéressants.

Elle intitule : « *Documents de ma plaidoirie devant les consciences* », un ramassis d'inepties, d'idées de persécution, d'interprétations délirantes, de « contradictions » et autres innombrables avanies dont elle se proclame la victime. Elle est la victime de l'Univers entier qui s'oppose à sa mission. C'est « le système » qui se dresse contre elle ; l'opposition du « Matérialisme intégral » et de « l'Incroyance vulgaire » qui veulent écraser Dieu ou Dieu dans la propre personne d'Angélique. « Je suis seule avec Dieu, dit-elle, l'huma-
« nité entière se lève contre moi. Les « mécréants ma-
« térialistes » qui s'inspirent d'une science d'aliéna-
« tion mentale, qui n'est rien qu'une insulte à la reli-
« gion, m'internent comme folle dans l'unique but de
« me discréditer aux yeux de la foule et de détruire
« ainsi toute possibilité de mission divine. » Elle est « le Martyre ».

Quelle crucifixion pour son péché originel, mais aussi quelle rédemption elle a réussi à s'accorder ! Et cependant, ce n'est qu'une compensation, elle n'atteindra pas à la libération.

Le « Document... » contient entre autres un chapitre intitulé : « *De mes idées de Grandeur* ». Elle réfute cette imputation comme suit : « A Berlin, parce qu'on
« me fit connaître au Reichstag, parce qu'il faut pour
« délivrer les captifs internés comme aliénés, les signa-
« tures impériales, parce qu'un empereur persécute ou

©BIUM

« protège une question de religion telle que la mienne « qui est parvenue en propagande à cette nation étran- « gère... » et ça continue ainsi pendant de longues pages. Tout cela pour nier qu'elle a effectivement écrit au dit empereur.

Ailleurs, elle dit : « J'ai convaincu (*sic*) en partie « que la folie religieuse des hommes inspirés doit être « traitée différemment que les folies inutiles et perni- « cieuses. »

La publication du livre : « La folie de Jésus » de Binet-Sanglé a soulevé des protestations indignées de notre malade.

Une de ses études porte le titre : « *Parallèle entre deux personnalités chrétiennes : Swedenborg au dix-huitième siècle et Angélique Ren. du vingtième siècle !* Il ressort de ses comparaisons qu'elle se sent incontestablement supérieure à l'auteur suédois. La vision de Swedenborg est celle d'un homme « déjà de vieil âge » (57 ans), tandis que celle d'Angélique peut être classée dans celles de jeunesse (23 ans et demi) et elle de s'écrier alors : « A quel point de développement atteindrais-je alors à 57 ans ! »

Angélique dit en tout autant de mots qu'elle est la Rédemptrice du monde parce qu'elle souffre, qu'elle est martyrisée ; de même le Christ a été Rédempteur des hommes parce qu'il a été martyrisé.

La désadaptation aux réalités extérieures s'accentue de jour en jour, la malade s'isole, se replie sur elle-même, rentre en elle-même, s'introvertit. Ce « penser autistique », comme on nomme aujourd'hui ce symptôme depuis Bleuler, devient la marque même du psychisme pathologique d'Angélique.

Cet état n'est pas global, mais exclusif dans une seule direction et sur une base affective anormale.

Angélique couvre du manteau de la religion cet hypersensibilité. Chez elle, au demeurant, ce ne sont qu'envies basses et vulgaires jalousies ; rien de noble, d'altruiste dans ses revendications continuelles. Elle aura rarement un mouvement altruiste, généreux, une parole bonne pour les autres, un geste d'entr'aide ou de compassion. Fondamentalement égocentrique, tout converge vers son moi hypertrophié.

©BIUM

En résumé, Angélique présente le type classique de la systématisation complète, de la cristallisation autour d'un traumatisme affectif d'ordre sexuel, d'un délire à forme religieuse. Elle dit elle-même : « Tout cela pro-« vient de ma première fêlure de cœur, éprouvée à « dix-sept ans, c'est là l'essentiel et tout le reste en « dérive, mon âme en pensée (*sic*), mon cœur, mon « individu, ce fut tout un bouleversement de mon « naturel. »

Il faudrait bien se garder cependant de croire que le traumatisme est la cause efficiente de la psychose, son action ne peut être telle que parce que le terrain était favorablement préparé. N'avons-nous pas eu abondance d'exemples de cette sorte pendant cette guerre et à l'occasion de la récente épidémie de grippe.

Notre étude est particulièrement favorable à la démonstration de certains côtés de l'étiologie de la Démence précoce.

Au moment des manifestations symptomatologiques tapageuses de Londres, la maladie ravageait déjà Angélique depuis nombré d'années.

Ceci est intéressant à signaler, non que ce soit une notion nouvelle, mais parce qu'on la perd trop souvent de vue quand on établit l'étiologie. Mainte psychose et tout spécialement de la Paranoia ou délire systématisé.

L'éclatement au grand jour de symptômes d'une psychose n'en est pas pour autant son début absolu. Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de cette donnée pour la psychiatrie légale comme pour la doctrine en général.

Encore un mot. Cécile Vé. a une conscience nette des troubles psychiques qui l'envahissent ; elle a une notion juste des rapports de ces troubles avec son moi. Angélique Ren. ignore tout de la nature délirante de sa mission et des contingences qui l'accompagnent. Elle reporte sur le comportement des autres par rapport à elle, tout absolument ce qui se passe. La conduite des autres s'est modifiée à son égard.

C'est là la pierre de touche de l'aliénation mentale. Pour lucide que soit le paranoiaque, il n'est pas moins totalement inconscient des processus psycho-pathologi-

©BIUM

ques qui se jouent en lui. Il en a la perception, souvent aiguë, mais la cause, le moteur est en dehors de lui. Il s'en faut de beaucoup cependant que Cécile Vé. soit un être normal. Elle reconnaît, du reste, elle-même ses passes vésaniques.

La clinique se charge de démontrer quotidiennement que, contrairement à ce qu'enseigne la doctrine psychiatrique, la paranoia, ou délire systématisé, comporte la démence comme stade terminal. La discussion ne saurait porter que sur la question de quantité.

Qu'est-ce donc que cette vie cristallisée, tournant pendant des lustres et des lustres encore autour du même point, sans jamais changer, sans se rénover jamais, ne fusse qu'en une de ses parties, vie stérile à tous égards, inutile, nuisible même aux autres, sinon celle d'un dément.

C'est un piétinement sur place dès l'heure de la puberté. Parfois une certaine activité intellectuelle, fouettée par une affectivité vivace donne le change sur les capacités réelles. Cette activité même est mécanisée, elle n'a aucun envol, elle est frappée de stérilité.

Le comportement de ces personnes dénote un affaiblissement marqué de leur pouvoir psychique. L'affectivité déréglée, l'inadaptation incurable au milieu social sont des déficiences suffisantes, à côté de l'état franchement pathologique, pour démontrer l'insuffisance mentale si contestée de ces non-valeurs sociales.

Je termine : les faits de religion et le caractère mystique qui constituent les symptômes saillants de certaines psychoses, ne suffisent pas pour créer, à eux seuls, une entité morbide distincte, ils font partie de la symptomatologie générale de la psychose : Il s'agit, dans ces cas, de démence précoce, de paranoia ou délire systématisé chronique.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 JANVIER 1921

Présidence de M. PACTET, Président

Lecture et adoption des procès-verbaux de l'Assemblée générale et de la séance ordinaire de décembre 1920.

M. TRÉNEL, président sortant, a écrit de l'Hôpital d'Adana, où il est encore retenu par ses obligations militaires volontairement contractées, pour exprimer ses regrets de ne pouvoir résumer les travaux de la Société médico-psychologique en 1920 et installer le Bureau de 1921.

M. PACTET, président pour 1921, remercie la Société de l'avoir appelé à la présidence et invite M. TOULOUSE, élu vice-président à la dernière séance, à prendre place au bureau.

M. H. COLIN, secrétaire général, communique les pièces de la correspondance :

MM. SIMON et MEURIOT, élus membres titulaires, remercient la Société.

M. KLIPPEL, ancien président, demande à la Société de l'admettre à l'honorariat. M. KLIPPEL, étant membre titulaire depuis plus de 10 ans, remplit les conditions pour être nommé membre honoraire ; sa demande est accueillie par l'unanimité des membres présents.

M. le Dr RAYNIER, médecin des asiles publics, inspecteur général des services administratifs, pose sa candidature au titre de membre correspondant ; il est

©BIUM

nommé une commission d'examen de ses titres, composée de MM. PACTET, H. COLIN et REVAULT d'ALLONNES, rapporteur.

M. le Dr VERMEYLEN, médecin de la colonie de Ghéel (Belgique), pose sa candidature au titre de membre associé étranger : il est nommé une commission d'examen de ses titres, composée de MM. JUQUELIER, René CHARPENTIER, et SIMON, rapporteur.

M. le Dr MIRC, interne à l'Asile de Braqueville, a posé sa candidature au Prix Christian. Cette candidature est agréée, et sera soumise à l'examen du conseil de famille, chargé de décerner le Prix Christian.

Ont posé leur candidature au Prix Moreau de Tours :

M. le Dr X. ABÉLY, ancien interne des asiles de la Seine, médecin des asiles publics. (M. ABÉLY avait posé sa candidature avant la mort de M. RITTI ; il a adressé au nouveau secrétaire général une lettre de rappel après le 31 décembre 1920. La Société décide qu'il doit être néanmoins admis à concourir).

M. le Dr BOUYER, interne à l'asile de Vaucluse.

M. le Dr BROUSSEAU, interne à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police.

Sur la proposition du Bureau, la Commission du Prix Moreau de Tours est composée de MM. ARNAUD, DE CLÉRAMBAULT, DUPAIN, LEROY et MALLET.

Elle pourra décerner deux récompenses, si les mémoires présentés justifient cette double attribution, le prix Moreau de Tours n'ayant pas été décerné depuis plusieurs années.

Sur la proposition du Bureau, une place de membre titulaire est déclarée vacante. Les candidatures seront reçues jusqu'au 28 février, date à laquelle la Commission d'examen sera nommée.

©BIUM

Rapport de la Commission des Finances

M. SEMELAIGNE. — L'avoir de la Société au 31 décembre 1919 était de 15.068 35
Les recettes en 1920 ont été de 3.442 50

Total 18.510 85
Les dépenses en 1920 ont été de 788 46

Reste un excédent global de 17.722 39

qui se décompose ainsi :

Société Médico-Psychologique	4.014 29
Prix Aubanel	8.011 60
Prix Belhomme	3.250 »
Prix Christian	1.746 50
Prix Moreau (de Tours)	700 »
Total	17.722 39

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de 1920 et d'adresser à notre trésorier les remerciements de la Société.

Délire érotique avec perversion sexuelle

par Ph. CHASLIN et P. CHATELIN

L'observation que nous allons rapporter nous a paru intéressante, non seulement en raison de la perversion sexuelle manifestée par la délire, mais par la richesse des interprétations que celui-ci présente, ainsi que par le lyrisme des écrits qu'il suscite.

Mlle G... Lucie, âgée de 30 ans, entre à l'hospice, le 3 juillet 1918, étant dans un mutisme absolu. Elle demeure immobile, les yeux clos et semble dans un état de torpeur. Mise au lit, elle se cache la tête dans ses draps et résiste quand on veut la faire se tourner. Elle refuse absolument toute nourriture. On note un peu de t. (37,8), des traces d'albumine.

©BIUM

Les renseignements nous apprennent que la malade — élevée par sa grand'mère, un peu contre son père, très gâtée, d'un caractère timide et très fermé, même avec ses sœurs — depuis trois ou quatre mois environ éprouve une amitié fort exagérée pour « la première » de l'atelier de broderie où elle travaille depuis deux ans. Peu de temps après son entrée dans la maison, elle avait d'ailleurs confié à ses compagnes qu'elle ressentait de la sympathie pour cette demoiselle. Cependant, depuis trois mois, ce sentiment de sympathie, puis d'admiration s'est exalté. Lucie poursuit constamment de ses assiduités Mlle R... qui porte bien ses quarante ans. Elle cherche toujours à être auprès d'elle, l'accompagne partout, en veut aux autres ouvrières qui, d'après ses dires, cherchent à monter la tête à « la première » contre elle. Puis elle commence à envoyer à l'objet de son amour des lettres dont les termes expriment une grande passion et dont nous verrons les caractères plus loin.

Enfin, trois semaines avant son entrée dans le service, elle devient taciturne, pleure souvent, mange difficilement, disant que la nourriture est malsaine...

Le dernier dimanche de juin, elle revient en sanglotant d'une visite chez Mlle R... et ne prononce pas un mot. Cependant, les jours suivants, elle sort parfois de ce silence pour parler de son amour et elle verse d'abondantes larmes, surtout quand son père lui dit que Mlle R... a renvoyé les lettres que Lucie lui avait écrites.

Cet état s'accentue. La malade est conduite à l'hospice, présentant les symptômes de mutisme et de négativisme que nous avons dits en commençant.

D'après les autres renseignements fournis par le père et les ouvrières de l'atelier, on sait que Lucie travaillait bien, mais qu'elle était capricieuse et boudeuse comme une enfant. Très peu attirée par le sexe masculin, elle aurait eu un fiancé qu'elle n'encourageait nullement et le projet de mariage aurait été rompu. Enfin, elle aurait eu, quelques années auparavant, une passion pour une autre femme, ce qui aurait motivé le renvoi de l'atelier précédent.

Dans le service, pendant le mois de juillet, la malade doit être nourrie à la sonde. Elle persiste à ne pas vouloir parler. Au lieu de répondre aux questions, elle cache sa figure avec un coin du drap ou ses nattes entrecroisées. De plus, elle gâte dans son lit après avoir été conduite aux cabinets où elle s'est contenue. En un mot, elle a l'aspect d'une démence précoce.

©BIUM

La nuit, parfois, elle parle avec une voix de rêve, elle appelle à diverses reprises sa grand'mère, dit que celle-ci est morte et qu'elle veut mourir aussi et aller la retrouver... Elle demande néanmoins de quoi écrire à Mlle R... et elle lui compose tous les jours, quelquefois soir et matin, des épîtres dont la tenue littéraire est parfois surprenante, étant donné l'instruction rudimentaire qu'a reçue la malade et le peu d'intelligence dont elle paraît douée.

En voici quelques extraits :

Les premières lettres sont respectueuses et réservées.

« Bien chère Mademoiselle,

« ...Je suis à l'hôpital et je voudrais bien avoir une toute petite visite de vous, parce que je vais peut-être mourir et j'aurais tant voulu vous revoir ! Oh ! mademoiselle, pardonnez-moi une dernière fois toutes mes maladresses, cause de ma timidité et de mon indécision. Je pense que me sachant malade vous me pardonnerez et ne serez plus en colère avec moi. Dans cette espérance, recevez mademoiselle, mes bien respectueuses salutations... »

Peu à peu, le ton devient plus pressant.

...« Oh ! dites, voulez-vous venir ! Je suis à la Salpêtrière et je ne veux pas manger ni boire, je voudrais que ce soit vous qui me donniez à boire. Oh ! dites, ne me refusez pas cela ; si vous saviez la joie que votre visite me procurerait et combien vous me rendriez heureuse... Que votre présence me fasse renaître aux choses de la vie pour laquelle je n'ai plus de goût... Oui, j'ai confiance que vous allez revenir près de moi. »

Dans les lettres suivantes, son imagination se donne libre cours. La femme que Lucie adule devient pour elle une bienfaitrice insigne qui l'aime et la protège.

...« J'ai bien compris quel cœur dévoué vous êtes pour moi ; qu'une amitié comme la vôtre n'a pas de prix et que jamais je ne vous aimerai assez pour vous prouver ma reconnaissance : vous êtes devenue pour moi plus qu'une sœur, car jamais personne ne m'a témoigné une aussi profonde amitié. Oh ! je sais que toutes les choses se passent pour mon bien et je vous en rends hommage... »

Dès ce moment, Lucie interprète les événements passés à la lueur de son amour.

...« J'ai beaucoup réfléchi ces derniers temps, écrit-elle à la fin de juillet, et je sais maintenant tout ce que je vous dois de reconnaissance et d'amitié. C'est vous qui m'avez conduit ici parce que je vous ai raconté mes malai-

©BIUM

ses. Oh ! j'ai compris que depuis longtemps vous vous intéressiez à moi. Je n'aurai pas assez de chaque minute de ma vie pour vous aimer de toutes mes forces et vous prouver ma reconnaissance.»

Et quelques jours plus tard :

« ...J'attends que vous me rameniez à la vie morale et physique, car vous seule m'intéressez et je n'aime que vous... Bientôt, dites, venez ! Je sais que vous m'aimez, alors, venez !... Quel désir j'ai de vous embrasser ! Quel désir j'ai de vous serrer bien fort contre moi, en vous disant les mots les plus doux, ô ma bien-aimée... »

Au début d'août, la malade sort de son négativisme, elle s'alimente seule, travaille beaucoup, fait de la dentelle pour une chemise destinée à son amie. Elle écrit même au médecin pour lui demander sa sortie afin qu'elle s'en aille avec Mlle R... qui l'a fait soigner, dit-elle, et à qui elle doit une infinie reconnaissance.

Bientôt, elle raconte qu'elle a fait toutes les extravagances du début pour attendrir Mlle R..., mais maintenant qu'elle ne veut plus s'occuper de tout cela et qu'il lui tarde de s'en aller.

Cependant, Lucie continue d'écrire à sa soi-disant bienfaitrice, dont elle interprète toujours les sentiments.

Un jour, elle avoue même qu'elle ne connaît pas ces sentiments, mais qu'elle les conclut à de certaines petites phrases qu'elle aurait entendues autrefois, telle que : « Je n'en aurai jamais fait autant pour personne... »

Enfin, Lucie ajoute que son amour pour Jeanne (prénom de Mlle R..., qu'elle tutoie maintenant), n'est pas comparable à une amitié que l'on a pour un homme, mais elle ne s'explique pas davantage.

Notons que naturellement Mlle R..., qui a été horriblement ennuyée par les assiduités de la malade, n'a aucune correspondance avec elle et qu'elle n'est nullement en relation avec la famille de celle-ci.

Cependant Lucie lui dit : ...« Oh ! Jeanne, pourquoi nier que tu t'occupes de moi, pourquoi nier que tu es l'amie de ma famille ? Je sais bien, moi, que tu es l'amie de ma famille ; viens me voir. Toi qui aimes bien donner, tu auras de quoi faire des heureuses. Viens les mains pleines de gâteries, apporte du tabac et j'aurai la joie de voir proclamer celle qui m'est si chère, autour de moi, d'entendre des louanges de toi. Et puis, tu viendras me chercher avec mon père ; je sais bien que tu as beaucoup d'estime pour papa et si j'aime bien mon père je ne fais en cela que

©BIUM

t'imiter... Je sais que je t'ai manqué beaucoup. Viens me voir, dis : je te demande ta visite comme un malade demande la santé, comme un pauvre demande la charité... Oh ! dis, vois-tu, comme ce serait beau que tu viennes et que tu aies l'air d'une grande dame, d'une bienfaitrice, et moi je te verrais !

« Que ma lettre t'apporte mon baiser du soir, ma bien-aimée... Qu'elle t'apporte aussi mes regrets sincères, qu'elle t'apporte ma peine, mes larmes et mon amitié... »

D'août à octobre, la malade continue à écrire, parfois deux lettres par jour à sa « grande amie », pour célébrer leur amour et leurs souvenirs communs, et en signant, elle entrecroise son prénom avec celui de Mlle R...

« Sais-tu à quoi je pense ce soir ? Non ! Et bien, je revis un moment exquis... C'était un soir à la veillée, et nous finissions un grand métrage de galon et tu étais derrière nous, j'étais devant toi et ton métier touchait mon dos. Ah ! quand je pense à ces moments-là... quand je pense que tu venais près de moi, que tu te penchais vers moi, que ton visage se penchait vers le mien. Oh ! je ne t'ai pas encore assez admirée ! Si j'avais su je t'aurais encore plus regardée de tous les instants ».

Et parfois, elle se décourage et s'accuse devant l'objet aimé.

« Je te vois bien entourée par tout le monde, aimée par tout le monde... Tant mieux ! En effet, que suis-je moi, pour prétendre supplanter tout le monde auprès de toi ! Tu as des amies, peut-être des ouvrières gentilles, jeunes, élégantes comme toi, bien élevées, qui recherchent tes sourires... Moi je suis vieille, j'ai des cheveux blancs, dépourvue de toute élégance... Que vais-je faire en prétendant devenir ton amie. »

Et ailleurs :

« Il fait bien lourd ce soir... As-tu chaud ? Il n'y a pas beaucoup d'étoiles au ciel... A cette heure-ci, tout se tait, les oiseaux sont couchés. Aucun bruit. Les arbres se découpent en très noir sur le ciel plus clair. On entend cependant les sifflets des trains de la gare voisine... Tiens, voici l'aboiement d'un chien. Cela fait plusieurs fois que je l'entends ce soir... Brave toutou ! Malgré la lourdeur de l'atmosphère, les malades sont calmes... Si j'étais poète, je prierais la muse de venir à mon secours, mais elle ne me connaît pas, elle ne m'écouterait pas... Légère comme une hirondelle, cette nuit, je voudrais aller te dire que loin de toi mon cœur est bien triste et ne peut se consoler. Reçois

©BIUM

mes caresses les plus tendres. J'embrasse tes jolis yeux noirs, tes mains et toute ta personne. »

Ou encore, Lucie demande pardon à Jeanne de ne pas lui avoir assez dit sa tendresse et de ne pas avoir compris plus tôt combien celle-ci avait d'affection pour elle. Et les épîtres se succèdent, pleines de descriptions des scènes passées, de regrets, d'interrogations sur mille détails de la vie de l'absente, d'attente passionnée enfin...

« Jeanne, tu auras pitié de moi. Je manque beaucoup de courage. J'ai entendu les pigeons ce soir et cela m'a fait plaisir puisque l'on dit que ce sont des messagers d'amour. » Et elle interprète en faveur de cet amour ou contre lui, tel bruit qu'elle entend, ou tel signe qu'elle voit.

...« Oui, Jeanne, si j'étais riche, si j'étais reine ou princesse, j'irais me mettre à tes genoux... mais je suis pauvre, dénuée, et je veux croire que, malgré cela, je te plais quand même... A la tombée de la nuit, il me semblait que tu me voyais et je ne pouvais détacher mon regard du ciel. Tu es fâchée après moi, grande amie, est-ce vrai ? Tiens... je n'entends pas la voix de mon chien de tous les soirs... Pourquoi ? Tu ne me crois pas fidèle ? Oh ! bonsoir, grande amie. J'embrasse avec ferveur ton cher visage... »

Et le lendemain matin, elle poursuit sa lettre en disant : « J'ai entendu chanter la *Madelon*, ce matin. Est-ce un baiser que tu m'envoies ? Merci, grande amie !... »

Cependant, vers la fin d'octobre, la malade, vraisemblablement chapitrée par son père, qui désire beaucoup la faire sortir, n'écrit presque plus ; elle affirme même qu'elle ne veut plus penser à Jeanne. D'ailleurs, on la voit dans le service travailler avec acharnement au ménage. Elle ne s'adresse jamais au médecin, ne lui demande rien. Bien plus, elle lui tourne systématiquement le dos et quand, par exception, elle répond quelques mots brefs, c'est tout en continuant son labeur et pour prier qu'on la laisse tranquille. Elle ne regarde jamais en face. D'après les renseignements de la surveillante, elle se comporte très bien dans le service. Dans les premières semaines de son séjour, il a été noté qu'elle se masturbait, mais cela a cessé rapidement.

Le mois de novembre se passe sans aucun incident. Lucie ne parle plus de son amie, elle n'écrit pas. Enfin, comme elle semble très apaisée, on la laisse sortir le 22 décembre 1918, en recommandant au père de la surveiller étroitement.

Elle part à la campagne, dans les environs de Royan, et de là, elle trouve moyen d'adresser à Mlle R... de longs mes-

©BIUM

sages pleins d'appels. Voici l'un d'eux, qui nous a été communiqué par la destinataire, parmi beaucoup :

« Ma bien-aimée et douce Jeannette,

« Que fais-tu cette après-midi de dimanche ? Quelle est ton occupation ?... J'ai cru comprendre que tu étais fatiguée ?... Ah ! ma bien-aimée, que n'es-tu près de moi, comme je saurais t'éviter toute fatigue et te soigner de toute mon âme. Oh ! je nous vois toutes les deux, que de beaux rêves je fais !

« Figure-toi que tu es là, avec moi, tu te reposerais et je te lirais quelque belle histoire de ton choix, toi qui aimes la lecture. Et puis, à certains passages je m'arrêterais pour t'en causer et puis aussi pour t'embrasser car je ne pourrais pas, tu sais, rester comme cela à côté de toi, l'histoire aussi captivante soit-elle ne me suffirait pas... D'ailleurs, je serais bien près de toi, tout près de toi, tu reposerais ta tête fatiguée sur mon épaule et je n'aurais qu'à tourner la tête pour t'embrasser. Ah ! comme nous serions bien et que je serais heureuse de plonger mes yeux dans tes yeux. Dis, ma Jeannette, je t'aime, je t'aime follement, donne-moi des baisers fous, embrasse-moi, dis embrasse-moi encore. Oh ! je t'aime !... si tu savais comme je t'aime... Tu vois, je suis dans ma chambre, toute seule, j'ai fermé la fenêtre afin d'être plus toute à toi et j'ai pensé de toute mon âme à toi. Je l'ai rouverte un peu, une enfant m'a saluée, j'ai accepté son salut comme un sourire de toi... Ce matin, j'ai entendu le son du piano, j'ai pensé que c'était toi encore qui me souriais de loin... Quand tu seras là, nous sortirons tant que tu voudras et pourtant je t'avoue que quand nous serons réunies, j'aimerai mieux rester avec toi, dans la chambre que d'être parmi la foule. Oh ! ma bien-aimée ! si tu étais là, dis, ta joue contre la mienne, j'oterais tes lorgnons pour pouvoir embrasser tes yeux, tes jolis yeux et puis ton cou... enfin, nous verrons cela... Ecoute, il me semble que tu es là, que tu penches la tête vers moi... Oh ! je ne puis t'écrire tout ce qui se passe en moi, je voudrais tant te serrer sur mon cœur, de toutes mes forces, t'asseoir sur mes genoux, t'avoir toute à moi, passer mon bras autour de toi, te prendre sur ma poitrine, sentir ta respiration, ton cœur battre... Ah ! Jeanne, baiser tes cheveux, tes mains, ton cou, tes yeux, — enfin, je ne puis te dire tout ce que je voudrais, tout ce que je pense... Ah ! ma bien-aimée, je suis folle, folle de toi, amoureuse de toi... Fais de moi ce que tu voudras, je suis tienne. Oh ! oui, je suis

©BIUM

tienne, ma bien-aimée. Je voudrais ne plus quitter ce joli rêve jusqu'au moment de la réalité. Ah ! chère bien-aimée, je sais bien que l'amour est enfant de bohême, qui n'a jamais, jamais connu de loi, mais je t'en supplie, ne me fais pas trop languir, dis, ma Jeannette... Je te quitte pour te reprendre ce soir, oh ! ma bien-aimée. Mes baisers les plus doux et les plus fous pour toi, de Lucie qui est blottie contre toi !... »

Naturellement, elle ne reçoit jamais de réponse, alors elle n'y tient plus, s'échappe de la campagne, rentre à Paris, court à son ancien atelier, fait du scandale pour voir Mlle R... qu'elle attend dans la rue, enfin, est ramenée à l'hospice par son père, le 17 juillet 1919.

Là, on constate le même délire que l'année précédente. « Rien n'existe, pour elle, affirme-t-elle, en dehors de son amie. » Mais de plus en plus, la malade interprète les moindres événements de sa vie, en raison de sa passion.

Elle dit qu'elle est très contente de rentrer à l'hôpital parce que c'est le meilleur moyen pour elle de rencontrer celle qu'elle aime.

Dès le lendemain, elle écrit :

« Oh ! chère grande amie, chère bien-aimée... Quelle joie c'est pour moi d'être ici et d'espérer que je te reverrai enfin ! Je suis toute, toute à toi maintenant. Pardonne-moi, vois-tu, ce matin, toute à ma joie, j'ai beaucoup causé... Es-tu mécontente de moi ? Tu me le feras savoir, ce soir, ou demain matin si tu est mécontente... Bah ! Je viens de comprendre quelque chose... C'est bien de m'avertir, je ferai attention... »

Et plus loin : « Je te demande d'être stricte avec moi, quand j'ai fait quelque chose qui ne te plais pas, punis-moi... »

Si la surveillante prête à Lucie un journal, si quelqu'un vient la voir, lui donne de l'argent ou quelques provisions, si l'on apporte du tabac à priser aux vieilles, s'il fait du soleil ou s'il pleut : tous ces menus événements, elle les interprète comme des manifestations de la pensée de Jeanne à son égard. De même, elle voit constamment, dans les « petits échos » du journal des avertissements et des conseils signifiés par son amie ; elle est renseignée aussi sur sa santé. Une de ses voisines de lit étant malade, Lucie écrit à Jeanne : « Est-ce que tu n'es pas malade ? Pourquoi la vieille dame est-elle souffrante ? Est-ce vraiment pour elle ou pour toi ?... Est-ce que tu n'es pas trop mécontente de moi ce soir ? J'ai vu un chat ce matin ici, et

©BIUM

un autre ce soir, dans la cour, alors c'est signe que ni ce matin, ni ce soir, tu n'as été contente de moi. »

Ces réflexions sont très fréquentes. La malade vit dans une communion perpétuelle avec son amie, elle ne désire même plus s'en aller, elle aime le service, parce qu'elle sait que c'est la volonté de Mlle R... qui l'y a conduite et que celle-ci organise tout pour le mieux. Elle lui demande même de ne pas la faire renvoyer, de la laisser à l'hôpital, tout le temps qu'il lui semblera bon, mais seulement de venir la voir.

« Je recommence à donner un peu de pain à mes petits oiseaux... Cela me rappelle les jours heureux où j'étais près de toi, et où j'allais aux Tuileries, chaque midi. Ah ! que je voudrais encore y être à ce moment et savoir ce que je sais et que je comprends maintenant... Chère bien-aimée... Oh ! quand te reverrai-je ? Je demande à la brise des nuits de t'apporter mes baisers bien doux, que la nuit t'apporte de beaux rêves où tu seras heureuse et que les Dieux te protègent... Tu sais, dans l'antique Rome, il n'était pas de meilleur salut que celui de demander aux Dieux de l'amour, de la vie, leurs trésors et leurs bienfaits. Ah ! puisses-tu avoir du bonheur, beaucoup de bonheur et recevoir mes plus fous et doux baisers. »

Dans d'autres lettres, ce sont des souvenirs que la malade évoque et qu'elle interprète encore. L'une des plus curieuses est la suivante :

« Je pensais cet après-midi à ce grand général qui est passé dans notre rue, avec son escorte, lors de la revue du 14 juillet... Oh ! Jeanne, ces braves — qui avaient affronté mille dangers — se déranger pour moi ! Si tu savais comme cela m'a frappé. C'est toi qui avais voulu me faire cet honneur et je m'en rappellerai toute ma vie, car je suis toujours effrayée par les honneurs, car, que suis-je, moi, si peu de chose... un grain de sable... »

Ou encore, dans les multiples pages qu'elle écrit, elle raconte en termes parfois émouvants son besoin de solitude, son désir de s'absorber dans l'objet aimé.

« Et puis, prends mon cœur : le voilà ! Il est las d'écouter les vains bruits de la terre, ta secrète parole est si douce pour moi. Ah ! cache-le bien vite, enfermé dans le tien, et si quelquefois je te le redemande. Oh ! ne me le rends pas et dis-moi, dès ce jour, dis-moi que tu ne peux accueillir ma demande, que je te l'ai donné et qu'il est tien, sans retour. Voilà, Jeanne adorée, des paroles vraies... tu me les a fait chanter. Je t'en remercie. »

©BIUM

Enfin, pour terminer, notons encore un des rêves qu'elle fait et qu'elle décrit ainsi à son amie :

« Oh ! le beau rêve que j'ai fait grande amie ! Mais laisse-moi tout d'abord t'embrasser comme dans mon rêve, c'était si beau !... J'étais chez des gens qui avaient commis un crime et qui m'avaient forcé à les aider. Je voyais le cadavre, le sang, et j'étais épouvantée. Puis j'avais tellement peur que j'étais venue me réfugier près de toi... C'était grand chez toi et c'était joli et bien éclairé. Je n'osais rester quand une personne m'a assurée que tu ne me dirais rien. Je suis donc restée et quand tu es venue... je me suis jetée à tes genoux et t'ai expliqué dans quelles transes j'étais, alors tu as eu pitié de moi, tu m'as prise dans tes bras et nous nous sommes embrassées sur les lèvres, grande amie ! Oh ! longtemps, longtemps, et je te disais : « Jeanne, je voudrais bien être ta petite femme, veux-tu que nous nous unissions ensemble ? » Et toi — ah ! c'était beau — tu ne cessais de m'embrasser comme réponse. »

Par opposition à ces épîtres passionnées, la malade, pendant ce second séjour, envoie à son père quelques courts billets d'un ton fort sec, où elle lui signifie de ne pas venir la voir et qu'elle n'a besoin de rien en dehors de son amie.

Dans le service, mêmes observations que l'an passé : un travail acharné, une attitude correcte, une ignorance systématique des médecins et le refus de répondre à tout interrogatoire.

Ensuite dix mois après son entrée, c'est-à-dire en mai 1920, la malade cesse d'écrire. En même temps elle répond plus facilement aux questions. Elle regarde en face. Cette fois elle dit qu'elle s'est trompée, qu'elle a beaucoup souffert, qu'elle a été malade, qu'elle a fait une terrible expérience et qu'enfin elle demande à oublier cette pénible torture. Elle accueille aussi beaucoup mieux les visites de son père.

Celui-ci demande avec insistance un nouvel essai de sortie. Il promet de ne pas quitter sa fille qui part le 20 juillet 1920. Pendant six semaines elle reste très calme en apparence, puis tout à coup (en septembre) est reprise par le besoin d'exprimer son délire ; de la campagne elle s'enfuit à Paris. En quelques jours elle accable la malheureuse Mlle R. de lettres, de paquets de tous genres, de bouquets qu'elle va jeter dans l'escalier de la maison, elle reste de longs moments devant les fenêtres de son amie en leur jetant des baisers, enfin pour attendrir le cœur de Jeanne, Lucie se fait avec un tisonnier

©BIUM

rougi deux énormes balafres sur les joues... C'est dans cet état que la pauvre fille est ramenée à l'hôpital par son amie qu'elle a suivie, soumise et joyeuse d'obéir, dit-elle, à celle qu'elle aime, la dévorant des yeux et lui rendant grâce de toutes ses bontés.

Elle recommence alors l'existence dont nous avons parlé. Transférée à Maison Blanche le 29 nov. 1920, elle continue, d'après les renseignements qu'a bien voulu nous communiquer le Dr Sérieux, à écrire les mêmes lettres d'amour, à travailler beaucoup, à éviter le médecin. Depuis trois semaines environ elle est entrée dans la seconde période que nous avons connue dans les deux séjours précédents : elle a cessé complètement les lettres, paraît redevenue sociable et a déjà plusieurs fois demandé spontanément une sortie qu'il est impossible maintenant de lui accorder.

Contribution à l'étude comparée des divers traitements actuels de l'Epilepsie

par J. ROUBINOVITCH et J. LAUZIER
Médecin-chef de l'Hospice de Bicêtre Interne des Hôpitaux

Depuis six mois nous avons étudié dans le service des enfants de l'Hospice de Bicêtre l'efficacité de divers traitements de l'épilepsie, et nous vous apportons aujourd'hui les résultats comparatifs que nous avons obtenu avec le Bromure, le Tartrate, le Luminal et le Dialacétine.

Ces divers traitements ont été successivement appliqués, chacun pendant une période de 3 mois, à un certain nombre d'enfants. Quel que fut le médicament employé, celui-ci fut toujours donné par la voie buccale et en dehors des repas.

Le Tartrate borico-potassique fut ordonné à la dose de 3 grammes par jour, chaque enfant prenant 3 cuillérées à soupe d'une solution de 20 grammes de Tartrate dans 300 cm^3 d'eau.

Le Bromure de potassium fut également donné à la dose de 3 grammes par jour, en solution sucrée.

Le Luminal ou phényléthylmanolylurée dont nous nous sommes servis fut le produit aujourd'hui mis

©BIUM

dans le commerce sous le nom de Gardénal. Chaque enfant en prit 2 comprimés par jour, soit 0 gr. 20 cgr.

Enfin le Dialacétine fut ordonné à la dose de 2 comprimés par jour, soit 0 gr. 70 cgr.

Ajoutons que, quel que soit le traitement auquel était astreint le malade, il y fut toujours associé un régime achloruré sévère, qui est de règle pour tous les épileptiques du service.

Dans une première série d'essais, qui porte sur 5 sujets, après une longue période de régime déchloruré simple, sans traitement médicamenteux, nos enfants comitiaux furent soumis pendant 3 mois au traitement par le Tartrate, puis les 3 mois suivants au traitement par le Bromure.

Les résultats furent les suivants : nos 5 malades qui avaient un total de 564 accès et 37 vertiges avant le début du traitement pendant une période de 3 mois, présentèrent pendant le même laps de temps 491 accès et 51 vertiges lors du traitement par le Tartrate, et 376 accès et 31 vertiges lors du traitement bromuré, soit une diminution du 1/3 à l'actif du Bromure.

Dans une deuxième série d'essais, 4 enfants qui en 3 mois avec un régime achloruré simple présentaient 302 accès, n'en eurent plus que 272 après qu'on les eut mis au Bromure, et seulement 111 avec le traitement à base de Gardénal, soit une diminution de 1/8 à l'actif du Bromure, et une diminution des 2/3 à l'actif du Gardénal.

Dans une troisième série d'essais, portant sur 5 sujets, le nombre total des crises qui était de 187 avant tout traitement médicamentaux est tombé à 102 avec le Gardénal et à 100 avec le Dialacétine. Enfin un enfant de 16 ans, chez lequel nous avons essayé successivement les 4 traitements, chacun pendant un laps de 15 jours, nous a donné les résultats suivants :

Avec le Bromure :	le Tartrate :	le Gardénal :	la Dilacétine.
16 accès et 10 vertiges ;	8 accès et 21 vertiges ;	5 accès et 7 vertiges ;	7 accès.

Des expériences analogues ont été également tentées sur les fillettes de la Fondation Vallée et l'efficacité des divers traitements fut tout à fait comparable.

©BIUM

C'est ainsi que 3 fillettes, présentant en 2 mois, avant tout traitement, 114 accès, virent le nombre de ceux-ci tomber à 46 par le traitement au Tartrate, puis à 28 par le traitement à base de Gardénal, mais le nombre des accès remonta à 41 lors du traitement bromuré.

De même, chez 3 autres jeunes filles, le nombre total des crises qui était de 118 accès et 17 vertiges avant toute médication pour une période de 2 mois, est tombé à 66 accès et 9 vertiges avec le Bromure, puis à 62 accès et 30 vertiges avec le Tartrate, enfin à 48 accès et 8 vertiges avec le Gardénal.

En outre nous avons ordonné plusieurs fois à des malades de la Consultation externe le Gardénal, soit à la dose de 20 cgr., soit à celle de 10 cgr. et nous avons obtenu des résultats très appréciables qui paraissent se maintenir après 6 mois de traitement régulier.

TABLEAU DES RÉSULTATS

	Avant les essais			Tartrate			Bromure			Gardénal			Dialacétine		
	Acc.	Vert.	Total	Acc.	Vert.	Total	Acc.	Vert.	Total	Acc.	Vert.	Total	Acc.	Vert.	Total
1re série d'essais	564	37	601	491	51	542	376	31	407	»	»	»	»	»	»
2e — —	302	2	304	»	»	»	272	35	307	111	1	112	»	»	»
3e — —	187	»	187	»	»	»	»	»	»	102	»	102	100	»	100
4e — —	»	»	»	8	21	29	16	10	26	5	7	12	7	»	7
5e — —	114	»	114	46	»	46	41	»	41	28	»	28	»	»	»
6e — —	118	17	135	62	30	92	66	9	75	48	8	56	»	»	»

En somme en comparant les résultats obtenus dans ces 6 séries d'essais, il semblerait que l'on puisse ranger ces divers produits par ordre d'efficacité croissante sur le nombre de crises ainsi qu'il suit : Tartrate, Bromure, Dialacétine et Luminal.

Il faut pourtant faire une réserve pour le Dialacétine, produit que nous étudions depuis moins longtemps que les autres, et qui sur nos malades de la Consultation externe paraît donner de beaucoup moins bons résultats que sur les enfants du service. Les recherches sont donc à poursuivre sur l'efficacité de ce produit.

Le Tartrate borico-potassique ne nous a donné que

©BIUM

des résultats peu encourageants ; nous avons pourtant observé dans quelques cas une légère transformation des accès en vertiges ainsi que le signalaient MM. Pierre Marie et Crouzon dans leur communication au Congrès de Strasbourg. Peut-être ce défaut de résultats positifs tient-il comme l'ont noté ces auteurs (1) à l'impureté des produits employés. Nous avons attiré l'attention de notre pharmacien sur ce sujet sans que depuis cette date il n'y ait eu de changements dans les résultats. Il est possible que l'association de ce médicament avec d'autres donne de meilleurs effets. Il est juste d'ajouter que ce traitement boré ne s'accompagne chez les malades d'aucun inconvénient : pas de dépression psychique, pas de troubles du caractère, pas d'intolérance digestive. Son ingestion ne produit pas les accidents gastriques, vaso-moteurs et cutanés que Féré avait décrits autrefois (2) sous le nom de : Borisme, et qui étaient fréquents avec l'emploi du Borate de soude.

Le Bromure, combiné au régime achloruré, suivant la technique préconisée depuis bien des années par MM. Richet et Toulouse (3), nous a fourni des résultats très nets. Le nombre des crises a toujours diminué par ce mode de traitement, mais un certain nombre d'inconvénients bien connus viennent en limiter l'usage prolongé : intolérance digestive, éruptions acnéiques, dépression mentale et parfois même léger degré d'abrutissement.

L'expérience a tout à fait confirmé les heureux résultats qu'avaient signalé il y a quelques mois M. Raffegeau (4), puis M. Maillard (5), à l'actif du Luminal. Ce produit a une action manifeste et immédiate sur les crises qui, d'une manière constante, dans toutes les séries de nos essais ont été fortement diminuées de nombre. Pris à la dose de 20 cgr. par jour en 2 fois,

(1) *Presse Médicale*, 9 octobre 1920.
(2) *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1896, N° 4.
(3) *Gazette hebd. de Médecine et Chirurgie*, 1896, N° 98, et *Acad. des Sciences* du 20 novembre 1899.
(4) *Soc. Médico-Psychologique*, séance du 19 décembre 1919.
(5) *Soc. Psychiatrie*, séance du 17 juin 1920.

©BIUM

nous n'avons jamais observé d'accidents du côté de l'estomac, ni du cœur, ni des reins, non plus que des éruptions ; il nous a paru avoir un effet heureux sur l'état général physique de nos malades. Chez quelques-uns même l'état psychique s'est amélioré au point de vue de la mémoire et du jugement.

Plusieurs auteurs, M. Maillard et M. Ducosté (1) entre autres, ont noté des troubles psychiques aigus au début du traitement par le Luminal. Nous avons retrouvé des faits analogues avec le Gardénal, en particulier des variations d'humeur, des changements de caractère, quelquefois même des crises de colère ; mais ces phénomènes ne sont pas constants. Ils furent particulièrement nets chez deux malades.

L'un, le jeune R..., âgé de 15 ans, et qui avait une moyenne de 20 accès par trimestre, a vu ses crises disparaître totalement depuis qu'il prend du Gardénal, mais son état psychique s'est modifié ; alors qu'auparavant c'était un enfant doux et docile, il présente maintenant une grande tendance à l'emportement ; très susceptible, il croit toujours que l'on se moque de lui, et pour la moindre chose il entre dans des crises de colère suivies de pleurs.

L'autre, le jeune L..., âgé de 17 ans, a vu également le nombre de ses accès amélioré par le Gardénal, mais depuis qu'il suit ce traitement ce malade, autrefois très docile, est d'une irascibilité extrême, il répond au moindre petit reproche, ergote et cherche toujours à avoir le dernier mot.

Enfin, nous avons pu, nous aussi, nous rendre compte de l'importance qu'il y a à ne pas interrompre, tout au moins au cours de la 1re année, le traitement, les crises revenant aussitôt en grand nombre.

En somme, tous les malades traités par le Gardénal ont été favorablement influencés et toujours d'une façon bien plus active que par le Bromure.

Laissant de côté le Dialacétine dont l'étude demande à être poursuivie, il nous semble qu'à l'heure actuelle deux traitements paraissent avoir une action

(1) *Soc. Médico-Psychologique*, séance du 31 mai 1920.

©BIUM

réelle sur l'épilepsie. Le Bromure d'abord, qui associé à un régime achloruré et hypotoxique provoque une diminution certaine des crises, mais qui peut à la longue présenter des inconvénients.

Le Luminal enfin, qui possède une action plus efficace et plus constante et qui, à part quelques troubles du caractère surtout au début, ne paraît entraîner aucun désordre dans l'organisme.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La phényléthylmalonylurée fabriquée par Poulenc sous le nom de gardénal a pu donner au début quelques mécomptes dus à ce que les comprimés, un peu durs, se dissolvaient mal. Ce médicament a pu paraître ainsi au début donner des résultats un peu inférieurs au luminal allemand. Il n'en est rien désormais ainsi qu'on le verra exposé dans la thèse de Bergès, qui sera soutenue ces jours-ci, et qui relate les expériences comparatives faites dans le service du Dr Maillard à l'Hospice de Bicêtre.

M. ROUBINOVITCH s'associe à ces observations, et annonce que la Commission de l'Assistance publique a inscrit le luminal dans la nomenclature des médicaments utilisés dans les hôpitaux.

M. LAIGNEL-LAVASTINE regrette que la Commission ait cru devoir employer le mot de luminal au lieu du mot scientifique phényléthylmalonylurée ou du nom de la spécialité française « gardénal » et propose que la Société émette un vœu pour que le mot luminal, spécialité allemande, soit remplacé dans la nomenclature par le mot de gardénal.

Après observations de MM. ROUBINOVITCH, BARBÉ, VALLON et René CHARPENTIER, qui s'associent à cette proposition et insistent sur l'importance de cette modification, le vœu suivant est adopté à l'unanimité par la Société :

« *Considérant que la phényléthylmalonylurée est maintenant fabriquée en France sous le nom de Gardénal, la Société Médico-Psychologique s'étonne que la*

©BIUM

Commission des médicaments et des remèdes nouveaux de l'Assistance Publique ait indiqué le nom de la firme allemande « luminal », au lieu de celui de la firme française « gardénal » et demande que seul le gardénal soit autorisé dans les administrations hospitalières » (1).

M. TOULOUSE. — Il est difficile sans avoir les chiffres des auteurs sous les yeux de traiter une question de ce genre. Pour que des résultats soient suffisamment démonstratifs, il faudrait cependant que les expériences soient réalisées sur un nombre plus grand de malades. Il serait également nécessaire de faire ces expériences successivement sur les mêmes malades, certains malades pouvant réagir mieux que d'autres à une médication donnée. Enfin, il ne peut être donné à chaque malade une même dose fixe, constante, du médicament envisagé : pour chaque cas doit être cherchée la dose optima, cela est vrai pour le bromure aussi bien que pour le gardénal, il y a souvent pour des malades différents, des différences de doses assez grandes.

D'autre part, pour comparer des traitements de l'épilepsie, il faut des expériences prolongées suffisamment longtemps : trois mois sont insuffisants, il faut environ une année.

Enfin, pour répondre à une observation qui a été faite, le bromure avec régime achloruré peut être donné sans inconvénients pendant des années. S'il se produit de l'abrutissement, c'est que le médecin est insuffisamment expérimenté, c'est qu'il se produit du bromisme, ce qui ne doit pas arriver avec un traitement individuel et bien surveillé.

M. BRIAND demande si les différents médicaments administrés aux mêmes malades l'ont toujours été dans le même ordre.

M. LAUZIER a remarqué qu'en donnant le gardénal après le bromure, on obtient de meilleurs résultats avec ce médicament qu'en le donnant après une période de traitement par le tartrate borico-potassique.

(1) Ce vœu a été transmis par le Secrétaire général à M. le Ministre de l'Hygiène et à M. le Directeur de l'Assistance Publique.

©BIUM

Syphilis héréditaire et épilepsie

par M. R. LEROY

C'est aujourd'hui un lieu commun que d'insister sur l'étendue et la variété des ravages exercés par le virus de la syphilis, particulièrement dans le domaine du système nerveux, mais on ne saurait trop appeler l'attention sur les reliquats de la syphilis héréditaire à la 3e ou à la 4e génération, reliquats encore peu connus. J'ai observé des cas très intéressants montrant l'existence et la virulence du tréponème au bout de trois générations, faits d'autant plus utiles à connaître que le traitement spécifique a amené la guérison de malades considérés comme incurables. Voici à ce sujet une observation des plus démonstratives, concernant une malade traitée par mon ami le docteur André Weil et par moi.

Grand'mère syphilitique ; mère tabétique ; jeune femme atteinte d'épilepsie atypique. Guérison par le novarsénobenzol.

Juliette X..., mariée, âgée de 33 ans, a les antécédents héréditaires suivants : Grand-père mort à 52 ans de congestion pulmonaire. *Grand'mère, décédée, ayant eu neuf grossesses, dont cinq fausses couches* (tous des garçons et les derniers), ce qui permet de porter presque sûrement le diagnostic de syphilis.

Père, âgé de 60 ans, bien portant, sans aucun symptôme neurologique. *Mère atteinte depuis 1908 de tabès,* diagnostiqué par MM. Raymond et Babinski.

La malade naquit à terme, toujours délicate, pas de convulsions. Aucune maladie infectieuse à signaler. Intelligence normale. Bonne instruction. A 7 ans, maladie nerveuse (?) soignée par le bromure : Juliette avait des vertiges, des absences, pendant lesquelles elle délirait, voyant un beau papillon voltiger devant ses yeux.

A 18 ans, crise de mélancolie ayant duré un mois. Elle se marie, à 21 ans, en 1909 et a une petite fille, née avant terme à 8 mois, chétive, traitée, il y a quelques années, pour *scléro-choroïdite antérieure.*

En novembre 1915, à 28 ans, Juliette sort un soir et brusquement, sans aucun motif, se met à courir comme

©BIUM

prise de peur et perd son urine. Ces faits se renouvellent fréquemment depuis cette époque, surtout le soir. Les nuits sont assez souvent mauvaises, agitées, avec émission d'urine. La malade éprouve par intervalles des besoins de mouvements, une agitation motrice automatique, des impulsions à courir, à jeter par terre un objet avec tremblements dans les avant-bras. Elle présente pendant une ou deux secondes des absences, pendant lesquelles elle a les yeux hagards et des contractions musculaires dans la figure et dans le cou, surtout du côté droit, absences accompagnées d'émission d'urine. Ces crises se renouvellent quelquefois dix à douze fois par jour, pendant une semaine, et ne se produisent pas pendant les règles. Jamais de crises convulsives classiques ; jamais de morsure de langue. En plus de ces phénomènes, Juliette souffre passagèrement d'obsessions de l'heure, l'obligeant à regarder la pendule.

Tel était l'état de la malade depuis trois années, quand nous l'avons examinée, M. Weil et moi. Elle avait suivi un traitement bromuré intensif (100 grammes en 15 jours), qui avait amené une rémission de trois mois, mais qu'elle n'avait pas voulu continuer parce que le médicament l'abrutissait. La malade avait des crises chaque semaine. Une ponction lombaire, faite en juin 1918, nous montre une abondante lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. La malade est traitée par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol : une injection chaque semaine pendant 6 semaines, à la dose de 0,30, — 0,45, — puis enfin 0,60. Dès la 3e piqûre, amélioration considérable, état général meilleur, disparition presque complète des phénomènes convulsifs et moteurs, ainsi que de l'émission d'urine. Il persiste des secousses myocloniques comparées à une décharge électrique, se produisant deux fois par jour, principalement le matin. Dernière injection, au milieu d'août. En septembre, nous constatons encore quelques soubresauts le matin, de rares nuits agitées avec incontinence d'urine. En octobre 1918, cessation de tout accident.

La guérison complète ne devait pas cependant être aussi rapide ; il y eut quelques rechutes. Je viens d'écrire à cette malade que j'avais perdue de vue, afin de pouvoir vous donner des renseignements complets et voici ce qu'elle me répond (janvier 1921) : « Je n'ose pas encore me croire définitivement guérie, mais le résultat du traitement a été merveilleux. J'en suis à ma quatrième série de piqûres et une seconde ponction lombaire, faite en avril 1920, a été entièrement satisfaisante. »

Telle est l'observation de cette malade que je vous donne non pas pour prouver l'efficacité du traitement spécifique dans l'épilepsie syphilitique, notion classique, mais pour montrer combien la virulence du tréponème peut se conserver pendant toute une suite de générations. Ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pourrait le supposer. J'en ai vu un autre presque semblable chez un enfant de 7 ans ayant depuis 3 ans des vertiges comitiaux quotidiens et qui a complètement guéri avec le novarsénobenzol, alors que rien ne pouvait faire penser à la syphilis héréditaire, prouvée par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien. J'ajoute enfin que le mari de la malade ne présentait aucun symptôme de syphilis.

Encéphalite épidémique asthénique et myoclonique avec crises bulbaires Evolution continue depuis plus d'un an

par MM. Raoul LEROY et Roger DUPOUY

Emile L., 50 ans, intellectuel des plus distingués, est atteint d'encéphalite épidémique vers le 10 janvier 1920. L'affection débute par deux nuits d'insomnie complète, sans autre malaise, puis par des symptômes faisant penser à la grippe (d'autant plus que sa famille en est atteinte à ce moment) : fièvre, courbature générale, congestion pulmonaire. Mais un signe traduit, dès ce moment, la nature de la maladie, c'est la somnolence et la torpeur intellectuelle. Il faut le secouer pour le tirer de sa somnolence quand on veut lui donner des soins ou l'alimenter ; il arrive ainsi, bien qu'avec de sérieuses difficultés, à répondre aux questions et à prendre ses repas.

Cette phase aiguë initiale dure une quinzaine de jours et s'accompagne d'une certaine dysmnésie ; le souvenir de ces 15 jours est demeuré très vague dans l'esprit de M. L.

Des secousses myocloniques ne tardent pas à se montrer sur tout le corps sauf à la face, secondaire-

©BIUM

ment par conséquent à la somnolence et même à l'amélioration de l'état général. Puis des troubles apparaissent alors du côté des yeux : diplopie (qui durera six semaines environ) et ptosis de l'œil gauche. La température se maintient légèrement subfébrile, 37,4, 37,7.

Malgré la persistance de quelques secousses myocloniques et d'une somnolence encore marquée, M. L. se lève. Il présente une asthénie très grande contre laquelle on lutte vainement à l'aide d'injections hypodermiques de strychnine.

Le 10 février il essaie de reprendre ses occupations, espérant que la vie active lui permettrait de vaincre sa torpeur, mais il n'y parvient pas ; il dort en marchant, au point de tomber à terre.

Dès le début de mars, il est contraint d'abandonner à nouveau tout travail, la somnolence étant trop forte et invincible. Il part à la campagne où il dort presque tout le temps. Il éprouve alors par intermittences, et surtout sous l'impression du froid, de la raideur des jambes. Il traîne principalement la jambe gauche.

Durant tout le mois de mars, il demeure profondément asthénique, « mou comme chiffon », incapable de se lever. En avril, une amélioration se manifeste, s'accompagnant de sueurs abondantes. La somnolence diminue ; il s'endort cependant à plusieurs reprises dans la journée, mais par contre il présente dans la nuit plusieurs heures d'insomnie. Il reprend quelques forces et peut faire chaque jour des promenades de 5 à 6 kilomètres. Il rentre alors à Paris, se croyant en pleine voie de convalescence et n'éprouvant plus d'envie de dormir qu'après le repas de midi. Un nouveau symptôme se déclare le 28 avril, un écoulement nasal mucopurulent, particulièrement abondant, sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Au mois de mai, brusque accès de fièvre (40°), nouvelle congestion pulmonaire, et poussée d'entérite avec selles fétides et membranes parfois sanguinolentes. Somnolence modérée, mais toujours persistante. L'état ne s'améliore que lentement. Vers la fin juin il peut se remettre à sortir et à circuler, mais éprouve

©BIUM

une fatigue continuelle, de la courbature dans les jambes et, en position debout, un sentiment pénible d'instabilité et d'insécurité.

Il se produit alors de la polyurie nocturne. Chaque nuit il est obligé de se relever 2 ou 3 fois et émet à intervalles très rapprochés (entre 9 heures et minuit) 1.200 grammes d'une urine presque incolore. Dans la journée au contraire l'urine est peu abondante, 3 à 400 grammes seulement. L'asthénie est considérable, l'amaigrissement rapide ; la tension artérielle prise au Vaquez se montre faible. On institue des injections sous-cutanées de cacodylate de soude et de l'extrait de capsules surrénales alternant avec de l'extrait hypophysaire. La polyurie cesse.

Vers la mi-juillet on pratique 3 injections intraveineuses de néosalvarsan à doses extrêmement faibles (0,10, 0,15, 0,20), mais le 5 août, alors que pour la première fois l'appétit renaissait et qu'il se sentait capable de faire d'assez longues promenades, une débâcle bilieuse a lieu, aussitôt suivie d'un ictère très accusé.

Il se plaint de douleurs hépatiques. L'état général est très mauvais, l'amaigrissement profond, l'asthénie extrême, avec vertiges, courbatures des membres inférieurs, dyspnée et sensation d'étouffement. La réaction de Wassermann, déjà pratiquée en 1917 à l'occasion d'une légère poussée de chorio-rétinite, se montre pareillement négative en septembre 1920. La recherche de la constante d'Ambard donne 0,162, résultat qui impose immédiatement un régime hypoazoté et déchloruré. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

En octobre, l'asthénie et la torpeur se maintiennent à un degré prononcé ; on note également des crises fréquentes caractérisées par une sensation de froid avec grelottement, des douleurs des jambes, des troubles respiratoires constitués par des séries d'inspirations tantôt profondes et rapides et tantôt très ralenties ne dépassant pas 6 à la minute, enfin par de la somnolence, laquelle ne va point cependant jusqu'au sommeil complet et continu et par des secousses myo-

©BIUM

cloniques au cours de l'assoupissement diurne ou du sommeil nocturne.

L'état reste stationnaire en novembre, avec alternatives d'améliorations et d'aggravations. Asthénie nécessitant l'alitement presque continu. Crises de frissons, d'étouffements, de bradypnée, de somnolence. Persistance depuis son apparition de l'écoulement muco-purulent du nez. Aucun aspect de Parkinson.

C'est en cet état qu'il entre le 18 novembre 1920 à la Maison de Santé de Fontenay où nous constatons, outre les signes déjà énumérés : de l'inégalité pupillaire avec paresse des réflexes iriens, de l'exagération des réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs, plus marquée à gauche avec Babinski gauche, ébauche de trépidation épileptoïde du pied gauche et clonus bilatéral de la rotule, de la paresse urinaire (mictions longues à venir) et intestinale (constipation rebelle). Il n'y a pas d'ataxie, ni de tremblement, ni de parésie franche. Les secousses myocloniques se produisent encore par intervalles, principalement au niveau des mollets et des mains.

Le pouls est à 66, régulier mais mou et avec quelques pulsations très faibles, à peine perceptibles au doigt. Le rythme respiratoire est de 13 mais offre au moment des crises d'angoisse et d'étouffement des variations plus ou moins considérables. Réflexe oculo-cardiaque 64-52.

Le coryza muco-purulent persiste ; l'écoulement est abondant et particulièrement épais.

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Tension : *normale.* — Aspect : *limpide.* — Couleur : *incolore.* — Albumine : *normale.* — Sucre : *0,58 par litre.* — Chlorures : *7,78 par litre (en NaCl).* — Lymphocytes : *3 par m/m cube.*

EXAMEN DU SANG. — FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles, 54. — *Polynucléaires éosinophiles,* 2. — *Polynucléaires basophiles,* 1. — *Mononucléaires,* 26. — *Grands mononucléaires,* 6. — *Lymphocytes,* 5. — *Grands lymphocytes,* 1. — *Formes de transition,* 5.

Le malade est mis à l'urotropine et à l'adrénaline. Des lavages salés, des fumigations répétées, combinées avec l'usage de terpine et de benzoate de soude, sont pratiqués contre le coryza. Des injections de sérum de cheval (sérum antidiphtérique) nasales et sous-cutanées sont tentées sans résultat. Enfin la médication arsenicale (néosalvarsan) est reprise très prudemment.

Cette observation nous paraît intéressante à divers titres :

Au point de vue mental les troubles ont été peu accusés ; en dehors de la période initiale où règne une légère confusion mentale avec sa dysmnésie spéciale, il n'a jamais existé que de l'asthénie, celle-ci très marquée et rendant impossible la plupart du temps toute occupation, même aussi peu fatigante qu'une simple lecture.

Au point de vue de l'évolution, il s'est agi chez M. L. d'une forme remarquablement chronique. Plus d'un an après le début de l'encéphalite, nous constatons encore non seulement de la somnolence, mais des secousses myocloniques qui n'ont pour ainsi dire pas cessé depuis bientôt 13 mois. D'autre part, les symptômes quelque peu différents aux diverses phases de l'affection indiquent une extension progressive du processus : myoclonie dès le début en janvier 1920, troubles oculaires fin janvier, raideur des jambes et parésie du membre inférieur gauche en mars, avérée encore aujourd'hui par l'existence des signes d'irritation pyramidale (signe de Babinski, clonus du pied et de la rotule), syndrome bulbaire constitué en juin par de la polyurie, en octobre par des troubles respiratoires, accès d'oppression et d'étouffements, rythme alternant à forme de Cheyne-Stokes survenant par crises et faisant penser à une irritation du noyau du vago-spinal.

Au point de vue des signes généraux, nous notons des phénomènes passagers d'infection pulmonaire (congestion pulmonaire à deux reprises), d'infection intestinale (poussée d'entérite avec selles sanguinolentes), d'insuffisance hépatique (ictère à la suite de 3 injections minimes d'arsénobenzol) et d'insuffisance rénale (constante d'Ambard remarquablement élevée).

©BIUM

Enfin et pour terminer nous voulons attirer spécialement l'attention de nos collègues sur l'existence d'un coryza muco-purulent rebelle à tout traitement et datant d'avril 1920. Ce n'est pas la première fois que nous rencontrons un écoulement de ce genre chez des malades atteints d'encéphalite épidémique, surtout dans les formes à évolution chronique. Il y a, pour nous, plus qu'une simple coïncidence et nous nous demandons si la porte d'entrée du germe infectieux n'est point constituée par les fosses nasales, d'où l'agent pathogène aurait toute facilité pour gagner la région infundibulaire et le plancher du troisième ventricule. La thérapeutique, dans cette hypothèse, devrait surtout être dirigée dès le début de l'affection sur les fosses nasales que l'on devrait s'efforcer de désinfecter soigneusement. La prophylaxie de cette redoutable maladie s'inspirerait en conséquence de la même idée directrice.

DISCUSSION

M. Briand demande quelle fut la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien, et estime qu'il est tout à fait légitime d'admettre ainsi que le pensent beaucoup de médecins que la porte d'entrée se trouve au niveau du rhino-pharynx.

M. Dupouy. — La teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien était sensiblement normale. J'estime, pour ma part, que par une désinfection soigneuse des fosses nasales, on peut peut-être éviter la maladie.

M. Piéron. — A propos de la question de M. Briand sur la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien, il est bon d'insister sur les précautions qu'il est nécessaire de prendre pour cette recherche, le taux variant avec la lymphocytose, variant aussi après les ponctions lombaires.

M. Raoul Leroy. — Notre communication prouve une fois de plus que l'encéphalite épidémique est une maladie excessivement grave, ayant souvent une longueur désespérante. Je demanderai à ce propos à M. Truelle ce qu'est devenue l'infirmière de Ville-Evrard, dont il nous a donné ici l'observation et qu'il

considérait comme guérie en juin 1920 (1). Je rencontre quelquefois cette jeune fille qui circule depuis longtemps, mais elle n'a pas repris encore son travail et reste asthénique avec un aspect parkinsonnien.

Nous parlerons plus tard d'une autre malade actuellement dans mon service, traitée en avril 1920 à Cochin par M. le professeur Widal et considérée comme guérie. Elle est entrée à Maison Blanche pour des troubles bizarres du caractère et de l'humeur sans caractères bien définis. En novembre dernier, elle a été reprise d'une nouvelle poussée d'encéphalite avec fièvre, périodes de coma, secousses myocloniques, diplopie, symptômes qui persistent encore. Cette malade a présenté également un écoulement purulent du nez et elle souffre encore à chaque instant d'épistaxis.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
P. JUQUELIER et René CHARPENTIER.

XXIVe CONGRÈS
DES ALIÉNISTES NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Strasbourg (26 août 1920)

(*Suite*)

M. le professeur agrégé Roussy avait bien voulu se charger du rapport de neurologie sur *les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.* Dans un travail très documenté, M. Roussy a étudié à l'aide de l'anatomie et de la physiologie pathologique quel est, dans la maladie de Basedow, le rôle du corps thyroïde et de cet autre élément de l'appareil thyroïdien, le thymus. Les lésions organiques dans la maladie de Basedow peuvent être divisées en trois catégories : des lésions inconstantes et accessoires des organes les plus divers, des centres nerveux, des glandes endocrines, etc., sans caractère spécifique ; des lésions inconstantes du sympathique ; des lésions principales du

(1) TRUELLE et BROUSSEAU : *Note sur un cas d'encéphalite léthargique* (*Société Médico-Psychologique*, janvier 1921).

©BIUM

corps thyroïde, du thymus et des ganglions cervicaux, du sang. *L'hyperplasie parenchymateuse du corps thyroïde* est l'altération caractéristique ; elle porte sur les *acini* plus nombreux, irréguliers et dont la cavité diminue ou disparaît ; la *couche épithéliale* formant des papilles intra-alvéolaires et dont les cellules sont cylindriques ou cubiques hautes ; la *substance colloïde* moins abondante, plus fluide, et qui prend mal les colorants. Aux lésions précédentes, il faut ajouter les *îlots éosinophiles* et les *amas lymphoïdes*. Le *thymus*, dont le rôle important a été mis en lumière par les chirurgiens qui lui attribuent divers accidents postopératoires est hypertrophié dans un grand nombre de cas, en même temps souvent que toutes les structures lymphoïdes du cou, et parfois du thorax et de l'abdomen. La formule cytologique du sang correspond, pour Th. Kocher, à une leucanémie avec leucopénie neutrophile et lymphocytose ; d'autre part, la coagulation est ralentie.

M. Roussy a passé en revue les différentes *théories pathogéniques* de la maladie de Basedow : sympathique, thyroïdienne, thyro-thymique. Il conclut qu'on peut concevoir ainsi l'enchaînement des phénomènes : thyroïdite ou strumite provenant d'un processus inflammatoire qui souvent passe inaperçu et peut atteindre en même temps le thymus et les formations lymphoïdes, puis dyshyperplasie thyroïdienne qui donne lieu à une sécrétion excessive et adultérée, intoxiquant électivement divers organes ou éléments nerveux et réalisant le syndrome de Basedow.

Seuls, les *traitements* dirigés contre les altérations thyroïdiennes semblent devoir être efficaces : hémato-sérothérapie (chymothérapie antithyroïdienne, sérothérapie thyrotoxique), dont les résultats sont inconstants ; méthodes opératoires qui présentent toutes des inconvénients et des dangers ; radiothérapie qui s'est montrée capable, sinon toujours de guérir, au moins d'améliorer considérablement les malades.

Dans un addendum à son rapport de 1914, M. Roussy étudie le *métabolisme basal* dans la maladie de Basedow. En outre, examinant les faits de guerre, le rapporteur recherche s'ils sont de nature à remettre en honneur la théorie classique émotive de la maladie de Basedow : il conclut qu'aucun élément nouveau n'est venu démontrer l'origine émotive et primitivement sympathique du goître exophtalmique et que la lésion thyroïdienne est le substratum anatomique essentiel, capital, de la maladie.

M. Bourguignon, ayant fait sur des chiens la ligature des

©BIUM

pédicules de la glande thyroïde, observa d'abord de l'atrophie avec signe d'insuffisance, puis de l'hyperplasie thyroïdienne.

MM. Barré, Sicard, Sollier, Lépine, Anglade, Crouzon, Roubinovitch, Dupré déclarèrent qu'ils n'ont pas vu de Basedow complet produit par une émotion de guerre, mais beaucoup de formes frustes. Tel fut aussi l'avis de M. Briand pour qui, le plus souvent, l'émotion est, non la cause, mais la conséquence du basedowisme. M. Anglade ajouta que, malgré le doute qui subsiste sur le rôle de l'émotion, dans un rapport récent, en matière d'accident du travail, il a cru devoir conclure à l'importance pathogénique de l'émotion. Et cette sage conclusion pratique, qui laisse subsister le doute pathogénique en matière judiciaire, fut admise par tous.

⁂

Le troisième rapport, consacré traditionnellement à une question d'assistance ou de médecine légale avait été donné à M. Coulonjou qui n'avait pas craint d'assumer la tâche d'exposer devant le Congrès une question singulièrement délicate, neuve, celle des *Maladies mentales professionnelles*. Le rapporteur a rempli d'une façon parfaite cette lourde tâche et a traité très complètement ce sujet tant au point de vue législatif qu'au point de vue clinique.

Dans un premier groupe, M. Coulonjou range et étudie les maladies mentales exclusivement professionnelles dues au plomb, au mercure, à l'arsenic, au sulfure de carbone, à la benzine, à l'oxyde de carbone, à l'aniline, au pétrole, au manganèse, à la chaleur, à l'air comprimé, au surmenage et à l'alcool, concluant à la non-existence d'un alcoolisme professionnel sauf peut-être (?) pour les ouvriers des poudreries. Dans ce groupe, il range aussi les « maladies par contagion mentale ».

Dans un deuxième groupe, M. Coulonjou classe des maladies consécutives à une autre affection qui, elle, est due à la profession (paludisme, insolation, maladies des organes et des glandes de la peau, brûlures, etc.) consécutives à un traumatisme professionnel.

En l'absence de caractères spécifiques, le diagnostic d'accidents alcooliques doit être fait avec soin, de même que la recherche d'accès antérieurs, l'état antérieur, la prédisposition, devant au contraire être le plus souvent négligés dans l'appréciation des faits. M. Coulonjou conclut avec beaucoup de réserve que certaines de ces maladies pour-

©BIUM

raient sans doute être signalées au législateur pour être incorporées à la loi.

Après une intervention de M. Granjux, qui signala que, dans l'armée, le « cafard » peut être considéré comme une maladie professionnelle, M. Roubinovitch vint protester énergiquement contre l'assimilation des maladies mentales professionnelles à des accidents du travail résultant d'un traumatisme, tandis que les troubles mentaux sont le résultat de causes multiples et lointaines souvent sans rapport avec la profession du malade. On pourrait presque dire qu'il n'y a pas de psychoses professionnelles et cette loi ne lui paraît pas justifiée. Certains articles de la loi en préparation seront d'une application très difficile. Pour M. Roubinovitch, la solution de cette question ne peut se trouver que dans l'assurance obligatoire contre la maladie et les accidents.

M. Chaviguy fit observer que la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires a été beaucoup plus loin que la loi civile sur les maladies professionnelles, puisqu'elle indemnise indistinctement toutes les maladies survenues au cours du service; elle prête à des abus manifestes puisqu'elle indemnise des affections manifestement antérieures à l'incorporation (débilité mentale, par exemple).

M. Sicard dont l'opinion fut appuyée par MM. Dupré et Crocq fit remarquer qu'on ne peut plus parler de paralysie générale saturnine, la paralysie générale étant toujours syphilitique.

Enfin, M. Meige, après avoir conclu de cette discussion que vraiment, il reste bien peu de maladies mentales que l'on puisse considérer comme professionnelles, signala que si peu de professions paraissent susceptibles de donner des troubles mentaux, il en est quelques-unes qui semblent attirer à elles les psychopathes. C'est ainsi que beaucoup de dégénérés, de jeunes débiles sont attirés par les métiers où l'on fait de la mécanique.

***

De nombreuses *communications*, si nombreuses que les discussions durent être écourtées et que le programme n'en put être épuisé, furent faites par les congressistes tant à la fin des séances consacrées à la discussion des rapports que dans des séances spéciales. L'abondance des matières fut cause qu'à certains jours il fallut tenir deux séances en même temps dans des locaux séparés, séances consacrées, l'une à la psychiatrie, l'autre à la neurologie. C'est

là une pratique regrettable, dont beaucoup souhaitent que l'on puisse éviter le retour. D'une part, un grand nombre de congressistes apportent le même intérêt aux questions de psychiatrie et aux questions de neurologie. D'autre part, il est bien des questions neuro-psychiatriques qui ne peuvent être classées dans l'une ou l'autre des deux catégories et dont l'étude doit être faite au double point de vue de la neurologie organique et de la psychologie pathologique.

On en pourrait donner comme témoignage, s'il en était besoin, l'intéressante et originale communication de M. Anglade sur *Les territoires intellectuels du cerveau*. Pour M. Anglade, deux zones cérébrales distinctes doivent être considérées comme des territoires intellectuels. A la première correspond la faculté d'acquérir les notions nécessaires à l'idéation, au raisonnement, à la décision ; à la seconde, la faculté de classer, de retenir ces acquisitions, de les exprimer par la parole, l'écriture, la musique. La perte définitive de ces aptitudes constitue la démence. Il y a une démence simple, progressive, globale, calme. Elle repose sur des atrophies du lobe préfrontal qui peuvent aller, comme dans un cas typique, jusqu'à la pédiculisation de ce lobe. Il y a une démence paraphasique, bruyante, logorrhéique qui signifie *toujours* que le tiers postérieur de la première circonvolution temporale gauche est atteint. La seconde forme de démence se complique souvent de la première ; l'inverse est rare.

Une discussion s'engagea dans laquelle M. Pfersdorff déclara ne pouvoir accepter l'identification de la pensée et de la parole, faisant remarquer l'absence de signification de bien des mots que l'on trouve aussi bien dans la salade de mots du dément précoce que dans le langage automatique du maniaque. M. Hesnard exprima le doute que l'on arrive à localiser l'intelligence faite d'une synergie de fonctions cérébrales. M. Blondel fit observer que les déments paraphasiques de M. Anglade ressemblent par plus d'un point aux aphasiques de M. Pierre Marie qui parlent trop, mais mal, et qui ne comprennent pas par déficit intellectuel portant essentiellement sur les acquisitions didactiques.

M. Chaviguy rapporta trois cas de *pseudo-tétanos psychique* rapidement guéris par la psychothérapie.

MM. Marcel Briand et Rouquier, étudiant les *formes mentales de l'encéphalite épidémique* décrivirent trois formes : la forme mentale primitive de la maladie confusion-

©BIUM

nelle, délirante ou hallucinatoire, à évolution rapide et souvent mortelle, analogue au délire aigu ; les séquelles psychopathiques d'évolution et de pronostic variables, consécutifs à l'encéphalite ; les manifestations motrices polymorphes qui peuvent être le point de départ de syndromes pithiatiques.

Sur ce même sujet, il faut signaler les communications de MM. Gelma et Hanns sur l'*Encéphalite épidémique* et de MM. Barre et Reys sur *Le liquide céphalo-rachidien dans 42 cas d'encéphalite épidémique.*

M. Hesnard fit part d'un travail très original sur *Le processus de la dissociation mentale* dans les états délirants *chroniques.* Pour lui, la dissociation mentale est un processus morbide commun à tous les états délirants chroniques sans démence d'emblée. Ce syndrome consiste, non seulement dans les formes variées de la stéréotypie, mais surtout dans la discordance des réactions, laquelle s'expliquerait par un jeu successif ou simultané (chez un délirant au délire incoordonné, mais non affaibli) de la pensée saine et de la pensée morbide s'exerçant parfois dans le même moment mais — fait essentiel et caractéristique — sans lien logique.

MM. Courbon et Spitz exposèrent la *situation civile de l'aliéné dans les lois française et allemande.* D'après le code allemand, l'internement de l'aliéné à l'asile n'influe en rien sur sa capacité civile. Celle-ci n'est soumise qu'à l'un ou l'autre de ces deux régimes : *interdiction* ou *curatelle.* L'interdiction est moins compliquée qu'en France ; elle est prononcée par un seul juge après expertise médicale obligatoire. Elle comprend deux degrés : interdiction pour maladie mentale, assimilant l'interdit à un mineur de moins de sept ans n'ayant aucune capacité civile ; interdiction pour faiblesse mentale, assimilant l'interdit à un mineur de plus de sept ans, capable civilement, à la condition d'agir avec l'autorisation de son tuteur à moins qu'il ne s'agisse d'actes lui assurant un avantage sans restriction.

La curatelle est une mesure très souple et très humaine puisqu'elle tient compte de la volonté du sujet. Elle n'a aucune équivalence dans la loi française et, parfois, a pour effet de remplacer l'interdiction. Elle est prononcée par un seul juge. Sa seule lacune est de ne pas comporter obligatoirement l'expertise médicale. Aux aliénés qui ont conservé une assez grande lucidité pour comprendre la valeur de cette mesure, elle ne peut être appliquée qu'avec leur consentement ; elle doit cesser dès qu'ils le demandent ; s'ils

©BIUM

la refusent, elle doit être remplacée par l'interdiction. A ceux qui n'ont pas cette lucidité, elle peut être imposée d'office.

Le code allemand fait donc preuve de plus de confiance envers le juge et le médecin. Le code français révèle avant tout la peur d'une séquestration arbitraire et édicte un formalisme rigoureux pour l'empêcher.

M. Logre rapporta *un cas historique de délire d'imagination consécutif au rêve* extrait d'un récit de Tacite, et l'observation d'un *état imaginatif onirique* et *postonirique* après commotion chez un alcoolique.

MM. Logre et Heuyer signalèrent l'existence d'*idées d'influence au cours de l'excitation maniaque*. Pour ces auteurs, ces idées d'influence, nées de la manie, semblent de pronostic favorable et destinées à disparaître avec l'état maniaque.

Ces idées d'influence qui reposent sur l'interprétation des symptômes morbides existent également dans les états mélancoliques. Leur pronostic n'est pas toujours aussi favorable que l'indiquent MM. Logre et Heuyer. J'en connais un cas, en particulier, dans lequel, après la disparition d'un état mélancolique, les idées d'influence subsistent depuis dix ans et ont abouti à la formation d'un véritable délire systématisé.

M. Paul-Boncour apporta ses conclusions sur la *puberté chez les anormaux* après avoir examiné 125 anormaux mâles pendant six années et noté leur évolution pubérale conformément à la méthode anthropologique.

M. Hartenberg exposa sa méthode de *traitement de l'éreuto-phobie* qui consiste à combattre les vaso-dilatations céphaliques par la réduction des boissons, la quinine et l'adrénaline, tandis qu'une médication appropriée tente d'atténuer l'émotivité anxieuse. M. René Cornélius étudiant la *psychologie et la thérapeutique des obsessions*, conclut que le traitement psychothérapique se borne aux affirmations, le traitement physico-chimique et opothérapique vise les intoxications et les troubles glandulaires ; le traitement par le véronal combat la disposition fondamentale à l'anxiété. M. Masquin, pour le *traitement de l'angoisse* préconise le sommeil artificiel par le somnoforme.

M. Crocq souleva une discussion très intéressante en apportant ses résultats de *traitement salvarsané des maladies du système nerveux*, et, en particulier, du *tabes* et de la *paralysie générale*. M. Crocq, en effet, apporta des conclusions très optimistes, déclarant avoir obtenu au début

©BIUM

de la paralysie générale des guérisons complètes avec disparition des symptômes, et, dans des cas avancés, des rémissions longues, une survie de sept et même de dix-sept années. Ces conclusions furent trouvées, en général, beaucoup trop optimistes. MM. Barré, Meige, Lépine, Dupré, protestèrent contre le mot de guérison. M. Sicard insista sur la nécessité des injections fréquemment répétées. MM. Lépine, Roussy, firent même des réserves sur l'influence du salvarsan, se demandant si ce ne serait pas le traitement salvarsané lui-même, à la période secondaire qui préparerait la syphilis nerveuse en refoulant le tréponème du sang vers les centres nerveux.

MM. Pierre Marie et Crouzon rappelèrent les règles de l'administration du tartrate borico-potassique préconisé par eux dans le traitement de l'*épilepsie*.

M. Roubinovitch présenta un appareil très ingénieux pour mesurer le réflexe oculo-cardiaque : l'*oculo-compresseur manométrique*.

Sous le titre : *délire scientifico-sacré, automatisme psychique,* le professeur d'Hollander, de Louvain, exposa l'intéressante histoire d'une femme adonnée aux pratiques spirites, et dont un plan de réorganisation du monde suscita d'abord l'admiration de l'entourage. Le contraste est frappant entre, d'une part, la logique serrée des explications verbales au cours de la conversation, et, d'autre part, l'incohérence des écrits et des dessins exécutés dans les périodes « d'inspiration » et sur lesquels elle prétendait fonder son système.

Mais la place manque pour exposer ici, même aussi brièvement, tous les travaux du Congrès. Parmi tant de communications que nous aurons tous plaisir et profit à lire dans le compte rendu officiel, qu'il me soit permis de rappeler : les *anormaux scolaires de l'œuvre Grancher,* par M. Granjux ; la *simulation de l'aliénation mentale dans l'armée* en temps de paix, par MM. Simonin et Raymond ; des rapports possibles de l'*épuisement cérébral* avec les *folies intermittentes* et les *démences précoces* ou leurs combinaisons, par M. Ameline ; *apraxie et catatonie,* par le professeur Pfersdorff ; sur les *psychoses réactives,* par M. Schneider ; *états d'excitation périodiques* avec crises *polyuriques,* par M. Gelma ; *hallucinations visuelles isolées,* par M. Suttel ; *dessins d'un aliéné,* par M. Eissen ; *encéphalite léthargique et catatonie,* par M. Kessler ; *anxiété périodique et délire,* par M. Georges Lerat ; *contagion mentale familiale,* par M. Prince ; l'*hystérie trauma-*

©BIUM

tique, par M. Dardel ; *étiologie et traitement de quinze ans de basedowisme,* par M. Vieux ; le *thorax court cause d'angoisse,* par M. Blum ; *les complications nerveuses de la grippe,* par MM. Barré et Hans ; la *contracture latente des convalescents du tétanos,* par M. Monier-Vinard ; les altérations du cycle manométrique du *réflexe oculo-cardiaque* dans le *tabes* et la *paralysie générale,* par MM. Roubinovitch, Lauzier et Laurent ; la *miscrosphygmie des épileptiques,* par M. Hartenberg ; *la chronaxie dans les états de dégénérescence et les myopathies,* par M. Bourguignon ; et toute une série de recherches très intéressantes de M. le professeur Barre et de ses élèves sur le *clonus rotulien vrai et le clonus* en général, le signe de *l'écartement des doigts, le réflexe oculo-cardiaque,* la pression normale du *liquide céphalo-rachidien,* etc.

⁂

Au cours d'une réception offerte aux Congressistes par la Société des Amis de l'Université, le professeur Ley, de Bruxelles, présenté à la nombreuse assistance par le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, fit une conférence très applaudie sur le *déterminisme dans le domaine moral.* Ce sujet délicat, plein d'actualité, fut exposé avec une grande clarté et mis à la portée d'un public non exclusivement médical. Le professeur Ley montra que si la notion déterministe est facilement admise dans le domaine des sciences naturelles, et au point de vue médical dans celui des anomalies physiologiques, elle a pénétré avec plus de difficulté dans l'ordre des phénomènes moraux. On ne reproche pas à un sujet son bec-de-lièvre ou sa gibbosité, on le sermonne encore à propos d'anomalies morales dont on le rend responsable.

Plus on étudie, plus on scrute le domaine dit « moral », plus on le voit se rétrécir. Toute une série de manifestations anormales, jadis considérées comme dépendant de la bonne ou de la mauvaise volonté des sujets, sont déterminées par des troubles physiologiques ou même physiques : la bouche ouverte des adénoïdiens, l'onychophagie, l'onanisme, l'incontinence nocturne d'urine, la paresse habituelle, l'arriération mentale par exemple, jadis sujettes à des punitions et des humiliations, sont traitées avec succès par des procédés médicaux. De même, les sujets pervers, méchants, menteurs, voleurs, précoces, doivent souvent leurs anomalies à des lacunes mentales dans la sphère morale, et on renonce de plus en plus à les punir pour chercher

©BIUM

à les réformer, les réadapter au milieu social et les guérir tout en se préservant avec énergie de leurs manifestations antisociales.

Toute la transformation du droit pénal moderne est basée sur la recherche du déterminisme criminologique et le remplacement de la notion de peine par celle de la défense sociale, concurremment avec la réadaptation et la rééducation du délinquant et du criminel.

Le danger de voir ces doctrines déterministes affaiblir l'idée de liberté morale et de responsabilité paraît peu sérieux ; la notion subjective naturelle et fondamentale de la responsabilité personnelle est profondément humaine et persiste malgré toutes les expériences déterministes objectives.

⁂

La XXVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Luxembourg, au mois d'août 1921.

Présidents : MM. Buffet et Meige.

Vice-président : M. le professeur Jean Lépine.

Secrétaire général : M. Forman.

Suivant la coutume admise, quand le Congrès se tient hors de France, deux présidents ont été choisis par le Congrès. M. Buffet d'Ettelbruck, a été nommé par acclamations, M. Meige, qui avait été choisi comme vice-président pour le Congrès de 1914, est de droit président.

M. le professeur Jean Lépine, nommé à l'unanimité vice-président, présidera en 1922 le Congrès de Quimper.

Enfin, M. Lalanne, dont chacun a admiré le dévouement dans la préparation des Congrès de 1914 et de 1920, a bien voulu accepter encore de seconder le Dr Forman comme secrétaire général adjoint du Congrès de Luxembourg de 1921.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la prochaine session :

Psychiatrie : La conscience de l'état morbide chez les psychopathes. Rapporteur : M. Logre.

Neurologie : L'épilepsie traumatique. Rapporteur : M. Béhague.

Médecine légale : La simulation des maladies mentales. Rapporteur : M. Porot.

Il a été décidé de limiter à seize pages d'impression la longueur de chacun de ces rapports.

René CHARPENTIER.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

LOUIS FARIGOULE, Agrégé de l'Université. — **La vision extra-rétienne et le sens Paroptique.** Editions de la *Nouvelle Revue Française,* Paris 1920, une plaquette in-8° de 108 pages.

Depuis longtemps, on a cru observer que certains sujets en état de somnambulisme naturel et provoqué se guidaient aisément les paupières closes et paraissaient voir sans les yeux. Après des expériences nombreuses sur lui-même et sur des aveugles, l'auteur conclut à l'existence de phénomènes de perception des couleurs et des formes, sans que la rétine soit impressionnée. Une série d'hypothèses le conduisent à admettre que ce sens paroptique a pour organes les « ocelles », sorte d'œil composé, formé de corpuscules microscopiques, situés dans l'épiderme et groupés en ombelle, dont il donne une description détaillée, sans les avoir jamais vus. Malgré les affirmations de l'auteur, l'existence de ce sens paroptique n'est pas démontrée, mais peut-être serait-il imprudent de la nier. M. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, a en effet entrepris récemment des recherches sur ce sujet : sur 4 aveugles, le résultat de ses expériences a été négatif, cependant il ne se croit pas autorisé à conclure pour le moment.

J. C.

PSYCHIATRIE

La folie en Argentine, par J. INGENIEROS, *La locura en la Argentina,* Buenos-Ayres, 1920, un vol. de 239 pages.

Depuis vingt ans, par les postes qu'il a occupés, à la tête d'établissements d'aliénés, et par ses travaux remarquables qui lui ont valu l'estime des aliénistes du monde entier, et qui ont fait de lui le centre du mouvement philosophique et psychiatrique en Argentine, le Dr Ingenieros a pu réunir un nombre considérable de documents sur l'évolution des

©BIUM

idées scientifiques, ainsi que sur l'organisation de l'assistance aux aliénés dans son pays. Ce sont ces documents qu'il livre aujourd'hui au public ; après les avoir classés et choisis il en a fait un ouvrage anecdotique d'une lecture attrayante, qui renferme en résumé toute l'histoire de l'aliénation mentale dans la République Argentine.

La civilisation indigène était, sous les Incas, parvenue à un degré dont nous nous faisons mal idée, la colonisation espagnole en ayant laissé bien peu de vestiges. L'auteur montre que la langue *quichua* (1), possédait « de nombreux termes pour désigner les diverses formes de folie, distinguant parfaitement la réticence de la loquacité, la mélancolie de la manie, l'inhibition des impulsions, l'ivresse alcoolique, l'évanouissement, le délire, l'extravagance. La folie était du reste considérée par ces indigènes — ainsi que par tous les peuples au moyen âge — comme étant d'origine surnaturelle, et était combattue par les pratiques de sorcellerie les plus curieuses, telle celle de *danser pour le malade*, et autant que possible *avec* le malade lui-même. Ces cérémonies à grand spectacle avaient parfois pour résultat de déterminer de véritables épidémies chorégraphiques, et les sorciers, obligés alors à intervenir, se livraient à des pratiques fort curieuses, relatées par l'auteur.

Plus tard, sous la colonie, même conception surnaturelle de la folie. Malgré l'influence du clergé, ce sont toujours les sorciers qui sont appelés à guérir les affections mentales ; celles-ci sont, du reste, relativement bien distinguées les unes des autres. Le Dr López rapportait un cas bien observé de folie périodique (2) ; on connaissait également certains délires hallucinatoires (3).

---

(1) Les races qui occupaient le territoire actuel de l'Argentine se distinguaient en *Quichua*, la plus élevée en civilisation, dans la région de Tucuman (N.-O.), *Guaranique*, dans le N.-E. (Buenos-Ayres), et *Araucanienne*, dans le Sud.

(2) Le Dr López racontait qu'un mulâtre de la clientèle de ses ancêtres présentait périodiquement le délire de se croire roi de sa *nation* (clan) de nègres, présentant pendant 1 ou 2 semaines de l'agitation, suivie de 2 ou 3 mois de dépression mélancolique. Il passait dans la prison du Chapitre les semaines où il était dangereux, à l'hôpital Ste-Catherine les mois de mélancolie, et le reste de l'année vivait dans sa famille, travaillant comme manœuvre dans la maçonnerie. (Page 78).

(3) P. ex. les hallucinations cœnesthétiques de ce nègre du quartier St-François, surnommé le fou de l'hôpital, dont la principale

©BIUM

Quant à la médecine légale psychiatrique, elle n'existe absolument pas, et c'est à titre de curiosité historique que l'auteur rappelle une expertise médico-légale (1), effectuée en 1778. Ce n'était pas en tant qu'expert, mais comme avocat, qu'un médecin d'une petite bourgade put faire bénéficier son client, aliéné depuis 8 ans, de l'indulgence du tribunal.

Avec la révolution de 1822, pénétrèrent les idées modernes, et l'influence des Français, des Pinel, des Cabanis, des Esquirol se fit sentir d'une façon prépondérante.

La folie a parfois été utilisée dans des buts politiques. Le « tyran » Rosas s'entourait de fous en guise de bouffons, et les utilisait pour de basses besognes. Inversement, ses ennemis créaient autour de lui une atmosphère hostile en appliquant le terme de *fou* comme injure à son entourage et à lui-même.

Mais si grand que soit l'intérêt de cette partie purement historique de l'ouvrage, nous en trouvons un plus grand encore à y puiser des faits très instructifs sur les débuts et l'état actuel de l'Assistance aux aliénés en Argentine.

Depuis fort longtemps, les aliénés étaient utilisés. Déjà, pendant la période coloniale, ceux que leur état n'obligeait pas à reléguer dans la « garderie de fous », servaient de domestiques, quelques-uns même d'infirmiers à l'Hôpital Général de Buenos-Ayres. Ce n'est qu'à partir de 1822 que cette distinction pratique entre les aliénés *utilisables* ou non, cède le pas à une conception plus scientifique, et que l'on commence à traiter les diverses formes d'aliénation.

Depuis lors, l'Argentine s'est toujours tenue au courant des progrès les plus récents, et dans la construction successive de ses divers asiles, elle s'est toujours inspirée des idées du jour. En 1879, le Professeur Méléndez réclamait : des pavillons isolés — une colonie pour aliénés non dangereux — l'établissement du travail méthodique comme moyen de traitement.

C'est ainsi qu'à la Convalescencia, les aliénés travaillent pour l'Etat, fabriquant par exemple des vêtements militaires, et reçoivent des récompenses sous forme de sorties-promenades, de vêtements plus confortables, de tabac, etc...

---

idée délirante était de croire qu'un sorcier avait introduit dans son abdomen des crapauds qui, sans cesse, lui rongeaient le foie.

(1) Cf. *Archivos de psichiatria y crimolagia*, 1902. Procès publié par A. ALFARO.

©BIUM

Toujours à l'affût de formules nouvelles et meilleures, en 1897, le Professeur et député Canton fit adopter le projet de création d'ASILES-COLONIES.

Basés sur un principe bien différent de celui de nos Colonies familiales, avec un autre but et d'autres méthodes, les Asiles-Colonies appliquent dans toute son ampleur le système de l'*open-door*. Ces établissements existent dans plusieurs pays étrangers ; l'un des premiers créés, et en même temps un des plus parfaits, est celui d'Alt-Cherbitz, en Allemagne (1), c'est celui-ci qui servit de modèle en 1897 pour le premier Asile-Colonie d'Argentine (2).

Le livre du Dr Ingenieros met encore en lumière l'évolution et les progrès des études psychiatriques en Argentine.

Dès 1827, le futur professeur Alcorta soutient une thèse sur *lă Manie aiguë*, inspirée d'Esquirol. Sous l'influence française, l'observation et l'expérimentation deviennent les seules bases des études médicales (3).

En même temps, tous les étudiants en médecine sont mis en contact avec les aliénés, et on ne lira pas sans intérêt que « presque tous les étudiants acquéraient une certaine expérience dans le traitement des aliénés, car étant attachés à l'Hôpital des Hommes, ils étaient obligés de vivre parmi eux, utilisant les tranquilles pour leur service domestique ». Ainsi s'explique qu'un si grand nombre de thèses aient été soutenues, jusqu'à notre époque, en Argentine, sur des sujets de psychiatrie.

Louis PARANT.

---

(1) SÉRIEUX : l'*Assistance des aliénés en Allemagne.*

(2) Cf. Dr G. VERNET, Médecin-Directeur de l'Asile de Bourges, *Voyage d'études dans les Asiles-Colonies d'Allemagne*, Moulins 1907. — En France de semblables projets n'ont jamais vu le jour, malgré des tentatives isolées. En 1907 le Conseil général de l'Allier fit le projet, pour remplacer l'asile Ste-Catherine, de construire un Asile-Colonie, et donna mission au Dr Vernet d'aller sur place étudier le fonctionnement de ces établissements en Suisse, en Allemagne et en Belgique. Malgré ses conclusions très favorables le rapport du Dr Vernet ne fut pas suivi d'effet. La France, qui fut le berceau de la psychiatrie, s'est laissée grandement dépasser, au point de vue assistance, par les autres pays.

(3) ARGERICH écrivait, en 1822 ; « Les idées de Magendie, de Bichat, de Richerand, d'Alibert, de Pinel, de Thenard, d'Orfila, forment la base de nos cours et de nos leçons quotidiennes. »

©BIUM

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Une nouvelle revue médicale espagnole, *Archivos de Medicina, Cirujía, y Especialidades,* Madrid, paraissant tous les 15 jours.

Le 1er octobre dernier paraissait, à Madrid, le premier numéro d'une nouvelle revue médicale. *Les Archives de Médecine, Chirurgie et Spécialités* ne cherchent pas à faire œuvre originale et personnelle en publiant de l'inédit ; elles donnent, il est vrai, en tête de chaque numéro, une chronique, fort bien faite, mettant au point une question à l'ordre du jour. Mais le reste de leurs 120 pages est consacré à des analyses détaillées. On voit quel admirable moyen d'études et de recherches elles fourniront aux travailleurs : plus de 500 revues de tous les pays, tout ce qui a été écrit dans le cours du mois précédent dans les diverses langues d'Europe et d'Amérique est soigneusement analysé.

Nous regrettons de ne pas trouver dans leurs rubriques une plus grande place réservée à l'étude des maladies mentales. Toutefois, les travaux touchant de près à notre spécialité font l'objet d'études particulières, et nous aurons l'occasion de nous en occuper ici.

Il est fort agréable de constater la place prééminente qui est faite à la science française par notre nouveau confrère : sur 177 travaux originaux de tous pays, analysés par lui, jusqu'à ce jour, nous en relevons 75 parus en France, contre 38 en Allemagne, 36 en Amérique et 28 pour les autres pays.

Et comment ne pas remarquer aussi que le choix du sujet de sa première chronique, sur laquelle s'ouvre le 1er numéro, s'est porté sur la question de l'aphasie. C'est, pour J. Sanchís Banús l'occasion de passer en revue toute l'œuvre accomplie principalement en France : les précurseurs, Gall, Bouillaud ; puis, après la découverte de Broca toute l'école française : Charcot, Vulpian, Bouchard, Magnan, Déjerine, Grasset ; puis, Pierre Marie ; tandis qu'à l'étranger, il ne cite que les rares noms de Wernicke, de Kussmaül, de Lichteim, de Von Monakow, de Head.

A notre nouveau confrère, nous adressons nos souhaits de bienvenue. L. P.

©BIUM

NEUROLOGIE

L'encéphalite léthargique, par A. RICALDONI, doyen de la Faculté de Médecine de Montevideo (*Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*, Tome V, juillet-août 1920).

L'encéphalite léthargique sévit gravement en ce moment dans l'Uruguay. De même qu'en Europe, c'est le sexe féminin qui donne la plus grande mortalité. L'auteur, qui a pu observer de très nombreux cas, s'attache à dissocier les diverses formes de la maladie, en même temps qu'il reconnaît leurs symptômes communs. Son travail, qui comprend 56 grandes pages de texte remplies de faits et de documentation, est enrichi de nombreuses gravures et de schémas des lésions ; par la photographie, il fixe les attitudes typiques, le rire sardonique, la divergence oculaire, les facies figés, endormis ou éveillés, les attitudes cataleptiques (dans celle que l'auteur appelle *attitude du chien qui fait le beau*, les deux avant-bras restent verticaux au-dessus du lit, pendant que les doigts et les mains se fléchissent à angle droit), etc...

Dans ce beau travail, Ricaldoni fixe successivement ce que l'on doit savoir de cette curieuse maladie, son étiologie (virus filtrable), ses lésions (poliomésencéphalite de Lhermitte et St-Martin), ses caractères cliniques : la dyskinésie oculaire (plutôt que paralysie), la rigidité, les modifications des réflexes (Babinski +), le tremblement, les myoclonies, le hoquet, le trismus, la *dyshypnie* (où l'insomnie l'emporte le plus souvent sur l'hypersomnie), les troubles de la sensibilité, les phénomènes toxi-infectieux, etc... Enfin, l'auteur ajoute des appréciations intéressantes sur l'évolution et le pronostic, caractérisés en Uruguay par la lenteur, l'irrégularité et les surprises.

Il ajoute aux connaissances acquises des faits nouveaux, fort intéressants, notamment l'*hyperextension permanente du gros orteil*. Signalons encore un cas de *transpirations post-mortem* très abondantes (que ne pourraient suffire à expliquer les contractions des muscles lisses), et une observation très curieuse d'un *Parkinson chronique guéri* par une encéphalite léthargique intercurrente. Louis PARANT.

Epilepsia climatérica, par J.-SANCHIS BANÚS, Epilepsie de la ménopause (*Archivos de Neurobiologia*, Madrid, I, 1, n° 3. septembre 1920).

Le mot ménopause, en français, n'est pas assez extensif. Il faut entendre par là non seulement les troubles géni-

©BIUM

taux, diminution, irrégularité, puis suppression des règles, mais encore toute la série des troubles bien plus importants qui apparaissent plus tôt et qui atteignent les divers organes, le système nerveux en particulier, entraînant souvent aussi des troubles psychiques. Les travaux contemporains tendent à attribuer tout ce complexus à des troubles endocriniens. Pour les caractériser, les Allemands emploient le mot *climaterium*, les Espagnols *climaterio*, qu'il est difficile de traduire en français.

Sanchis Banús rapporte 3 cas fort intéressants d'épilepsie ayant apparu pour la 1re fois pendant cette période « climatérique », et présentant entre elles des rapports nosographiques qui l'incitent à en faire une forme à part. C'est une contribution au grand travail de démembrement de l'épilepsie essentielle, entrepris de nos jours à la suite des travaux d'Alzheimer. C'est en même temps un apport nouveau à l'étude des fonctions endocriniennes.

Les 3 observations de l'auteur présentent des traits communs, aucun antécédent épileptique, familial, ni personnel. Par contre, hérédité chargée, avec tares neuropsychiques. Apparition des phénomènes comitiaux au début de la période « climatérique » (40, 35, 39 ans). Soudaineté et gravité de ces phénomènes. L'auteur note en outre soigneusement les troubles psychiques : exagération de l'émotivité, — idées mélancoliques, — pleurs, — égocentrisme, — obsessions, — phobies. Toutes les malades présentent une *religiosité* exagérée.

Mais il rapporte ces troubles mentaux, moins à l'épilepsie qu'à l'involution génitale : « L'épilepsie ne devient plus qu'un syndrôme, dont le mécanisme étiologique peut varier à l'infini. »

Logiquement, l'auteur traite ses malades simultanément avec l'extrait ovarique et avec le bromure.

Louis PARANT.

Microgyrie et ses effets sur les autres parties du système nerveux central, par W. PAGE-MAY (Brain, vol. 43, 1re partie, London, 1920).

Autopsie d'un cas d'hémiatrophie droite par lésion vasculaire avec hémiplégie gauche, déficit mental et crises épileptoïdes.

A la section, grande différence de volume des deux hémisphères. La lésion siège à droite, sur toute la zone centro-pariétale. L'atrophie porte également sur la subs-

©BIUM

tance grise et la substance blanche. Le corps calleux est plus mince que normalement ; mais les lobes olfactifs, le chiasma, les nerfs crâniens sont normaux.

Les cellules de Betz sont rares, petites, dégénérées du côté de la lésion ; du côté opposé, normales. La couronne rayonnante, la capsule interne, sont atrophiques ; les corps opto-striés peu développés, de même que l'Insula, la capsule extrême, l'avant-mur, et la capsule externe. L'auteur suit également l'atrophie dans le pédoncule, la protubérance, le bulbe et son olive, la moitié gauche de la moelle ; tandis que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés, les noyaux crâniens, et, dans la moelle, la colonne de Clarke, sont normaux, ou à peu près. Au cervelet, l'atrophie porte sur l'hémisphère *gauche*, le pédoncule cérébelleux inférieur *gauche*.

L. P.

L'état actuel de la question de l'aphasie, par J.-Sanchís Banús (*Archives de Méd., chirurg. et spécialités*, Madrid, n° 1, 1er octobre 1920).

L'A. étudie l'œuvre accomplie principalement en France. Les précurseurs d'abord, Gall, avec ses conceptions *a priori*, que partage Bouillaud ; puis une 2e phase, inaugurée par la découverte de Broca. Les travaux se poursuivent surtout en France : aux noms de Wernicke, de Kussmaül, de Lichteim, s'opposent, plus nombreux, ceux de Bouchard, Magnan, Charcot, Vulpian, Déjerine ; Grasset apporte son ingénieux schéma du polygone, tout théorique, qui ne résout pas la question. Une 3e phase s'ouvre, en 1906, lorsque Pierre Marie montre des lésions du centre de Broca sans aphémie, et des aphémies sans lésions de ce centre. Chez tout aphasique du type moteur, existent des altérations de la compréhension du langage écrit et parlé. Il n'y a qu'une seule aphasie ; les aphémiques, les dysarthriques ont une lésion surajoutée qui siège plus en arrière, dans le gyrus supramarginalis, dans le pli courbe, dans le pied des 2 premières temporales.

C'est alors que V. Monakow édifie sa théorie. Mais bien plus récemment, Head étudiant les aphasies par blessure de guerre, pouvait éliminer les troubles intellectuels concomitants provenant des lésions cérébrales surajoutées, chez les scléreux. Ayant constaté que l'on n'observait jamais les différents types classiques à l'état isolé, il n'admet comme base à sa classification que la conservation ou la non-con-

©BIUM

servation de la perception par le malade, distinguant le langage intérieur et son expression au dehors. L'auteur anglais reconnaît donc 4 types d'aphasie : 1° dans l'*aphasie verbale* l'évocation des mots est troublée, le vocabulaire réduit, la prononciation lente, l'écriture même difficile ; 2° l'*aphasie nominale* est l'usage défectueux des noms, la perte de la compréhension de la valeur nominale des mots ; 3° l'*aphasie syntactique* correspond à la jargonaphasie ; 4° dans l'*aphasie de coordination,* chaque mot est compris isolément, mais le malade ne comprend pas le sens des phrases.

L. P.

Abcès innombrables du cerveau à évolution subaiguë, par H. CLAUDE.

Développement chez un tuberculeux cavitaire d'innombrables abcès cérébraux et cérébelleux qui ne dépassent pas la grosseur d'une bille et transforment l'encéphale en une sorte d'éponge purulente. Un de ces abcès s'est ouvert dans le ventricule latéral gauche, d'où ventriculité et méningite suppurée. Ce n'est qu'à ce moment que se sont manifestés l'état confusionnel et les réactions méningées.

C'est en raison de la virulence du streptocoque infectant qu'un processus d'enkystement des abcès ne s'est même pas ébauché. — *Bull. Acad. Méd.*, 2e semestre 1920, n° 38.

P. BEAUSSART.

Le syndrôme paralogique, par A. DESCHAMPS.

Les maladies psychiques ou fonctionnelles, appelées psycho-névroses, sont au point de vue psychologique des maladies de la méthode logique. Selon les conditions du trouble de la méthode, le syndrôme paralogique est :

1° idiopathique, lorsque les désordres de la méthode sont provoqués par des conditions purement psychiques, donc curables, par des procédés exclusivement psychiques. Maladie psychique par excellence, il est, avant tout, une maladie du raisonnement, c'est-à-dire de méthode et d'ordre (neurasthénie par émotion de Déjerine, par trouble rationnel de Dubois, maladie par refoulement de Freud) ;

2° symptomatique, lorsqu'il est conditionné par les accidents psychiques ou physiques. Le syndrôme doit alors porter le nom du symptôme dominateur : asthénique, anxieux, cœnestopathique.

P. B.

©BIUM

Pathogénie de la migraine, par RÉMOND (de Metz), et ROUZAUD.

La cause pathogénique de ce syndrôme n'est autre qu'une insuffisance hépato-rénale (augmentation de l'Az. résiduel, de l'ac. urique et de la cholestérine dans le sang).

C'est un phénomène critique traduisant une intoxication, progressivement croissante, génératrice d'euphorie d'abord, puis de douleurs et de phénomènes de défense, intéressant le système nerveux sympathique et vaso-moteur. — *Bull. Acad. Méd.*, 2e semestre 1920, n° 39. P. B.

Séquelles de l'encéphalite léthargique, par RÉMOND (de Metz), et LANNELONGUE.

L'affection se prolonge dans certains cas en réalisant un ensemble de symptômes qui peuvent se traduire schématiquement par un syndrome d'épuisement avec exagération de l'irritabilité. Cette irritabilité porte tantôt sur les troncs nerveux périphériques (algies et crampes apparues 15 jours après une première guérison apparente), tantôt sur les racines postérieures (dans un cas, douleurs fulgurantes, 7 mois après le début de l'infection, — dans un autre, évolution de l'affection pendant une année, avec syndrome de paraplégie spasmodique), tantôt sur les faisceaux musculaires (parésie ou atrophie, 8 mois après une première atteinte), tantôt sur la sensibilité générale (9 mois après le début de l'encéphalite). Etant donnée cette longue durée des accidents, il paraît sage de considérer l'encéphalite comme constituant un antécédent dans l'histoire des maladies du système nerveux et particulièrement des affections mentales de l'encéphale, ainsi qu'on le voit avec la syphilis. — *Bull. Acad. Méd.*, 1920, 2e semestre, n° 52.

P. B.

Le terrain dans les encéphalites infectieuses, par J. LÉPINE.

Si l'encéphalite épidémique est peu contagieuse, cela tient à ce que des conditions spéciales de réceptivité sont indispensables ; les tarés nerveux ou ceux dont la nutrition du système nerveux est troublée, sont les plus atteints. Plus que jamais, la prédisposition nerveuse joue ici un rôle notable, sinon prépondérant.

A ces données, A. Netter apporte tout un ensemble de faits cliniques qui corroborent cette notion de la prédisposition nerveuse et mentale. — *Bull. Acad. Méd.*, 1920, 2e semestre, n° 36. P. B.

©BIUM

PSYCHIATRIE

Essai de déontologie sur l'internement des aliénés, par B. ETCHEPARE, Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Montevideo. (*Anales de la Facultad de Méd. de Montevideo.* Tome V, p. 340, août 1920).

En Uruguay, plus que chez nous, la loi sur l'internement des aliénés a pour conséquence de jeter le discrédit sur le malade et sur sa famille, au point que « avoir été interné, avoir eu un membre de sa famille dans un asile, est comme une tare honteuse dont on doit rougir comme s'il s'agissait de la prison (*Cossa*) ».

Il faut cela pour comprendre que le professeur de la Faculté de Médecine de Montevideo demande à tout médecin d'hésiter, d'avoir même de l'appréhension à signer un certificat d'internement. Assurément, l'A. convient du danger de laisser les aliénés en liberté ; mais, des deux maux, il estime celui-ci le moindre en attendant que l'évolution de la législation, et surtout de l'opinion publique, donne vraiment toute sa valeur à la phrase de Pinel : il n'y a plus de fous, il n'y a que des malades.

Il voudrait voir partout considérer l'aliéné comme un malade, au même titre que ceux des hôpitaux ; voir organiser des services d'observation des malades mentaux dans les hôpitaux généraux ; voir se généraliser l'initiative isolée de Kræpelin, qui a obtenu à Munich l'entrée complètement libre des malades dans sa clinique. Il cite la Norvège, où la loi ne prévoit aucune formalité pour l'internement, qui est en tout semblable à une entrée à l'hôpital, à charge de vérifications ultérieures, pour éviter les séquestrations.

Mais, en attendant, le Prof. Etchepare croit opportun, tout en reconnaissant l'utilité de l'internement pour le succès du traitement, de demander aux médecins une grande prudence voire de l'hésitation, avant de signer un certificat, réclamant par ailleurs le stage obligatoire des étudiants à la clinique psychiatrique, afin que le corps médical apprenne, ce qu'il ignore trop souvent : que les maladies mentales ne sont pas une tare indélébile, et fatalement incurables.

Louis PARANT.

Caractère individuel et Aliénation mentale, par W. BOVEN, de Lausanne : *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie.* Vol. VI. Fasc. 2.

©BIUM

Observations sur les rapports du caractère individuel de l'enfant avec le genre et la variété de sa psychose ultérieure.

Les Plexus choroïdes dans les maladies cérébrales organiques et la schizophrénie, par VON SADAMICHI KITABAYASHI. Etude anatomopathologique portant sur 13 cas. *Ibid.* Vol. VII. Fasc. 3.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du délire aigu idiopathique, par L. REDALIÉ. *Ibid.* Vol. VII. Fasc. 3.

Reflessi di guerra a Mombello (Réflexions de guerre à Mombello. Hôpital psychiatrique et non-garderie pénale), par le professeur G. ANTONINI. Broch. in-8°, de l'*Attualita medica*. Milan, 1918.

Le Centre de psychiatrie créé au début de la guerre à Mombello reçoit, outre de véritables aliénés, des individus ayant présenté des anomalies mentales à leur corps, tout particulièrement des prévenus en cours d'instruction ou des sujets ayant obtenu une suspension de peine. Souvent même, ils ne sont accompagnés d'aucun renseignement, ou, à peine retournés à leur régiment, on les renvoie au Centre pour un simple écart de conduite ou parce qu'on ne sait qu'en faire. Le nombre de ces tarés augmente sans cesse et transforme le service en véritable garderie pénale. Pour remédier à cela, Antonini demande que, devant les juges militaires, les experts procèdent comme devant la justice civile : les criminels doivent être renvoyés à la prison, les aliénés à l'asile de leur département. On doit retourner à leur corps — au besoin pour en faire des auxiliaires à l'intérieur — les détraqués légers susceptibles de réfréner leurs mauvaises tendances, diriger sur les corps spéciaux d'Afrique les mauvais sujets incapables d'amendement, et enfin réformer ceux qui, sans être à proprement parler des criminels, sont incapables de subir la discipline militaire. Ainsi déchargé, le Centre de psychiatrie rendra les services qu'on est en droit d'attendre de lui. L. WAHL.

Les troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique, par ISADOR ABRAHAMSON, *Journal of nervous and M. Disease*, septembre 1920.

L'auteur a surtout en vue l'interprétation psychologique de ces troubles. Il critique la conception de Mac Nalty, qui

©BIUM

attribue la somnolence à l'interruption momentanée des voies de la sensibilité générale et spéciale par une localisation du processus au voisinage du thalamus. Il s'agit tout au contraire d'une intoxication spécifique atteignant les cellules cérébrales, et qui entraîne un ralentissement extrême de l'association des idées. La perception des différents ordres de sensation se trouve comme émoussée. L'image nouvelle n'a pas la qualité nécessaire pour déloger celle qui la précède. Tout se passe comme si les toxines atteignaient particulièrement les cellules cérébrales en leur point d'articulation, en leur synapse. Un degré de plus vers l'interruption de la conduction au niveau du synapse, la réduction des images, le contrôle ne s'opèrent plus ; à la stupeur s'ajoutent les illusions, les hallucinations, et celles-ci sont avant tout visuelles, ainsi qu'il est de règle dans les hallucinations déterminées par des toxiques.

A. Brousseau.

Stéréotypies d'attitudes, M. Edward J. Kempf (*Journal of Nervous and mental disease*, janvier 1920), propose une explication et une méthode thérapeutique à propos de ces symptômes que l'on rencontre au cours des névroses, psychonévroses et aussi dans certains « états paranoïdes ».

Il estime qu'elles réalisent, d'une manière détournée, l'objet de désirs refoulés par suite de leur caractère antisocial. En fait, cet important travail, illustré de photographies curieuses, ne peut entraîner l'adhésion que dans la mesure où l'on accepte la doctrine psychoanalytique.

A. B.

Recherches thérapeutiques avec le sérum humain normal chez les déments précoces, par Jacobi (*Zeitschrift für die Gesamte Neurol. und Psych.*, t. 65, 1920).

Jacobi fonde ses recherches thérapeutiques sur sa théorie pathogénique de la D. P. Après Kræpelin, il admet que celle-ci est occasionnée par un bouleversement du métabolisme normal, résultant d'une autointoxication.

On sait, d'autre part, que chez l'animal l'injection d'albumine étrangère détermine une mobilisation de ferments défensifs capables de dédoubler leurs molécules complexes, pour les transformer en albumines propres. Si par insuffisance de ces ferments, les albumines étrangères persistent dans le sérum, elles y exercent une action toxique. Déjà

©BIUM

Nissl admettait dans la D. P. la possibilité de lésions aiguës ou chroniques des cellules nerveuses par ce procédé.

L'A. cite les travaux de Freund, qui montra que l'extrait placentaire perdait de sa toxicité si on le mélangeait avec du sang humain normal.

Pour Jacobi, les produits cellulaires du métabolisme seraient tout simplement des toxines contre lesquelles l'organisme normal se défend par ses propres ferments, tandis que celui du D. P. ne les détruit pas.

La technique de ce traitement comporte le prélèvement aseptique de sang sur des sujets indemnes de syphilis et de tuberculose, et la séparation du sérum. On injecte chaque 8 jours aux malades 50 à 60 cmc. Une seule fois, il y eut élévation de température dans les heures suivantes.

En l'espace de 3 mois, Jacobi a traité, par cette méthode, 10 cas pris parmi les différentes formes de D. P., et n'a obtenu de résultat appréciable que dans deux cas.

L. P.

Tentative de suicide, par H. Reynès.

Un mélancolique, dans l'intention de se suicider, s'enfonce, avec une pierre, sur le sommet du crâne, 2 clous de 3 cm. 1/2 de longueur ; aucun accident, ni aucune réaction méningo-encéphalique consécutifs. Quelques jours après, ces corps étrangers sont enlevés par un chirurgien et le malade, une seconde fois, tente vainement de se suicider en s'enfonçant dans la tête, par l'un des trous précédents, une aiguille à tricoter. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1920, 2e semestre, n° 30.

P. B.

PSYCHOLOGIE

Un cas de dissociation de la personnalité, et analyse des problèmes psychologiques qu'il comporte, par Edward E. Mayer. *Am. Journal of Insanity*, avril 1920.

L'auteur rapporte un cas des plus intéressants se référant à un homme qui, sous le couvert de ses fonctions religieuses, se livra à des actes frauduleux et fut entraîné à la banqueroute. A peine le scandale est-il public que l'inculpé tombe dans un état psychopathique tel, qu'il revit chaque jour la même journée de sa vie écoulée dix-huit ans auparavant, toute préoccupation d'un ordre plus récent et plus immédiat semblant abolie de la conscience. En même temps se manifestent et persistent des troubles moteurs (tremble-

ment, contractures, spasmes) et de petits accès d'apparence hallucinatoire.

Il s'agit évidemment d'une réaction psychique de défense, permettant au sujet d'échapper au problème que pose l'incompatibilité aiguë entre ses tendances altruistes et ses tendances antisociales.

L'auteur se garde d'envisager la question de la responsabilité et de décider fermement si le cas relève de la simulation ou du pithiatisme.

Mais il profite des particularités si délicates que présente ce cas pour conclure :

1° Il y a nécessité d'employer les termes : amnésie, dissociation et dédoublement de personnalité dans une intention descriptive et de ne pas s'en contenter pour formuler un diagnostic.

2° Il ne faut pas croire que le fait d'avoir mis en évidence une psychogenèse autorise à lui attribuer un rôle déterminant dans le syndrome observé ;

3° Les réactions de défense, mécanismes dits protecteurs, sont trop souvent acceptés pour des diagnostics, ce qu'ils ne sont pas ;

4° Les tendances instinctives et les réactions inconscientes à des motifs conscients n'ont pas encore permis d'expliquer les psychonévroses ;

5° Simulation et amnésie offrent un mécanisme identique sous une apparence différente.

Il est intéressant de marquer cette réaction, se produisant en Amérique, contre la tendance presque mystique à l'interprétation du subconscient si largement répandue à l'heure actuelle dans les pays anglo-saxons.

A. B.

Une rêverie de défense. CHASLIN et MEYERSON. *Journal de Psychologie,* n° 1, 1920.

Observation d'un psychasthénique atteint de folie du doute et de délire du toucher, notamment de l'obsession angoissante des matières fécales. Pour se défendre il imagine des trucs mentaux dont l'ensemble forme un véritable système qui ne diffère d'un délire que par la conscience que le malade a de sa non-réalité.

Valeur dynamique du symbole. — M. SMITH ELG. JELLIFE l'étudie dans le *Journal of Nervous and mental disease,* de décembre 1919, et, s'intéressant plus particulièrement

©BIUM

à la fonction du langage, expose comment l'expression verbale, riche de l'expérience du passé, se condense en elle, et permet ainsi de préparer l'avenir.

Il invoque plus particulièrement les données de la psychoanalyse et poursuit une démonstration toute théorique.

Etude psycho-analytique d'un cas de Psychasténie grave, par GOLDSTEIN, *Archivio Generale di Neurologia e Psichiatria*, Napoli, 25 juillet 1920.

Le diagnostic de Psychasténie grave fut porté, selon la méthode psychiatrique ordinaire, par le Dr Sante de Sanctis. Le Dr Goldstein se résolut à explorer les « complexes idéo-affectifs » sous-jacents, mais, et c'est là une originalité parmi les psychoanalystes, il décida de se limiter à 10 séances — du 4 au 20 mai 1920.

En ce court espace de temps, il découvrit de curieuses aspirations sexuelles, datant de l'enfance et qui expliqueraient les idées de persécution, les interprétations délirantes que faisait le malade à propos des intentions de son entourage.

La raison d'une douleur persistante à la nuque aurait été également élucidée (brutalité subie en cette région lors d'un attentat homosexuel ancien).

Ces accidents psychiques ont évolué sur un terrain « paranoïde » constitutionnel.

Bien que l'analyse n'ait pu être poussée jusqu'au point où le malade reconnaît pour siens les désirs enfouis jusqu'alors dans le subconscient (dans le cas particulier il les « projetait » sur ses persécuteurs) les résultats thérapeutiques furent très importants : sentiment d'amélioration de l'état général, stimulation de la volonté, retour du sommeil normal, calme, atténuation de l'anxiété.

Le patient n'est pas guéri ; M. Goldstein expose fort objectivement les faits qu'il a observés, souligne par endroits les interprétations qu'il fut contraint de faire, et ce n'est pas le moindre mérite de cette observation instructive.

Albert BROUSSEAU.

OUVRAGES REÇUS

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX. **Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée**, t. XXVIII, Hygiène et Régimes. Paris, Maloine.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale (1)

Séance du 17 Janvier 1921

Présidence de M. le Dr TRUELLE

Les séquelles psychiques de la guerre. — *Présentation de malade.* — M. le Dr Henri COLIN présente un ancien soldat qui est resté pendant longtemps à la Section militaire de l'asile de Villejuif, qui est rentré depuis plus de deux ans chez lui et dont l'état ne s'est pas modifié. Ce malade a été blessé en 1915 et commotionné en 1916. Il ne délire pas mais demeure apathique répondant par monosyllabes et quelquefois ne répondant pas du tout aux questions qu'on lui pose. Il ne s'occupe à rien, mange, boit, dort, engraissant de façon démesurée. Dès qu'il est assis il est pris d'un tic respiratoire avec accélération de la respiration allant

---

(1) Le défaut de place ne nous a pas permis de publier l'année dernière le compte rendu analytique des séances si intéressantes de la Société Clinique de Médecine Mentale. Nous reprenons aujourd'hui cette publication avec la séance de janvier 1921, mais nous croyons être agréables à nos lecteurs en donnant ci-dessous le sommaire des présentations qui ont été faites de décembre 1920 à décembre 1921 inclusivement. (Le compte rendu de la séance de novembre 1919 a paru dans les *Annales* de mars-avril 1920).

Séance du 15 décembre 1919. — I. MM. LEROY et ROGUES DE FURSAC. — Un cas de délire hallucinatoire fantastique chez un ancien syphilitique avec syndrome tabétique fruste.

II. M. LIVET. — 1° Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire ; 2° Hyperémotivité infantile.

III. M. Maurice DUCOSTÉ. — Sur un cas de syndrome sympathique.

IV. MM. G. DEMAY et J.-P. RENAUX. — Délire hallucinatoire chez un opiophage sevré depuis un mois.

V. M. BOIVIN. — Note sur le développement de la mélancolie chez les prisonniers de guerre.

VI. M. BEAUSSART. — Syndrome paralytique, sénilité, constitution mythomaniaque : délire d'imagination.

VII. MM. A. MARIE et LEVADITI. — Le spirochète de la syphilis nerveuse n'est pas celui de la syphilis ordinaire.

Séance du 19 janvier 1920. — I. MM. A. MARIE, de Villejuif et L.-P. PRUVOST. — 1° Douleurs fulgurantes bilatérales chez un tabétique amputé de cuisse. — 2° Syndrome pseudo-paralytique chez un épileptique.

II. MM. Marcel BRIAND et Yves PORC'HER. — Les douteurs, déterreurs de cadavres.

III. M. Henri COLIN. — Deux cas d'amnésie.

IV. Mlle BOUDERLIQUE. — Folie intermittente ou démence précoce.

V. M. Louis LIVET. — Accidents convulsifs mnésiques d'apparence comitiale.

VI. M. Jean SALOMON. — Myoclonie fibrillaire et petit mal épileptique.

VII. MM. P. JUQUELIER et R. COURJON. — Paralysie générale et accident du travail.

Séance du 16 février 1920. — I. MM. TRUELLE et BROUSSEAU. — Etat délirant chronique pseudo-démentiel.

II. M. LEROY. — Deux cas de démence précoce chez les deux

©BIUM

jusqu'à cent respirations par minute, grimaces du côté droit de la face et mouvements associés du membre supérieur droit. Ce tic s'accompagne d'un bruit respiratoire particulier qui s'entend à distance, si bien que les voisins du malade se plaignent, car le tic le prend également la nuit dès qu'il est assis dans son lit.

Le tic cesse dès que le malade est debout ou occupé. Celui-ci s'habille seul, comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit, mais il est apathique et diminué dans ses capacités motrices et intellectuelles. Il a été pris pour un simulateur au régiment ; et pendant son séjour à l'asile et depuis qu'il est chez lui aucune modification ne s'est produite. Cependant il est réformé définitivement à cent pour cent et n'a aucun intérêt à demeurer dans l'état où on le voit.

M. COLIN insiste sur la longue durée de la maladie et sur l'importance qu'il y aurait à déceler et à traiter ces séquelles psychiques de la guerre, bien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

---

sœurs et démence précoce probable chez le frère. Suite de la communication de février 1909.

III. MM. A. MARIE et LEGRAIN (asile de Villejuif). — Deux nouveaux cas de syphilis neurotrope conjugale.

IV. MM. Marcel BRIAND et Yves PORC'HER. — La méthode brusque de démorphinisation, comparée aux méthodes lente et rapide.

V. MM. Marcel BRIAND et LIVET. — Démorphinisation brusque.

VI. M. VIAN — Paralysie générale, syphilis cérébrale ou épilepsie.

VII. MM. Marcel BRIAND et Adrien BOREL. — Bouffée délirante polymorphe chez un dégénéré de 14 ans.

VIII. M. LEROY. — Stigmates de dégénérescence chez une aliénée (malformation des mains et des pieds, brachydactylie).

IX. MM. J. CAPGRAS et H. BEAUDOUIN. — Un cas de tumeur du lobe frontal gauche.

X. MM. Henri COLIN et SARAZIN. — Difficultés du diagnostic dans certains cas de paralysie générale.

Séance du 15 mars 1920. — I. MM. J. SÉGLAS et CODET. — Syndrome de Cotard : accès maniaque intercurrent avec persistance du délire des négations.

II. M. CODET. — Syphilis, réaction méningée chronique. Délire des persécutions persistant sans affaiblissement intellectuel apparent.

III. M. TRUELLE. — Folie intermittente simulant la démence précoce.

IV. MM. Marcel BRIAND et Yves PORC'HER. — Délire hypochondriaque avec idées de préjudice et de persécution aboutissant à un délire de négation.

V. M. J. CAPGRAS. — Deux cas d'amnésie systématique.

VI. M. Jean SALOMON. — Symptômes atypiques et évolution rapide d'une paralysie générale à cavités pseudo-kystiques multiples.

Séance du 19 avril 1920. — I. MM. J. SÉGLAS et A. CEILLIER. — Deux sœurs internées simultanément, l'une atteinte de « folie discordante », l'autre d'un accès maniaque suivi de guérison.

II. MM. TRUELLE et BROUSSEAU. — Un cas de puérilisme.

III. M. SARAZIN (service de M. Henri COLIN, asile de Villejuif). — Erotisme et interprétations chez un persécuté homicide.

IV. MM. G.-G. DE CLÉRAMBAULT, médecin en chef de l'Infirmerie

©BIUM

M. le Professeur DUPRÉ, MM. JUQUELIER, LEGRAS, MARCHAND, etc., insistent sur la difficulté du diagnostic à porter et discutent le traitement à appliquer.

Les modifications de la tension artérielle dans l'effort mental. — MM. TOULOUSE et René TARGOWLA, pour étudier systématiquement l'action du travail intellectuel sur la tension artérielle, ont réalisé un dispositif expérimental qui permet d'obtenir du sujet un travail maximum dans un temps donné (l'effort mental), et ils font une série de mensurations avant, pendant et après l'expérience. Chez les sujets normaux, les tensions systolique et diastolique montent d'emblée de trois à cinq cm. de Hg., elles se maintiennent ensuite en plateaux légèrement ascendants et assez sensiblement parallèles. A la fin de l'expérience, se produit une chute immédiate et profonde, mais le retour complet au repos n'a lieu qu'au bout de quelques instants.

Chez certains sujets (imbéciles, déments, mélancoliques, maniaques) l'hypertension est à peine accusée et le rendement du travail déficient ; la courbe ne présente qu'une faible ondulation. Ces deux types sont réunis par une série d'intermédiaires dont les caractéristiques sont une courbe d'ascension lente et progressive pour Mx., une hypertension pour Mn. beaucoup plus faible avec exagération de la pression différentielle. Certains affaiblis intellectuels (P. G.

---

spéciale et Yves PORC'HER, interne du service. — Automatisme mental et scission du moi.

Séance du 17 mai 1920. — I. MM. Marcel BRIAND et BOREL. — Délire hypochondriaque chez un garçon de 16 ans.

II. MM. JUQUELIER et LE MAUX. — Hallucinations auditives ou psychiques.

III. M. CAPGRAS. — Négativisme simulateur d'amnésie générale.

IV. MM. LEROY et DUCOSTÉ. — Contagion mentale réciproque (mère et enfants).

V. MM. DUCOSTÉ et Paul ABÉLY. — *a*) Sevrage brusque d'un morphinomane cachectique. — *b*) Présentation d'un aliéné ; diagnostic particulièrement difficile.

VI. M. DUCOSTÉ. — Outils, armes, pièces d'étoffe tissée, exécutés par des aliénés.

Séance du 21 juin 1920. — I. MM. Marcel BRIAND et BOREL. — Hypomanie avec onirisme nocturne chez un enfant de 9 ans atteint d'encéphalite léthargique.

II. MM. TRUELLE et BROUSSEAU. — Syndrome adiposo-génital et délire polymorphe.

III. M. LEROY. — Délire systématisé des négations. Trente ans d'observation.

IV. M. Georges LERAT. — Psychose périodique avec accès dépressifs accompagnés d'une incohérence verbale de cause indéterminée.

V. M. BEAUSSART. — 1° Syphilis neurotrope. Tabès avec délire toxi-infectieux terminal. — 2° Tabès avec paralysie terminale rapide. — 3° Tabès avec idiotie ou arrêt du développement intellectuel du tout jeune âge. — 4° Ramollissements cérébraux (paracentral et pariétal). Artériosclérose et glucosurie. — 5° Ramollissement de la couche optique. Artériosclérose et albuminerie. — 6° Ramollissement occipito-temporal. Pachiméningite hémorragique cérébrale antérieure.

(*A suivre*).

©BIUM

séniles, etc.) présentent une courbe des maxima à peu près normale, mais Mn. monte peu et s'abaisse avant la fin de l'effort, même alors que Mx. continue de s'élever (réaction de fatigue prématurée) ; en outre, le résultat du travail est mauvais. C'est là une courbe caractéristique de l'état démentiel qui peut être utilisée dans le diagnostic avec la confusion. L'abaissement de l'hypertension diastolique paraît être le réactif le plus précoce et le plus sensible dans l'affaiblissement intellectuel.

L'étude parallèle de l'effort physique (au dynamographe de Charles HENRY) montre que la courbe de tensions se superpose sensiblement à celle de l'effort mental, chez les normaux et les malades. Toutefois, il existe un type de courbes dissociées (effort physique normal, incapacité d'effort mental). Cette correspondance des réactions tensionnelles à l'effort physique et mental est un fait qui mérite de retenir l'attention.

La notation concomitante du réflexe psycho-galvanique semble devoir promettre d'apprécier le rôle des facteurs émotionnels dans l'effort.

Manie intermittente et délire systématisé chronique. — M. le Dr CAPGRAS présente une malade qui depuis 1907 a eu huit accès d'excitation maniaque avec idées délirantes mobiles et polymorphes. En 1914 s'est développé un délire interprétatif d'influence qui, tenu secret pendant cinq ans, n'a pas empêché cette institutrice d'exercer très convenablement sa profession. Ce délire prend depuis deux ans l'apparence d'un délire hallucinatoire par prédominance de l'automatisme psychique, de la fuite d'idées maniaques, extériorisé par la malade qui affirme maintenant qu'il s'agit d'audition à distance de voix transmises par des persécuteurs à des milliers de kilomètres.

Les fumeurs de kif (M. Louis LIVET). — Cette pratique assez répandue dans la basse classe des indigènes algériens leur procure une ivresse avec satisfaction béate et généralement sans agitation ni violences. Le produit n'est autre que le chanvre dont on utilise les sommités fleuries mélangées à un tabac spécial, le souffi. Comparativement à l'alcool, le kif paraît moins dangereux au point de vue de ses conséquences ; il revient aussi beaucoup moins cher, c'est pourquoi les indigènes lui donnent la préférence. D'autres produits narcomaniaques sont encore utilisés : le chira qui semble être du chanvre pur, le meidjouna qui n'est autre que le hachich ou extrait gras de cannabis, incorporé à de la confiture, enfin le hafioun importé d'Extrême-Orient et qui s'apparente étroitement à l'opium.

Eruption zostérienne de la fesse droite chez un paralytique général. — MM. BOUYER et LEMAUX rapportent l'observation d'un cas de paralysie générale avec éruption zostérienne de

©BIUM

la fesse droite. Les auteurs mettent en relief les deux constatations suivantes : 1° la topographie de l'éruption, non radiculaire, ni névritique ; 2° l'exagération du réflexe rotulien droit qui persiste après la disparition des accidents cutanés.

Ces faits s'accordent mal avec la théorie aujourd'hui généralement admise d'HEAD et CAMPBELL pour qui le syndrome herpès zoster est un syndrome radiculaire postérieur ayant comme substratum anatomique l'inflammation d'un ganglion rachidien. Cette théorie, théorie radiculaire du zona, explique très heureusement les cas d'herpès zoster à disposition radiculaire qui surviennent chez les tabétiques ou chez les P. G. tabétiques. Elle ne peut expliquer une éruption zostérienne à topographie non radiculaire observée chez un P. G. surtout lorsque cette éruption coïncide avec l'exagération du réflexe tendineux correspondant.

L'intérêt de l'observation rapportée par les auteurs réside en ce que, s'interprétant mal par la théorie radiculaire, elle s'accorde mieux avec l'ancienne théorie médullaire du zona proposée par BRISSAUD, théorie qui semble aujourd'hui en défaveur.

Etats comitiaux mnésiques. — *Présentation de malade.* — M. le Dr DE CLÉRAMBAULT présente un épileptique de 26 ans, non buveur ; attaques depuis les 18 ans ; depuis les 23 ans, délires prolongés mnésiques, survenant 48 heures environ après les attaques convulsives ; mélange de symptômes dépressifs, confusionnels et maniaques ; tendance au suicide, stéréotypies. Divers symptômes rarement mentionnés ou non décrits et que l'auteur considère comme fréquents dans ces états atypiques, comme pouvant servir au diagnostic différentiel.

Délire aigu encéphalitique avec dermite pellagroïde (P. BEAUSSART). — Imbécile qui, atteint d'héliotropisme, est atteint d'un érythème vésiculo-squammeux des mains, de la face, du cou, exposés au soleil. Huit jours après, diarrhée, puis apparition rapide d'un délire aigu avec encéphalite (hoquet, ptosis, agitation psycho-motrice), et réactions méningées. Cet état rappelle l'encéphalite épidémique avec érythème en partie solaire et en partie vraisemblablement infectieux. Les réactions nerveuses ont été trop brutales et trop graves pour qu'il s'agisse de pellagre.

Un cas de rein unique albuminurique chez un dégénéré délirant (M. Jean SALOMON). — Observation d'un dégénéré alcoolique chez lequel la nécropsie révéla l'absence congénitale d'un rein. Ce malade qui mourut albuminurique avait présenté des troubles mentaux dont l'évolution semble autoriser un rapprochement de causalité entre le délire et l'insuffisance organique.

©BIUM

VARIÉTÉS

Concours de l'Adjuvat

Le jury du concours des médecins adjoints des asiles d'aliénés est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires : MM. le prof. Dupré (de Paris), le prof. agrégé Euzière (de Montpellier), les Drs Roy, Juquelier, Pasturel et Terrade, médecins chefs d'asiles publics.

Membres suppléants : MM. les médecins chefs Hamel et Capgras ; secrétaire : M. Horpin.

Internat des Asiles et de l'Infirmerie Spéciale des Aliénés près la Préfecture de police

A la suite du dernier concours, ont été nommés pour entrer en fonctions au 1er janvier 1921.

Internes titulaires : MM. Robin, Santenoise, Reboul-Lachaux, Bouyer, Targowla, Abély, Mlle Badonnel, MM. Bernadon, Jourdran, Parant, Porc'her, Mlle Pezé.

Internes provisoires : MM. Neuberger, Martimor, Furet, Leyritz, Perrussel, Mlle Serin, M. Guillerm.

L'affectation des internes titulaires prendra fin au 1er mai 1921. Les internes provisoires cesseront leurs fonctions à la même date et seront remplacés par les internes titulaires reçus au concours de 1921.

Concours pour des places d'Internes en médecine des Asiles d'Aliénés de la Seine

Un concours pour dix places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des Asiles d'Aliénés de la Seine et de l'Infirmerie spéciale à la Préfecture de Police, s'ouvrira à Paris, le lundi 21 mars 1921.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Aliénés, 1re section, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 21 février au 1er mars 1921.

©BIUM

Les candidats seront convoqués par lettre ; néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Médecins adjoints des asiles

Il est question de créer deux postes de médecins adjoints pour les quartiers d'hospice d'Agen et de Niort. Ces deux postes seraient rattachés au cadre des Asiles Publics.

Révision du règlement du Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris

A partir de l'année 1921, le Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris comprendra :

1° Une épreuve de sélection — composition écrite anonyme — d'une heure, sur deux séries de questions portant chacune sur trois sujets d'anatomie élémentaire.

2° Trois épreuves écrites anonymes, d'une heure et demie, portant sur l'anatomie, la pathologie interne, la pathologie externe ou les accouchements.

3° Une épreuve orale de dix minutes, portant sur la pathologie interne, la pathologie externe ou les accouchements.

Nominations et Promotions

M. le docteur Mairet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Montpellier, est nommé doyen honoraire.

M. le docteur Verger est nommé professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

M. le docteur Lépine, médecin en chef de l'Asile d'Aliénés du département du Rhône, est élevé à la 2e classe de son grade. (Arrêté du 16 novembre 1920).

M. le docteur Becue, médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Fleury-les-Aubrais, est élevé à la 1re classe de son grade. (Arrêté du 16 novembre 1920).

M. le docteur Bessières, ancien directeur-médecin de l'Asile public d'Aliénés d'Evreux, est nommé directeur-médecin des Asiles honoraires. (Arrêté du 20 novembre 1920).

M. le docteur Eissen, médecin adjoint des Asiles, est compris dans la 4e classe du cadre et mis à la disposition de M. le Commissaire Général de la République à Strasbourg. (Arrêté du 22 octobre 1920).

M. le docteur Naudascher, médecin adjoint de l'Asile pu-

©BIUM

blic d'Aliénés de Clermont, est nommé médecin adjoint de l'Asile public d'aliénés de Ville-Evrard. (Arrêté du 23 décembre 1920).

Académie de Médecine

Secrétariat général. — L'Académie a décidé que le secrétaire perpétuel serait désormais remplacé par un secrétaire général élu pour 5 ans et rééligible une seule fois.

Nécrologie

M. le Dr Bucher, de Strasbourg, dont on connaît le rôle patriotique avant et après la guerre et dont nous avons pu apprécier les éminentes qualités l'année dernière, pendant le Congrès de Strasbourg, vient de mourir prématurément à la suite d'une opération chirurgicale.

Prix de l'Académie Royale de Médecine de Belgique

Programme de concours. 1920-1921. — Prix fondé par un anonyme. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie (1).

Prix : 7.500 francs. — Clôture du concours : 15 octobre 1922.

Des encouragements, de 300 à 3.000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5.000 francs et une de 25.000 francs pourront être données, en outre du prix de 7.500 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1920-1921. Prix fondé par le Dr Da Costa Alvarenga. — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix*

(1) Dans la séance de l'Académie du 27 octobre 1906, le Président a fait observer, au nom du Bureau, que, contrairement à une opinion qui semble s'établir, le concours ne porte pas uniquement sur l'épilepsie.

©BIUM

d'Alvarenga de Piauhy (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès (23 juillet 1883) du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage *inédit* (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques.

« Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. »

Prix : 3.500 francs. — Clôture du concours : 15 janvier 1921.

1919-1921. — Indications, technique et résultats de la suture nerveuse.

Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 juillet 1921.

CONDITIONS DES CONCOURS. — Les Membres titulaires et les Membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *franco de port*, au Secrétaire de l'Académie royale de médecine, Palais des Académies, à Bruxelles.

Les auteurs des mémoires de concours ne sont pas tenus à l'anonymat ; mais, dans le cas où ils désirent le garder, leurs mémoires porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté qui renfermera l'indication du nom et de l'adresse des auteurs.

Il est défendu de faire usage d'un pseudonyme.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Sont exclus des concours les mémoires qui ont déjà été soumis à l'appréciation d'autres corps savants ou de jurys universitaires, ou qui ne rempliraient pas les conditions précitées.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le Président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours accompagné d'un pli cacheté, celui-ci n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ;

©BIUM

il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, obtenir, à ses frais, une copie de son travail faite par un des employés du Secrétariat de l'Académie.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cent exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

Bruxelles, le 16 juillet 1920.

Le Secrétaire de l'Académie,
Dr Van Ermengem.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 23.927

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

Chronique

Il est une vieille question longtemps discutée, jamais résolue, à laquelle la longue interruption des concours pendant la guerre a donné un regain d'actualité, je veux parler de la situation des médecins adjoints, dont un de nos plus sympathiques collègues, M. Frantz Adam, vient d'entretenir les lecteurs de l'*Informateur des aliénistes*. De ses calculs il résulte que l'adjuvat durera désormais de douze à quinze ans et que nombre des lauréats du brillant concours de 1920 ne deviendront chefs de service que vers la cinquantaine. Pareille perspective provoque un vif émoi et il importe au plus haut point que nos associations s'emploient immédiatement à modifier un état de choses qui, s'il se prolongeait, risquerait de compromettre gravement le recrutement des médecins d'asiles publics.

©BIUM

Quels remèdes trouver ? On en propose plusieurs : augmentation du nombre des médecins en chef, dédoublement des services dans tous les asiles qui hospitalisent à la fois des hommes et des femmes, promotion des médecins adjoints au grade de médecin chef après un stage de quelques années, fixation de l'âge de la retraite à soixante ans. Ces mesures auraient bien une certaine utilité ; quelques-unes toutefois, notamment la dernière, soulèveraient de sérieuses objections et de légitimes protestations ; aucune ne serait vraiment efficace.

Il n'existe qu'une seule solution du problème, un moyen radical connu de tous, mais auquel on semble renoncer comme s'il était aussi impossible à réaliser que la quadrature du cercle, alors que l'opportunité et la facilité de son exécution immédiate ne sauraient échapper à personne : c'est la suppression de la dualité des grades dans notre cadre, dualité qui n'a pas plus sa raison d'être dans les asiles que dans les hôpitaux. Pour rendre l'avancement régulier, pour éviter la longue stagnation à la première classe de médecin adjoint, il suffirait d'appliquer la proposition adoptée par la Chambre des députés le 22 janvier 1907 et dont la Société médicale des Asiles de la Seine a souligné le caractère décisif en demandant que l'on efface dans le projet de loi « les mots en chef, puisqu'il est entendu qu'il n'y aura plus ni médecin en chef, ni médecin adjoint, mais seulement des médecins des asiles. »

Cette mesure serait-elle illégale ? je ne le crois pas ; aucun article de la loi de 1838 n'implique l'existence de deux catégories de médecins dans les asiles et, d'après les termes mêmes de l'ordonnance de 1839, le rôle subalterne du médecin adjoint paraît si peu indispensable, qu'on laisse au règlement intérieur de chaque asile le soin d'établir si cette fonction y est ou non nécessaire.

La suppression de l'adjuvat ne se heurte en réalité qu'à une seule objection, capitale et décisive même pour la majorité des médecins en chef. Ils estiment qu'un stage est nécessaire, absolument nécessaire, après le concours ; les uns le fixent à deux ans, d'autres à six ans. Nombre d'entre eux, dans leurs jeunes années, croyaient avoir assez d'étoffe pour faire immédiatement un chef de service ; mûris par l'expérience ils dénient à leurs cadets la même valeur. Sans un stage assez long, déclarent-ils, le jeune médecin adjoint risque de commettre les erreurs les plus dangereuses pour la sécurité sociale ou les plus préjudiciables à la liberté individuelle.

Certes, je ne suis pas de ceux qui croient que l'on peut s'improviser médecin aliéniste, comme je l'entendis insinuer un jour par un confrère. Il serait profondément déplorable que l'on nommât d'emblée médecins en chef, des praticiens, très distingués par ailleurs, mais ne sachant rien de la psychiâtrie. Le stage, un stage sérieux, un stage de plusieurs années est indispensable ; il serait presque criminel de ne pas l'exiger.

©BIUM

Mais, en raison même de son importance, de sa nécessité, il ne faut pas se payer de mots, il faut rechercher où ce stage peut véritablement s'organiser et produire les meilleurs résultats. Est-ce au début de l'adjuvat? Non, mille fois non ! C'est uniquement, c'est exclusivement pendant l'internat. Un bon internat de trois ou quatre années dans un asile public, voilà vraiment la préparation utile, celle où l'on s'enrichit de connaissances et même d'expérience si l'on sait regarder et si l'on sait écouter. Quel est l'interne qui n'apprend pas de son chef de service à reconnaître les diagnostics épineux, les cas difficiles ou litigieux, les dangers éventuels, les responsabilités lourdes ? même en salle de garde, il continue à s'instruire, discutant avec ses aînés, redressant les erreurs des néophytes ou raillant les conceptions trop archaïques ; il vit dans un milieu psychiatrique où non seulement il examine et il traite les troubles mentaux, mais où il entrevoit les grandes lignes de l'administration d'un asile.

Aussi bien que demande-t-on à cet interne quand il aborde les épreuves du concours d'adjuvat ? n'est-ce pas de montrer les capacités suffisantes pour diriger un service d'aliénés ? On exige qu'il fournisse la preuve de son savoir, de son expérience et aussi de sa maturité d'esprit ; on recherche ses qualités professionnelles dans ses titres scientifiques, dans son exposé des questions, dans son examen des malades. Se révèle-t-il assez bon élève mais encore inexpé-

rimenté on l'ajourne afin de l'obliger à se perfectionner. Le dernier concours a montré que l'on n'arrive pas fatalement médecin adjoint, même s'il y a, par exception, pénurie de candidats : le jury fixe une note d'admission pour éliminer les incapables et il laisse vacantes une ou plusieurs places disponibles plutôt que de les confier à un inapte. En d'autres termes le concours est devenu ce qu'il n'était peut-être pas toujours autrefois, me disait l'un des membres du dernier jury : une sorte d'examen probatoire, en même temps qu'une sélection. Et cela montre bien qu'aux yeux de tous l'internat doit être le stage utile et suffisant à l'expiration duquel on obtient le certificat d'aptitude quand on s'en montre digne.

Faut-il néanmoins, malgré la haute valeur du concours, prolonger ce stage pendant les premières années de l'adjuvat? Assurément le maintien d'une pareille mesure n'offrirait que des avantages si elle était bien appliquée ; tous les médecins adjoints seraient heureux d'avoir un guide à leur entrée dans la carrière. Mais que se passe-t-il depuis que l'adjuvat existe ? Comment, dans l'espace d'une trentaine d'années, a-t-on organisé ce stage sacro-saint? Je vais répéter des choses cent fois dites, je m'y décide parce que l'un des juges les plus distingués du dernier concours m'affirmait récemment l'utilité de ce stage d'adjuvat qu'il ne connaissait, il est vrai, que par ouï-dire. Les formules creuses, les traditions purement verbales ne cèdent qu'à des coups

©BIUM

multipliés. Quelle est donc actuellement la situation du médecin stagiaire ?

Neuf fois sur dix — il y a des exceptions — le jeune médecin adjoint arrive d'un grand asile où il était interne dans un petit asile : il a des illusions et aussi, reconnaissons-le, des prétentions quelquefois excessives, voire des préventions ; il soupçonne que la discorde peut régner entre le chef et l'adjoint, il n'est guère disposé à considérer ce nouveau chef comme un maître et ce dernier d'ailleurs ne tient pas à jouer le rôle d'un professeur. Cependant, très aimablement accueilli d'abord, il caresse l'espoir d'avoir une certaine initiative tout en bénéficiant de conseils avertis. Il ne tarde pas à perdre ces illusions. Si j'en crois certaines conversations, les choses n'ont pas beaucoup changé depuis l'époque où j'accomplissais moi-même ce fameux stage dont les deux premières années me permirent de constater que l'on peut administrer remarquablement les asiles par des méthodes radicalement opposées, mais n'accrurent ni mon bagage scientifique ni mon expérience professionnelle. Malgré la circulaire qui prescrit de confier au médecin adjoint, sous le contrôle du médecin en chef, un service de chroniques, il existe, en gros, deux manières de pratiquer le stage.

Première manière. Le médecin adjoint ne fait rien. Ou bien, il suit le Directeur à la visite, c'est assez rare ; ou bien la visite est faite alternativement par l'un et l'autre aux hommes et aux femmes ; c'est plus fréquent ; mais de toute façon le

médecin adjoint se sent parfaitement inutile et ne retire aucun bénéfice de cette fonction. On l'autorise à prendre toutes les observations scientifiques qui lui plaisent, mais on l'engage à n'en pas écrire trop long sur les dossiers officiels, ainsi que me le contait naguère un de mes plus brillants internes.

Deuxième manière. Le médecin adjoint fait à peu près tout le service médical : visite, traitement, rédaction des certificats. Le Directeur ne conserve qu'une seule prérogative, celle de la signature; mais il signe sans voir les malades, il adopte, les yeux fermés, les diagnostics de son jeune confrère, il ne les rectifie jamais, car il tient à lui montrer toute l'estime, toute la confiance qu'il lui accorde. Bref il ne le traite pas du tout comme un stagiaire et pousse parfois la condescendance jusqu'à demander des conseils au lieu d'en donner. C'est le « chic type », est-ce vraiment le bon guide ?

Un mois par an, il est vrai, pendant le congé du médecin-directeur, l'adjoint se trouve subitement promu aux plus hautes dignités, mais là encore son stage reste rudimentaire car s'il n'est pas combattif, il comprendra bientôt qu'il n'a point d'autre rôle que celui d'un roi fainéant.

Voilà ce qu'était le stage de médecin adjoint, voilà ce qu'il est encore. Le tableau de cette « phase de paresse », brossé de main de maître en 1903 par M. Sérieux, n'a rien perdu de sa couleur. Le stage d'adjuvat n'existe pas; nul ne saurait contester cette vérité; pourquoi donc l'affirmer indispensable ?

©BIUM

Je le répète : il y a des exceptions, de nombreuses exceptions; mais, pour aussi nombreuses qu'elles soient, elles fortifient la thèse que je soutiens. En effet les bons asiles — et les bons chefs qui les font tels — sont connus et n'échoient presque jamais aux jeunes gens frais émoulus du concours. Ces malheureux stagiaires qui auraient, dit-on, tant besoin de s'instruire encore, on les envoie précisément là où leurs aînés sont fatigués de ne rien apprendre. Que les nombreux partisans du stage d'adjuvat veuillent bien lire dans l'*Informateur* de 1912 deux articles du Dr Jean, pseudonyme d'un collègue très distingué, intitulés, l'un, *De l'utilité d'un stage après le Concours de l'adjuvat*, l'autre, *Dix ans de la vie d'un médecin d'asile*; de la comparaison de ces deux articles ils déduiront certainement ceci : l'expérience s'acquiert à la fin et non au commencement de l'adjuvat; il y a dans les premières années une période d'attente où l'esprit critique ne s'exerce que sur les faits et gestes de l'entourage ou mûrit sous cloche. Dès lors si l'on tient absolument à organiser ce stage que, pour ma part, je juge superflu, étant données les conditions actuelles du concours, la première mesure à prendre serait de réserver à ces stages de deux ou trois ans les asiles situés à proximité des centres universitaires. Qu'en pensent les anciens? Si je ne me trompe un essai de ce genre fut tenté, en théorie du moins, à la maison nationale de santé, avant la guerre, tentative éphémère et qui de longtemps sans doute ne se renouvellera.

Concluons. Il y a pour les médecins d'asiles un stage qui est absolument nécessaire et qui doit être suffisant : l'internat dans un établissement public d'aliénés ou une clinique universitaire des maladies mentales. Peut-être conviendrait-il d'en prolonger la durée et d'exiger, par exemple, trois années complètes d'internat pour l'inscription au concours de médecin d'asile d'aliénés. Remarquons que le nouveau régime des études médicales empêche l'étudiant de se spécialiser avant la fin de sa scolarité : bien rares seront ceux qui pourront devenir internes avant vingt-cinq ans, et médecins adjoints avant vingt-huit. Dès maintenant la majorité des candidats au concours d'adjuvat dépasse trente ans. On ne saurait donc admettre un instant qu'ils ne possèdent pas la maturité d'esprit suffisante pour assumer des responsabilités qui, en somme, ne sont pas plus lourdes dans un service d'aliénés que dans un service de médecine générale.

Le concours de médecin des asiles d'aliénés est un concours difficile dont les épreuves sont assez nombreuses et assez diverses, surtout si l'on ajoute une épreuve théorique de pathologie mentale, pour que le jury puisse connaître exactement la valeur des candidats. Quiconque subit avec succès ces épreuves est, par cela même, capable de devenir aussitôt chef de service. Un nouveau stage d'adjuvat serait inutile. D'ailleurs, quoi qu'on en dise, ce stage n'existe pas actuellement et n'a jamais existé. C'est un singulier paradoxe que de dénier maintenant à un aliéniste

©BIUM

instruit la capacité de diriger un service, alors qu'autrefois et que récemment encore dans certains asiles privés ou dans certains quartiers d'hospices on nommait directement médecins en chef des praticiens qui ne savent pas un mot de psychiatrie.

L'adjuvat peut donc être supprimé sans inconvénient. Il ne doit y avoir comme médecins d'asiles que des chefs de service. L'avancement se ferait alors régulièrement de la 9e à la 1re classe, de 8.000 à 16.000 fr. Toutefois, l'administration d'un asile nécessitant certaines connaissances qu'un interne ignore souvent, les médecins de 9e classe ne pourraient pas occuper un poste de médecin directeur. Tel est, me semble-t-il, le projet très simple qui sauvegarderait tous les intérêts, ceux des malades aussi bien que ceux des médecins.

J. Capgras.

LA MANIE CHRONIQUE

ESSAI DE TABLEAU CLINIQUE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON

La manie chronique est une affection rare à l'état pur. Toutefois, elle constitue un type clinique dont l'existence ne fait pour nous aucun doute, bien qu'elle ait été contestée par beaucoup d'auteurs, réagissant contre son importance trop considérable dans les vieux traités. Nous allons essayer d'en décrire les symptômes d'après notre expérience personnelle et la thèse que nous avons inspirée à A. Renault (1).

La *définition* comporte : l'énumération des signes des accès francs, hyperthymie kræpelinienne avec excitation motrice et psychique ; l'évolution avec des paroxysmes dominant l'excitation chronique ; la durée souvent fort longue. Sur ce fond peuvent apparaître des délires surtout imaginatifs, avec réactions souvent ébauchées, parfois courtes et violentes. En l'absence d'autres causes, il n'y a pas de démence vraie, mais une diminution du fonctionnement psychique du fait des troubles de l'attention et de leurs conséquences.

L'*aspect physique* est assez particulier : les malades sont surtout des femmes, que connaissent bien les médecins d'asile et de maison de santé : parmi un groupe d'anciennes pensionnaires, l'une d'elles âgée de 40 à 50 ans se distingue par ses vêtements assez propres, ses fins cheveux bouclés, précocement blancs, son bon état général. Elle plaisante ses compagnes et se montre souvent insupportable. Elle mange bien, est réglée ou a supporté la ménopause sans aggravation de l'état mental ; enfin elle dort la nuit. Quand cet aspect est complet, il est permis de penser que la thyroïde est en cause ; l'un de nous a montré son rôle en psychiatrie dans un rapport au Congrès de Dijon en 1908.

(1) A. RENAULT. — *Le Syndrome manie chronique. Symptomatologie Diagnostic*. Paris, Vigot, 1920.

©BIUM

Ces malades ont une *hérédité chargée,* fréquemment similaire, mais les causes occasionnelles, quoique mal connues, interviennent aussi dans la genèse et l'entretien de la psychose et parmi elles les émotions répétées, les traumatismes, etc... Les infections et les intoxications donnent des tableaux cliniques différents. Le terrain, préparé par l'hérédité, a déjà produit d'autres fleurs morbides de même famille : un ou plusieurs accès maniaques ou mélancoliques, qui peuvent être réduits à des bouffées cyclothymiques ; dans la pratique, il nous a paru que le maniaque chronique était surtout auparavant un excité constitutionnel. *Paranoïa* et *cyclothymie* se combinent dans certains cas étudiés par René Bessière dans sa thèse. Nous avons surtout observé alors les formes de paranoïa du type délire de revendication. Le revendicateur ressemble au maniaque chronique par l'excitation passionnelle ; mais s'il n'est pas en même temps un maniaque, cette excitation est bien moins incohérente et tend vers un système. L'interprétation délirante complète est assez rare et d'ordinaire réduite aux formes frustes décrites par Quercy et Meyerson ; le processus logique est rudimentaire et s'adapte bien à une intelligence en proie à la fuite des idées, plus capable de jeux de mots et d'assonances que de raisonnement.

Chez ces malades, l'état chronique de l'humeur, l'*hyperthymie,* conditionne les réactions intellectuelles et motrices. Cette hyperthymie est le sentiment de la force, de la bonne santé, dont l'aboutissant est souvent la gaieté. Aussi, avec Georges Dumas, nous notons l'hypertonus des muscles de la face, bien colorée et « épanouie », la vivacité du regard. Mais la gaieté est fragile : l'exaltation du moi est en désaccord avec les sentiments sociaux ; les notions éthiques sont rejetées : quand le groupe social réagit par une riposte ou un rappel à la discipline, c'est une courte colère vite oubliée. Le maniaque chronique se calme vite, un peu comme un enfant qui sourit dans ses larmes à la vue d'un polichinelle.

L'*attention* est mobile, en relation étroite avec l'humeur, qui ne permet pas généralement de saisir l'intérêt des objets. Elle se fixe parfois quelque temps

sur des souvenirs ou des perceptions présentes, en accord avec l'hyperthymie du sujet. Certains thèmes reviennent volontiers et le malade s'y arrête plus longtemps. Parfois les troubles de l'attention volontaire contrastent avec l'intégrité relative de l'attention automatique. Des malades, cités par A. Renault, peuvent s'occuper à l'asile, faire de la photographie, par exemple.

Le même auteur a été frappé de l'*hypermnésie d'évocation*, qu'il a pu observer, l'exploration de la mémoire étant plus facile dans la manie chronique que dans la manie franche. Les dates précises, le souvenir détaillé des lieux, des circonstances, paraissent mieux conservés que chez l'homme normal. Des faits oubliés reviennent à la conscience, même si leur importance est minime. C'est exact, mais comme pour l'attention, il s'agit là d'un phénomène automatique, apparu grâce à la diminution de fonctionnement des parties nobles de nous-même. Le maniaque hypermnésique est comparable à ces idiots, à ces imbéciles, dont les exemples de mémoire remarquable ne sont pas rares dans les annales psychiatriques. Nous devons dire aussi qu'il s'agit là de souvenirs antérieurs à la maladie et que la même précision ne se retrouve plus dans l'évocation des souvenirs ultérieurs.

Le *jugement* ne semble conservé que dans les critiques à l'entourage : c'est l'exagération d'un état quasi-normal, qu'exprime bien la parabole de la paille et la poutre. Le maniaque, qui juge assez bien son voisin de lit, se rend mal compte de son propre état et se montre incapable d'idées générales. Il se contredit et répond d'une manière absurde, quand il veut bien ne pas égarer la question dans une des routes qui lui sont familières.

Comme l'a établi Kræpelin pour les accès de la psychose maniaque dépressive, il y a donc diminution du fonctionnement intellectuel dans la manie chronique ; mais cette diminution ne paraît pas augmenter proportionnellement à la durée de la maladie et l'observateur est surpris de l'intégrité apparente de l'intelligence, après une évolution de vingt ans et plus.

L'hyperthymie conditionne aussi les réactions

©BIUM

motrices : c'est une *agitation* modérée, mais incessante, qui va, à certaines heures, jusqu'au paroxysme : A. Renault a vu ces malades s'exciter en parlant, sans autre cause ; il les a vus aussi s'exciter à l'occasion de causes extérieures : changement de température ou de pression barométrique, émotions, etc. ; enfin les troubles des fonctions organiques, la menstruation ramènent parfois l'agitation. Comme l'attention spontanée, l'activité automatique est possible, malgré le désordre intellectuel, autant que le permet le milieu social ; dans des milieux comme la colonie de Dun-sur-Auron, quelques malades aident depuis longtemps, pendant leurs périodes de calme relatif, les nourriciers dans leur ménage. Des *habitudes excentriques*, le goût des parures, des oripeaux, des vêtements bizarres apparaissent certains jours, pour un temps variable, sans la même fixité et le même sens que dans les délires de grandeur. Les maniaques ont une conscience relative de l'anomalie de ces habitudes et rient volontiers quand nous les leur faisons remarquer. D'autres fois, ils collectionnent et cachent, tenant peu à leurs collections et les oubliant vite, sauf si le bon ordre exige qu'on fasse disparaître rapidement un assemblage d'objets trop importants. A la visite, *ils accompagnent le médecin*, le gênant souvent par leurs commentaires ; ils se précipitent au devant de tous les étrangers qui pénètrent dans la cour. La *logorrhée* est fréquente, accompagnée ou non d'une mimique appropriée ; dans les formes « lectuaires » cette dernière est absente ou très réduite et la logorrhée est monotone, le malade parlant sous ses draps ; d'autres fois, c'est un véritable jeu d'acteur, comique ou tragique. La logorrhée peut encore alterner ou être remplacée par de la *graphorrhée*, qui peut emprunter la forme poétique. Le contenu de ces écrits est classique : la *forme de l'écriture* est assez constante : on remarque les paraphes des signatures, plus nombreuses qu'il n'est nécessaire : certains mots sont soulignés sans raison, d'autres tracés en gros caractères avec des majuscules inattendues : les *t* sont largement barrés au-dessus de tout le mot. Les femmes brodent quelquefois : nous avons sous les yeux en ce moment un

échantillon de ces travaux, où l'on retrouve dessinés, avec des fils blancs ou rouges des fragments incomplets de réclames de journaux, ayant trait à des articles de sport, de toilette féminine, de parfumerie, alternant avec des manchettes sensationnelles : c'est réalisée sur une étoffe la fuite des idées atténuée d'une maniaque chronique.

Ces symptômes essentiels, hyperthymie, excitation psycho-motrice, sont seuls dans les formes pures : parfois ils servent de substratum à un délire, qui mérite d'être étudié ; ce *délire* est surtout imaginatif ; c'est une rêverie comme celle des enfants qui jouent tout seuls, et qui éprouvent d'ailleurs eux aussi une manière d'hyperthymie qui entraîne leur jeu. Le délire des maniaques trouve sa voie sous l'influence de ce facteur : Dromard avait noté, dans des observations rapportées par A. Renault, que les malades n'en sont pas dupes ; le fait mériterait d'être recherché plus fréquemment et nous aurions ainsi la preuve qu'il ne s'agit là que d'un *jeu*, relativement conscient et amenant la moquerie de l'intéressé, lorsqu'on lui répète le thème délirant qu'il vient de débiter avec une conviction apparente. Nous avons dit que l'interprétation était rare chez le maniaque ; les hallucinations, sauf autre cause, le sont également. Le caractère imaginatif des délires maniaques a amené certains auteurs, comme Georges Dumas, à se demander si ces maniaques, si facilement mythomanes, n'étaient pas les mêmes malades, que l'on étiquetait autrefois, du temps de Charcot, de Luys et de Legrand du Saule, du nom de *délirants hystériques* : la lecture des observations de ces auteurs permet de considérer cette hypothèse comme vraisemblable. Assez souvent, un délire mélancolique, commencé au cours d'une période de dépression, continue pendant les premiers temps de l'excitation maniaque, mais il cède vite à l'excitation psychique et au sentiment de force, de santé, en désaccord avec lui. Le malade de l'obs. IV d'A. Renault a ainsi présenté d'abord une phase d'idées de persécution, pendant la dépression, auxquelles ont succédé des idées de grandeur pendant l'excitation. Dans une autre observation du même auteur, nous trouvons un cas

©BIUM

encore plus singulier et que l'on peut résumer ainsi : à un moment donné Sincère C... a eu conscience de la fuite de ses idées et l'a interprétée comme le fait de l'action d'une personnalité étrangère : le paroxysme terminé, la prise de la pensée disparut avec lui et Sincère exprime son trouble antérieur en disant qu'il avait été transformé en « pantin dont on tire les ficelles ». Cette prise de la pensée au cours de l'excitation maniaque ne doit pas être bien rare ; en juillet dernier l'un de nous en a observé un cas remarquable avec ses collaborateurs Logre et Heuyer, qui l'ont communiqué au congrès de psychiatrie de Strasbourg.

Ces observations de prise de la pensée sont à rapprocher des psychoses hallucinatoires aiguës étudiées par G. Ballet et Raymond Mallet. Ces délires fugitifs, sans conviction, peuvent-ils se systématiser secondairement, comme l'a prétendu Anglade ? C'est possible, mais le fait doit être rare ; la systématisation est incompatible avec l'état maniaque et il faudrait que celui-ci disparaisse.

L'*évolution* de la manie chronique vers la démence est classique : Foville, à l'article « manie » du dictionnaire Jaccoud dit qu'elle est la règle. En réalité la question est discutable ; la diminution du fonctionnement psychique peut n'être que temporaire ; Régis a publié l'observation d'un maniaque, qui, après 40 ans, a pu sortir d'un état morbide, qui paraissait définitif et a montré que sa mémoire était relativement intacte ; Arnaud, Anglade, Chaslin sont également de cet avis. Pour que la démence vraie avec son évolution progressive survienne, nous croyons qu'il faut une autre cause que la manie chronique et l'âge peut jouer un rôle important.

Les classiques admettent aussi l'évolution vers la mélancolie. Nous la croyons rare, peut-être parce que pour nous le maniaque chronique est surtout un excité constitutionnel.

La guérison, malgré le nombre de chances minime, n'est pas impossible ; le pronostic reste sévère et l'opinion de Magnan paraît bien optimiste, qui esti-

mait l'espoir permis, tant que le niveau intellectuel ne baissait pas.

⁂

Il est évident que ce tableau clinique n'est pas toujours réalisé dans la pratique aussi complètement que dans notre description ; sans doute le maniaque « franc » est bien différent de notre maniaque chronique ; mais il existe toute une série de transitions et les hypomaniaques constitutionnels ne deviennent pas tous des maniaques chroniques ; la plupart vont jusqu'à la mort, traversant des intermittences, dont les causes nous échappent trop souvent.

Le *diagnostic* différentiel est plus facile avec la *démence précoce,* la démence sénile et les états paranoïaques.

Les formes agitées de l'hébéphrénie, de la catatonie, les délires de la démence paranoïde ressemblent à certains aspects de la manie chronique. A notre avis c'est surtout l'ensemble du tableau clinique, la « discordance » entre les manifestations de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté qu'il faut chercher, si l'on pense à une des formes de la démence précoce. Mais cela ne dispensera pas d'une analyse minutieuse des symptômes : il ne faudra pas oublier, par exemple, que les malades d'asile tendent à stéréotyper leurs habitudes et que seules certaines stéréotypies d'attitude, de mouvements, de langage doivent être retenues. D'autres symptômes, comme l'indifférence émotionnelle, n'ont plus la valeur qu'on leur attribuait il y a quelques années ; l'école de Zurich a bien montré que les déments précoces hésitent entre les réactions adéquates à leurs sentiments et les réactions opposées ou négativistes et sans motif appréciable pour nous optent pour les unes ou les autres. Dans les formes agitées on retrouvera cette discordance, qui n'existe pas chez le maniaque, qui saute d'une idée à l'autre, mais sent et agit au moment même conformément à cette idée. L'étude de l'évolution nous fournira aussi un élément d'appréciation important. Dans certains cas comme les « Folies

©BIUM

verbales » de Chaslin, le diagnostic sera difficile avec la logorrhée des « manies lectuaires » par exemple.

Le diagnostic avec la *démence sénile* s'impose à la suite de l'étude du fond mental des malades atteints de cette affection : l'amnésie de fixation, la fabulation, la désorientation sont faciles à constater. Les délires de préjudice présénile, les séquelles délirantes de la période démentielle n'ont pas la richesse des délires imaginatifs des maniaques. Le maniaque chronique est loin du sénile par l'âge (il n'a que 40 ou 50 ans dans la plupart des cas), par l'aspect physique et le bon état général. Pourtant chez des sujets âgés les deux affections peuvent coïncider jusqu'au moment où la démence sénile domine le tableau clinique.

Pour les *paranoïas,* si dans les formes franches, le diagnostic est facile, il n'en est plus de même dans ces formes où les deux affections combinent leurs symptômes ; malgré tout nous avons l'impression que tantôt les signes de manie, tantôt ceux de paranoïa dominent, mais ici il s'agit de cas d'espèce et pour passer en revue toute la question, il faudrait décrire presqu'autant de types cliniques que de malades.

En résumé nous pensons que l'on doit garder dans les classifications le terme de *manie chronique,* le mot chronique étant pris dans le sens que lui donne Littré : « se dit des maladies qui parcourent lentement leurs périodes ». Chronique ne veut pas dire incurable, malgré la diminution du nombre des chances de guérison. La manie chronique, telle que nous l'avons observée et décrite, est très différente des démences classiques et des formes agitées de la démence précoce : la diminution du fonctionnement intellectuel est parfois difficile à mettre en lumière et donne lieu parfois à des difficultés médico-légales ; l'interdiction d'une malade que nous connaissons a été refusée à plusieurs reprises, malgré les certificats de nos confrères.

La notion de manie chronique présente un double intérêt : théorique et pratique ; nous pensons qu'elle mérite d'être défendue, et cela d'accord avec un certain nombre d'auteurs qui la niaient, il y a quelques années.

CEIUM

DE LA KLEPTOMANIE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par le Dr August WIMMER

Professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague

La kleptomanie, dans la définition qu'en donne MARC et pour laquelle MOREL et LASÈGUE faisaient déjà des réserves sérieuses, tend aujourd'hui à disparaître de la nomenclature médico-légale. Quelques ouvrages français sur des questions médico-légales et datant de ces dernières années (1), en finissent presque avec cette notion de MARC : « Plus on apporte de soin à l'examen des observations de kleptomanie, plus on arrive à se convaincre que la kleptomanie vraie (c'est-à-dire l'impulsion angoissante, consciente, irrésistible au vol pour le vol), *est, si elle existe, une rareté pathologique* » (2).

Cette réaction énergique contre l'emploi trop souvent abusif de ce terme de « kleptomanie » a sans doute été nécessaire. Et l'on peut dire que l'expérience médico-légale la justifie, toutefois avec une certaine restriction qui n'est pas sans importance : la kleptomanie, sous sa forme « classique » est incontestablement « une rareté pathologique » — dans *la pratique médico-légale.*

Le cas est bien différent — on le sait — pour ce qui regarde les faits de *clinique psychiatrique.*

Ici la « kleptomanie », de même que son équivalent

---

(1) P. DUBUISSON et A. VIGOUROUX. *Responsabilité pénale et folie.* Paris, 1911, p. 279. — P. JUQUELIER et J. VINCHON : *Les limites du vol morbide.* Paris 1914, p. 104, p. 183. — LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ, DELMAS : *La pratique psychiatrique.* Paris, 1919, p. 639.

(2) Souligné par l'auteur.

©BIUM

psycho-pathologique « la kleptophobie », loin d'être une rareté, se présente comme un des nombreux stigmates mentaux des dégénérés (MAGNAN), un des éléments qui constituent l' « anangkasme ». Dans ses *conséquences* cette « impulsion au vol » se distingue cependant fondamentalement de la kleptomanie de MARC : c'est presque toujours une impulsion platonique. Parmi 300 kleptomaniaques, M. P. JANET trouve à peine un vol accompli.

M. FREUND a voulu — on le sait — expliquer comme *symboliques* ces impulsions platoniques au vol : Ce que le sujet est vraiment poussé à satisfaire, ce n'est pas un besoin d'appropriation, mais un désir sexuel refoulé. De là le caractère platonique de l'entraînement. Peut-être cette explication n'est-elle valable que pour un petit nombre des cas, peu importe. Ce qui nous intéresse au point de vue médico-légal, c'est la possibilité qu'une impulsion *de nature organique* latente derrière la kleptomanie, devienne un jour assez forte — peut-être sous l'influence de certains appoints : ivresse, menstruation, grossesse — pour que la sollicitation kleptomaniaque symbolique se traduise en action.

La rareté incontestable de ces cas doit, cela va sans dire, armer l'expert d'un certain scepticisme devant tous les cas soumis au jugement du forum médico-légal. Les critériums que lui, l'expert, doit exiger pour reconnaître un cas de kleptomanie, sont toujours plus absolus que ceux sur lesquels s'appuie le médecin de clinique. Ce sera donc d'un grand secours pour lui, s'il peut démontrer, dans un cas de soi-disant kleptomanie, certains *sympômes organiques concomitants* qui indiqueraient que l'impulsion procède d'altérations toutes somatiques chez le sujet.

C'est un tel symptôme organique concomitant que j'ai reconnu chez une jeune paysanne, âgée de 18 ans, qui est venue en 1917 me consulter au sujet des impulsions kleptomaniaques quelle ressentait.

Son père s'est suicidé pendant un accès de mélancolie. Elle a toujours été d'un naturel réservé, facilement intimidée, sujette à des accidents d'urticaria émotionnelle ; à

l'âge de 14 ou 15 ans elle souffrait de la chorée. Jamais de convulsions hystériques ou de noctambulisme, jamais auparavant d'obsessions ou d'impulsions. Bien développée au point de vue intellectuel, elle était pensionnaire dans une école d'adultes où elle se préparait à l'enseignement. En somme, une « bonne et honnête fille » dont les antécédents n'offraient rien de malhonnête.

Les règles, survenues dès la 14e année, ont été régulières ; pas d'accouchements. Elle n'aurait pas eu de secousse mentale, de chagrins durables, etc. Depuis 18 mois elle aurait eu plusieurs accès de kleptomanie, accès qui semblent se déclarer indépendamment de ses règles : tout à coup elle se sentirait un peu déprimée, angoissée et agitée, elle aurait éprouvé *des fringales très vives*, accompagnées d'une impulsion « irrésistible » au vol. Elle dérobe alors des friandises ou de l'argent qu'elle dépense en gâteaux, chocolat, fruits, etc., donc *toujours en quelque chose de mangeable*. A la suite du vol elle est généralement très malheureuse, le délit n'est jamais suivi d'amnésie. Les fringales, ainsi que les impulsions au vol, se manifestaient indépendamment des heures de repas, elles pouvaient se produire immédiatement après un repas abondant, etc.

Bien entendu, le séjour dans la pension devint impossible ; on la plaça à la campagne chez un parent (un boulanger) ; là aussi elle vola une ou deux fois des gâteaux ou du chocolat, puis elle guérit complètement à l'aide d'une cure prophylactique de bromure administré à grandes doses dès qu'elle ressentait la moindre agitation ou fringale.

Le hasard seul a voulu que les larcins de cette malade n'aboutissent pas à une solution judiciaire. Cependant, devant la justice, ou aurait eu le droit de maintenir, d'un point de vue médico-légal, que, tout bien considéré, on avait affaire ici à une *impulsion morbide au vol*, à un cas de véritable kleptomanie, due à une altération organique et inconsciente de l'état mental, altération qui se manifestait spécialement par ces *fringales* singulières qui accompagnaient constamment ses accès de kleptomanie.

Parmi les nombreux mobiles normaux et morbides qui peuvent déterminer le vol, plusieurs auteurs, notamment des Français, ont appelé l'attention sur les mobiles *sexuels*. C'est ainsi que les *fétichistes* devien-

©BIUM

nent facilement des voleurs, souvent même des « spécialistes », leurs instincts sexuels pervertis ne trouvant de satisfaction que par la possession d'un fétiche spécial (linge de femme ou autres objets).

MM. MAGNAN, GARNIER, FÉRÉ, MAXWELL, DUPOUY, DUBUISSON et VIGOUROUX, JUQUELIER et VINCHON et d'autres encore, ont publié des exemples illustrant cette *connexion entre le sexualisme et le vol.* Parmi les Allemands, v. KRAFFT-EBING, FÖRSTERLING, HÜBNER, entre autres, ont mentionné le même phénomène (1). Les vols purement fétichistes, où le fétichiste dérobe comme tout individu qui désire posséder un objet, puis, par diverses manipulations du fétiche volé, obtient une satisfaction sexuelle, ces vols n'ont en soi aucun rapport avec la kleptomanie. La connexion *spéciale* n'existe que dans les cas où *le vol lui-même produit un orgasme sexuel,* témoin une des malades dont parlent MM. BOISSIER et LACHAUX. Chez quelques-unes de ces psychopathes la possibilité d'obtenir un orgasme sexuel par le vol (de soie, p. ex.), semble consciente, et alors on est peut-être justifié en parlant — comme le font MM. JUQUELIER et VINCHON — de « voleurs et voleuses fétichistes ». Dans d'autres cas *le mobile sexuel des vols paraît complètement inconnu au sujet ;* et ces cas sont d'un intérêt encore plus grand au point de vue médico-légal.

L'orgasme sexuel est évident dans plusieurs des observations publiées : la kleptomane que cite M. DUPOUY vole une étoffe de soie, la froisse contre son corps et y ressent « des sensations voluptueuses même plus fortes qu'avec le père de mes enfants ». Ici on pourrait à la rigueur parler d'un « fétichisme d'étoffe » comme le veulent MM. JUQUELIER et VINCHON mais aussi avec M. DUPOUY, de « kleptomanie à mobile sexuel ». Cette connexion est encore plus prononcée chez la malade dont parlent MM. DUBUISSON et VIGOUROUX (loc. cit. obs. XVI) : *Au moment où vole* cette femme « tout son corps est pris d'un frémisse-

(1) Voir JUQUELIER et VINCHON, *loc. cit.*, p. 183 ; HÜBNER, *Lehrb. d. foren, Psychiatrie.* Bonn, 1914, p. 665.

ment particulier, son appareil génital entre en action, et avec le spasme final, elle perd toute conscience de ce qui se passe autour d'elle ». De même chez les malades de JUQUELIER et VINCHON, spécialement le n° 3, dont le vol (de soie) amène au moment du larcin une satisfaction génitale « beaucoup plus intense que dans les conditions normales ».

Cette malade, psychopathe prédisposée, âgée de 40 ans, était, depuis la séparation d'avec son mari, devenue *frigide* vis-à-vis des hommes, de sorte qu'on est mené à définir sa kleptomanie accompagnée d'orgasme sexuel comme un substitut, un *équivalent* de l'acte génital normal. Ce sont des conditions analogues que j'ai cru retrouver chez la malade mentionnée ci-dessous, dont le cas fut soumis à mon examen par le procureur général, et sur qui j'ai fourni un rapport le 20 juin 1920.

Mme X., âgée de 28 ans, mariée à un commis voyageur, inculpée de vols réitérés dans les magasins. Elle est fille d'un ouvrier qui avait quatre autres enfants. Elle vit chez ses parents jusqu'à l'âge de 14 ans ; elle se met alors en service. Il y a 8 ans le père est mort ; la mère, réduite à la misère, commence à boire et demande sans cesse de l'argent à sa fille, qui est ainsi poussée à la prostitution, qu'elle exerce pendant quelques années. Mariée en 1915, divorcée il y a environ 18 mois, elle a cependant repris de temps en temps la cohabitation avec son mari, jusqu'à ces derniers 8 mois, époque à laquelle elle se lia avec un autre homme, de qui elle est enceinte et qui a promis de l'épouser.

Pendant qu'elle gagnait sa vie par la prostitution, elle a 2 fois encouru des injonctions et des admonestations de la police sanitaire ; une fois elle fut détenue étant accusée d'avoir volé une bague de diamants appartenant à un individu avec le camarade de qui elle avait couché. Elle avoue s'être emparée d'une boîte de porcelaine (valeur 0 fr. 50 !) mais elle nie le vol de la bague.

(Le dénonciateur était, paraît-il, ivre au moment du délit supposé !)

A part cet incident, rien de criminel n'est constaté avant les vols actuels.

Pas de forte prédisposition à la névrose (la mère est ce-

©BIUM

pendant très capricieuse et paraît être de tempérament passionné).

Le sujet a été assez bonne élève à l'école primaire ; pendant son enfance elle était douce et tranquille, d'humeur égale ; elle ne manquait pas sa classe, elle ne grappillait pas.

Très susceptible, toujours facilement attendrie, elle languit après la maison paternelle quand elle dut la quitter ; rendue malheureuse par les excès auxquels se livre sa mère, elle essaya de se suicider (par le sublimé).

Jamais de noctambulisme, de crises convulsives, d'absences, de troubles mentaux passagers, etc. Elle est sujette à des maux de tête mensuels et accompagnés de vomissements (prémenstruels ?). Jamais auparavant de *phénomènes d'obsession ou d'impulsion.*

Elle a ses règles chaque mois, mais tantôt abondantes, avec de fortes douleurs, tantôt sans douleurs et presque sans hémorrhagie.

A 15 ans elle aurait eu une inflammation abdominale, elle a été atteinte de gonorrhée, mais des examens réitérés en vue de la syphilis ont donné un résultat négatif.

Ses *désirs génitaux* ont toujours été très faibles, comme son sens érotique en général. Elle s'est laissée aller à la prostitution seulement pour procurer de l'argent à sa mère ; elle n'aurait presque jamais éprouvé de satisfaction sexuelle dans ses coïts professionnels. « Quand j'avais fini, je me hâtais seulement de m'habiller et de toucher mon argent pour pouvoir filer. » Elle n'aurait jamais été « vraiment éprise » d'un homme. Aussi le motif de son mariage ne fut-il pas l'attrait érotico-sexuel. « C était un brave homme, et je le respectais. » « Au commencement je jouissais bien de temps en temps du coït, plus tard j'ai surtout cédé par complaisance ». Son mari était très exigeant dans sa vie sexuelle, il lui faisait subir toutes sortes de pratiques perverses (sans pourtant arriver à éveiller ses désirs). Pendant le coït elle aurait généralement été « frigide » ; seulement *au commencement de la menstruation,* elle aurait quelquefois, et *avant le coït* éprouvé une sensation génitale ; mais « cela se passe bien vite ». C'est pourquoi « elle n'a jamais pu comprendre comment elle est devenue enceinte ; j'ai toujours pensé que l'acte génital, « la nature » (1) devait se réunir pour qu'on devienne grosse ; mais je n'ai jamais senti cela ».

(1) Terme vulgaire de l'éjaculation virile et féminine.

Elle a été *enceinte 4 fois :* 1° l'été de 1916, 2° l'hiver de 1918, 3° l'hiver de 1919 et 4° depuis 2 ou 3 mois. *Toutes* ses grossesses ont abouti à une fausse couche vers le 3e mois.

Entre les périodes de grossesse elle est d'humeur assez égale, elle garde la maison, elle fait sa besogne. *Pendant la grossesse* « je suis toujours toute drôle, bonne et méchante à la fois, je ris et je pleure, tout m'est indifférent, rien ne m'intéresse, je ne pense qu'à l'avenir, à avoir un bébé bien portant, et j'en rêve ». Quelquefois elle est « d'une gaieté folle », mais en général elle est opprimée », elle pleure souvent, néglige sa toilette, sa cuisine, etc. Pendant les grossesses, il lui arrive aussi, contre son habitude, de s'emporter vivement, et pendant *ces explosions de colère elle a quelquefois ressenti un orgasme sexuel* (semblable à celui que nous allons décrire plus loin).

Pendant les grossesses, dès le 2e mois, d'après ce qu'elle dit, elle a des *envies* anormales: elle mâchonne du papier de journal, elle mange des « merveilles » en grand nombre, elle a « la manie d'acheter » et se procure toutes sortes d'objets dont elle ne sait que faire, dès qu'elle les a acquis.

Mais surtout, *pendant toutes ses grossesses, elle est sujette à des impulsions de kleptomanie :* Un objet quelconque qui attire son attention (des fruits, des comestibles, etc.), éveille chez elle l'envie de le posséder : « Je dois me faire violence pour ne pas le prendre ».

Pendant la 1re grossesse (1916) : *Vol,* dans le « Magasin du Nord », d'une paire de souliers : « Ils n'étaient ni à ma pointure, ni à mon goût ». On n'a pas déposé de plainte.

Pendant la 2e grossesse (1918) « rien n'est arrivé ; je restais à la maison et ne me mêlais de rien ». Un jour pourtant elle est fortement tentée devant un étalage de poissons.

Pendant la 3e grossesse (1918) : *Vol,* dans le « Magasin Illum », d'une robe. Le vol n'est pas découvert.

Pendant la 4e grossesse, le 2 juin 1920, elle vola, dans le « Magasin Illum », des lingeries (valeur environ 10 fr.).

Quant à son *état mental pendant ces vols,* elle l'explique spontanément, ou en réponse à des questions non-suggestives : elle ressent comme un désir : « ça m'attire » ; si elle *ne cède pas, elle a des vomissements.* D'autre part, l'impulsion n'est pas accompagnée d'*angoisse.*

Si elle cède, elle ressent *au moment de l'action* « comme un vertige et un frémissement » qui lui envahit le corps, « une sensation délicieuse, comme au moment où passe la

©BIUM

nature », c'est-à-dire au moment de l'éjaculation féminine ; après, ses *organes génitaux sont mouillés d'un fluide épais, visqueux et filamenteux* (1). Immédiatement après le vol elle est « complètement affaissée » ; mais bientôt elle est effrayée de ce qu'elle a fait, elle ne peut pas dormir, passe ses nuits à errer dans sa chambre ou dans les rues, etc.

Rien ne semble annoncer des instincts sexuels pervers, congénitaux ou acquis, notamment dans le domaine du fétichisme (spécialisé), des tendances ou des relations lesbiennes, etc.

Elle se montre très tranquille, décente de manières, de mise, de langage, elle ne trahit aucune vulgarité ; rien n'annonce l'ancienne fille des rues. Elle s'exprime avec modération ; en parlant de sa vie, elle est confuse quand on arrive aux questions intimes, elle raconte sans essayer de rien cacher ou de rien farder. Une certaine dépression marque son état d'esprit, les larmes lui viennent souvent aux yeux, mais elle ne se laisse pas aller à de plus fortes émotions.

Ses notions scolaires sont moyennes ainsi que son jugement, ses idées et ses appréciations sociales et éthiques. Elle juge avec sobriété et résignation sa vie sous tant de rapports irrégulière et manquée, elle voit en elle-même la cause principale de ses malheurs, mais elle pense pourtant que sa mère l'exploitait un peu trop dans sa jeunesse. Son mari lui inspire bien un certain dégoût au point de vue sexuel, mais elle ne lui garde pas rancune : « Autrement il était bon et il prenait soin de moi ». Si elle a formé une liaison avec un autre homme, c'est qu'elle lui sait gré de vouloir l'introduire dans un milieu « plus respectable », « la retirer de toutes les saletés qui la retenaient » (*aussi* dans sa vie sexuelle). Quant à sa vie de prostituée elle en parle avec une honte qui paraît sincère.

L'examen direct ne prouve pas grand'chose : La malade est petite, maigre, pâle, elle n'a rien de la prostituée. Aucun signe d'alcoolisme chronique, pas de stigmates de syphilis. Hyperréflectivité tendineuse, et areflexie plantaire ; du reste, aucun symptôme névrologique. Pas de stigmates hystériques. Pas de stigmates extérieurs et prononcés de dégénérescence

(1) Ce détail encore est donné spontanément, comme un phénomène dont elle s'est évidemment étonnée.

Dans ma déclaration sur l'état mental du sujet au moment des vols, j'ai dit à peu près ceci : Le sujet est une *psychopathe*, peut-être avec une prédisposition héréditaire, et d'un *tempérament émotif*. Pendant ses grossesses, son tempérament habituel *s'accentue dans un sens plus décidément pathologique* et semble sous la dépendance d'une *inhibition mentale* assez forte et d'une *émotivité augmentée* avec des emportements et — notamment — des dépressions.

Cette *altération de son état mental* est de plus accompagnée, soit des « envies » plutôt inoffensives dont nous avons parlé, soit d'impulsions au vol. La morbidité de celles-ci me paraît évidente, d'abord parce qu'elles se manifestent exclusivement pendant les grossesses, et au cours de *toutes* les grossesses, puis, et *surtout*, par *l'état particulier psycho-physiologique* qui accompagne ces sollicitations : sa kleptomanie ne rentre pas tout à fait dans la catégorie de « l'obsession » (d'après sa définition classique) ; au contraire, son caractère de *symptôme d'un désordre organique* est très prononcé, puisqu'il faut voir dans l'impulsion au vol *la traduction extérieure d'une très forte impulsion sexuelle*, dégageant *un orgasme sexuel in optima forma*, jusqu'à la sécrétion de la viscosité utérine, avec sensation de volupté génitale, autrement fort rare chez cette femme foncièrement *frigide*. Ainsi l'accès de kleptomanie devient-il une sorte d'*équivalent* pour le coït normal.

De plus cette impulsion sexuelle « masquée » se manifeste pendant une altération générale de l'état mental.

Pour ces raisons je me crois en droit de caractériser la kleptomanie du sujet comme due à *une impulsion morbide et irrésistible*.

Dans les cas de « vols de grossesse » on est déjà, depuis des années, disposé à reconnaître que l'attrait au vol dépend de certaines « conditions organiques ».

Même si cette supposition est assez plausible comme *théorie*, il est souvent difficile de prouver sa raison d'être dans *un cas déterminé*. Malheureusement

©BIUM

ici, comme en général dans la psychiatrie légale, il faut laisser une grande marge à l'amoralité normale.

Le fait que la kleptomanie se limite aux périodes de grossesse, qu'elle apparaît uniquement dans ces circonstances-là, ce fait est, cela va sans dire, un indice important, sinon irréfutable, de la probabilité de sa dépendance de causes pathologiques. Notre diagnostic médico-légal se trouve encore appuyé dans les cas où la kleptomanie joue un rôle de *substitut* pour d'autres « envies » plus innocentes. Témoin l'observation suivante :

Femme mariée de 26 ans (1). Fille d'un ménage de petits bourgeois ; après sa première communion (vers 14 ans), elle entre en service : pendant quelque temps elle est vendeuse dans un grand magasin ; en 1908 elle épouse un petit fonctionnaire ; elle a 2 enfants, de 6 et de 4 ans. Son hérédité ne présente pas de prédisposition certaine. Elle a fréquenté une école primaire. Mariée, elle se montre puérile, peu développée, très peu douée, ses idées sur les hommes et les choses sont bornées. Elle ne prend aucun intérêt à être instruite. Les entretiens sur des questions sociales ou littéraires l'ennuient. Elle ne s'intéresse qu'à ses enfants et à son ménage, c'est une ménagère consciencieuse. Elle n'est avide ni de plaisirs ni de toilettes. Bonne, économe, honnête dans les questions d'argent, ni égoïste, ni menteuse. D'une nature sensible, elle est facilement froissée, un rien la fait pleurer ou s'exalter, mais ses émotions ne durent pas. Elle est très jalouse de son mari qu'elle adore. Elle n'a jamais eu de liaisons en dehors du mariage. Elle n'a jamais rien commis de criminel.

On vivait modestement, mais pas dans la gêne. Pas de graves maladies physiques. Enfant, elle a eu des terreurs nocturnes ; jamais de crises convulsives. Ses mois ont été réguliers, interrompus par les deux grossesses qui aboutirent à des accouchements normaux ; *à l'heure actuelle elle est de nouveau grosse, au 6e ou 7e mois.*

Pendant les deux grossesses antérieures elle avait du

(1) Cas soumis à mon expertise par la Chambre de justice criminelle de Copenhague ; été 1914.

pica très prononcé : Il lui fallait toujours manger des choses aigres, des harengs salés ; elle *se mangeait les ongles,* ce qu'elle ne fait pas d'habitude ; *pendant cette 3e grossesse, pas de pica, pas de besoin de se ronger les ongles.*

En février 1910 elle a eu un accident : renversée par une voiture, elle est restée sans conscience pendant un quart d'heure ; puis, elle fut prise d'une grande terreur. Elle n'a pas reçu de lésions extérieures, il n'y avait aucun signe de commotion cérébrale, ni de convulsions. Depuis elle a des paroxysmes de terreur chaque fois qu'elle monte en voiture, pâleur, tremblement, palpitations. En outre, elle aurait eu, une dizaine de fois, des *accès* de paresthésie des doigts, avec besoin d'air, vertige ; des chutes où elle reste des demi-heures raide et pâle, froide, mais sans convulsions ; elle ne peut pas parler, mais elle entend. Dans ces chutes elle n'a jamais eu de lésions, jamais il n'y a eu morsure de la langue, ni incontinence d'urine. Ces crises succèdent en général à des émotions, elle ne sont jamais précédées de dépressions endogènes ni suivies d'états oniriques. Jamais d'amnésie.

Ni pendant les grossesses précédentes ni pendant cette dernière son état mental n'a montré d'altération morbide. Jamais auparavant elle n'a eu d'obsessions. *Pendant sa grossesse actuelle,* et dès le 2e mois, elle a commis plusieurs *vols dans un magasin ;* toujours dans le même endroit, elle a dérobé des blouses, des rubans, des cadres de photographies, pour la plupart des objets sans grande valeur.

Elle-même ne s'explique pas ces larcins : elle n'est pas sous l'influence d'une obsession proprement dite, elle ne ressent ni angoisse avant, ni soulagement après : « Quand je tiens tel objet à la main, j'ai envie de l'emporter ». Une fois rentrée chez elle, elle a peur des conséquences. Il n'y a jamais d'amnésie pour les vols. Quant au moment de leur accomplissement, ces actes n'ont jamais eu la moindre coïncidence avec les accès signalés ci-dessus.

Devant la justice, elle avoua pendant le premier interrogatoire, avec des larmes et des gémissements qui finirent par une « crise nerveuse ».

Elle est de taille moyenne, maigre et assez jolie. Pas de stigmates extérieurs de dégénérescence. Un examen détaillé névrologique n'a rien montré d'anormal, notamment pas de symptômes hystériques.

Elle était assez déprimée ; pendant l'examen direct elle

©BIUM

détournait la tête, confuse et honteuse, elle pleurait et tremblait de peur. Elle racontait ses vols d'un ton de douce résignation, s'interrompant quelquefois de petites exclamations de désespoir, mais sans démonstrations pathétiques ; elle ne tâchait ni de dissimuler ni d'embellir les faits, elle était convaincue de ne pouvoir éviter une sévère punition.

Sa mentalité est psycho-enfantine au plus haut degré, avec des aptitudes très médiocres.

Le sujet est donc premièrement un *être psycho-enfantin*, émotive, peut-être débile à un certain degré. Depuis l'accident qui l'a frappée en 1910 elle est de plus dans un état nerveux morbide qu'on pourrait définir comme une *névrose d'angoisse*. Ses accès de kleptomanie ne semblent pourtant pas avoir de rapport évident avec cette névrose ; ils ne rentrent dans aucun des états seconds qui nous sont bien connus dans les névroses.

Il me paraît donc plus logique d'établir un parallèle entre sa kleptomanie pendant la 3e grossesse et le « pica », les rongements d'ongles, etc., qui accompagnaient les deux grossesses précédentes, et dont on attribue généralement, je crois, la genèse à des altérations purement somatiques, « cénesthétiques ». Ces envies étranges *ne se produisaient pas* pendant la grossesse n° 3, et l'on pourra donc supposer que la kleptomanie a *remplacé* ces « envies de grossesse » plus innocentes, de sorte que la kleptomanie, elle aussi, peut être considérée comme procédant d'altérations psycho-physiologiques et inconscientes.

La névrose d'angoisse qui suivit la 2e grossesse a-t-elle joué ici un rôle pathoplastique ? Il est difficile d'en décider. D'après la description qu'elle donne de l'étrange absence d'émotions qui caractérise ses impulsions au vol, il me semble peu naturel de regarder la kleptomanie comme un « équivalent d'angoisse » (*Hecker*). Par ses symptômes mentaux secondaires elle se rapproche bien plus de ce pica plus indifférent au point de vue émotionnel, du rongement

d'ongles, etc., qui appartenaient à ses grossesses précédentes (1).

Dans cette *substitution* supposée de la kleptomanie aux envies de grossesse innocentes d'autrefois, de même que dans l'apparition isolée de l'impulsion au vol, pendant une grossesse et chez une personne qui n'avait montré auparavant aucune tare morale, j'ai pensé trouver des critériums suffisants pour prononcer ce jugement médico-légal :

Les vols commis par cette femme étaient motivés par une impulsion morbide, à laquelle elle n'aura pas pu résister normalement, précisément parce que cette impulsion naissait d'une cause organique, et d'autant plus qu'elle est une névropathe psycho-enfantine.

Des observations comme celles que je viens de citer donnent, on en conviendra, une autre valeur au terme de kleptomanie que celle de MARC. Mais en revanche, on arrive à pouvoir l'employer avec une plus grande sûreté dans le petit nombre de cas médico-légaux où il a sa raison d'être.

(1) Je regrette de n'avoir pas interrogé la malade sur des symptômes concomitants possibles de nature sexuelle ; vu la description très sincère et complète qu'elle a donnée de ses impulsions, je croirais que celles-ci n'étaient pas d'origine sexuelle, du moins pas directement.

©BIUM

MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS D'ÉTATS DÉPRESSIFS

(RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS) (1)

Par le Dr H. BEAUDOUIN

Médecin de l'Asile de Clermont (Oise)

Ayant eu l'occasion, au cours des hostilités, de pratiquer, sous la direction du Dr Laubry, de nombreuses mesures de la tension artérielle chez divers malades, j'avais remarqué dans quelques cas de confusion mentale asthénique d'origine commotionnelle un abaissement de la tension qui cessait avec le rétablissement du sujet. C'est alors que je fis le projet de procéder à des recherches ultérieures, recherches dont je voudrais condenser ici les résultats.

Ne pouvant étudier d'emblée la tension au cours de toutes les psychoses, j'ai donné la préférence à l'étude d'un groupe d'états psychopathiques caractérisés par l'aspect général que leur donne l'association, en proportions variables, de phénomènes dépressifs atteignant les diverses fonctions psychiques : dépression affective et réactions d'ordre mélancolique ; inhibition motrice ; ralentissement des processus intellectuels. On sait en effet que les troubles mentaux de cet ordre s'accompagnent fréquemment de phénomènes organiques, et il m'a paru naturel d'y étudier l'expression de troubles somatiques dans les variations possibles de la tension artérielle.

Ces variations existent en effet et méritent une étude approfondie. Les observations que j'ai pu rele-

(1) Ce travail aurait dû être imprimé au début de l'année 1920. Le défaut de place ne nous a pas permis de l'insérer plus tôt. (*Note de la rédaction*).

ver jusqu'ici offrent des résultats assez nets, et, me réservant de les rapporter ultérieurement en détail, je n'en donnerai ici qu'un résumé succinct.

La notion de troubles circulatoires dans les états mélancoliques n'est point récente ; la plupart des manuels classiques y font plus ou moins longuement allusion, donnent des conclusions, variables d'ailleurs selon les auteurs, mais ne précisent pas la technique employée. Avant l'usage des appareils récents, plusieurs auteurs se sont appliqués à la détermination de la tension artérielle dans les psychopathies dépressives, ce, avec des résultats variables, mais où prédomine cependant la notion d'hypotension.

Aujourd'hui, il n'est plus permis d'apprécier la tension artérielle par la palpation simple de l'artère radiale. Les sphygmomanomètres que nous possédons donnent des résultats précis, indépendants, dans la plus large mesure, du coefficient d'erreur personnel apporté par l'expérimentateur ; ils introduisent la notion, capitale en l'espèce, d'un double chiffre de tension artérielle, mesurant la maxima et la minima.

Je me suis servi surtout de l'appareil de Laubry, employant la technique proposée par cet auteur, en 1914, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, et, accessoirement, de l'oscillomètre de Pachon. Les mesures ont été prises le matin, les sujets allongés, le brassard de l'appareil Laubry appliqué au bras droit, le manchon de l'oscillomètre au-dessus du poignet droit, la main placée à hauteur de la région précordiale.

Pour servir de terme de comparaison, j'ai opéré la détermination d'une tension moyenne normale, en mesurant cette tension chez vingt femmes adultes et sans tares organiques appréciables, à deux reprises et avec les deux appareils. Les résultats sont, en chiffres ronds, les suivants : Age : 32 ans. Avec l'appareil Laubry : maxima, 13 1/2 ; minima, 9 ; écart normal, 4 1/2. Avec l'oscillomètre : maxima, 15 1/2 ; minima, 9 1/4 ; indice oscillométrique, 3 1/2. Moyenne des pulsations par minute 76.

Ces résultats obtenus par la mesure de la tension,

©BIUM

une fois avec chaque appareil, chez une série de dix hommes, sont : âge, 37 ans ; avec l'appareil Laubry : maxima, 13 1/2 ; minima, 8 1/2 ; écart normal, 5 ; avec l'oscillomètre : maxima, 14 3/4 ; minima, 9 1/4 ; indice oscillométrique, 3 1/2. Moyenne des pulsations : 76.

A l'état pathologique, mes observations portent exclusivement sur des femmes, au nombre de 71, toutes traitées à l'asile de Maison-Blanche pendant le deuxième semestre de 1919. Je n'ai pas essayé, comme la plupart des auteurs, de définir d'abord nettement des états psychopathiques pour y rechercher les chiffres de la tension ; il m'a paru plus sage d'établir les grandes divisions d'après les troubles de cette tension, et de laisser la plus grande latitude dans l'établissement du diagnostic psychiatrique. On arrive ainsi à la constitution de quatre groupes, de valeur inégale : tension normale, hypotension, hypertension, et, fait peut-être le plus nouveau, tension variable.

Le groupe des états dépressifs à tension normale comprend 15 sujets, soit 21 pour cent. Une première catégorie est formée de six malades offrant un aspect de dépression mélancolique avec, dans l'histoire morbide, intermittence ou circularité, rattachable à la psychose périodique. Voici les moyennes des chiffres relevés : 14 — 9 1/2, 13 1/4 — 9 3/4, 13 1/2 — 9, 14 1/2 — 9 1/2, 13 1/2 — 9, 13 1/2 — 9 1/2. Age : 42 ans 1/2.

Dans une seconde catégorie, trois malades présentent des troubles mélancoliques à l'époque de la ménopause. Tension : 14 1/2 — 9, 14 — 8, 14 — 10. Age, 49 ans 1/2.

Dans une troisième catégorie enfin se placent six sujets offrant des réactions mélancoliques associées à d'autres troubles pathologiques : intoxication alcoolique, idées de persécution, inertie, négativisme. Tension : 13 — 9 1/2, 14 1/2 — 9 1/2, 13 1/2 — 9, 14 — 8 1/2, 13 — 9 1/2, 12 1/2 — 8 1/2. Age : 33 ans 1/2. En résumé, la tension artérielle est normale chez un cinquième du nombre total des malades observées, et qui se présentent soit avec un syn-

drome de mélancolie intermittente ou de mélancolie d'involution, soit avec un syndrome mélancolique associé. Sur trois mélancoliques à la période de la ménopause, deux ont pu sortir très améliorées.

L'Hypotension artérielle est moins fréquente, et n'est relevée que chez onze sujets, soit 15 1/2 pour cent. L'abaissement porte surtout sur la tension maxima.

Dans ce groupe, une première catégorie de quatre malades offrent des syndromes mélancoliques assez bien isolés, sans signes organiques appréciables. Les chiffres relevés sont : 12 — 8 1/2, 12 — 7 1/2, 11 1/2 — 8 1/2, 11 — 7. Age moyen : 37 ans 1/2.

Dans une seconde catégorie, de trois malades, l'hypotension peut être mise sur le compte de la tuberculose, avec vérification nécropsique dans deux cas. Tension : 11 1/4 — 8, 10 1/4 — 8, 9 1/2 — 6 1/2. Age : 40 ans.

La troisième catégorie ne comprend que deux malades, atteintes de confusion mentale avec stupeur, évoluant dans un cas chez une héréditaire à manifestations pathologiques antérieures. Tension : 11 1/2 — 8 1/2, 10 — 7. Age moyen : 33 ans.

Dans une quatrième catégorie enfin se rangent deux malades présentant des attitudes cataleptoïdes : une débile épileptique de 16 ans et une jeune fille de 19 ans, ayant présenté, après une phase de délire polymorphe avec excitation, un état dépressif marqué, voisin de la stupeur, et qui a pu sortir de l'asile très améliorée. Tension : 12 — 6 1/2 chez la première, 12 1/2 — 7 1/2 chez la seconde.

En général, l'hypotension dans ces états dépressifs ne s'accompagnait pas de tachycardie ; le rythme cardiaque était normal ou légèrement ralenti, rarement bradycardique (deux cas : 50 et 58 pulsations). L'Hypotension, je l'ai dit, concerne surtout la maxima, et l'écart, ou pression différentielle, est inférieur à la normale ; chez les deux dernières malades cependant, présentant des attitudes cataleptoïdes, la minima subit un abaissement plus marqué encore que la maxima et l'écart est supérieur à la normale.

©BIUM

L'Hypertension s'est montrée un peu plus fréquente, dans 16 cas, soit 22 1/2 pour cent. On peut distinguer dans ce groupe trois catégories :

Dans la première, quatre malades ont antérieurement présenté des accès dépressifs ; trois ont pu sortir améliorées. Tension moyenne : 18 1/2 — 10 1/2, 18 3/4 — 9 3/4, 21 — 10, 18 — 10 1/2. Age : 54 ans 1/2.

Dans la seconde, dix malades présentent un premier accès dépressif, avec les chiffres suivants de tension moyenne : 16 1/2 — 9, 15 1/2 — 9 1/2, 17 — 9, 19 — 10 1/2, 16 — 10, 15 1/2 — 10 1/2, 17 — 9 1/2, 21 1/2 — 11 1/2, 21 1/2 — 13 1/2 (mort par hémorragie basilaire) 21 — 12. Age moyen : 57 ans.

Dans la troisième catégorie, je sépare deux malades chez qui les réactions mélancoliques se montrent associées, dans un cas à des idées anciennes de persécution, dans l'autre à un état organique : épilepsie, albuminurie persistante. Tension : 20 — 9 1/2 et 19 1/2 — 15. Age : 55 ans 1/2.

En résumé, le groupe de malades hypertendues est en majeure partie constitué par des femmes présentant un premier accès dépressif qui, cliniquement, répond en général au tableau de la « Mélancolie d'involution ». Dix malades en effet répondent à ce diagnostic, applicable à trois sujets seulement présentant une tension normale. Il est à remarquer que, sur ces dix cas, trois améliorations ont été constatées, cela chez des malades dont la tension minima ne dépassait pas 9 1/2, chiffre inférieur à celui relevé chez celles dont l'état est resté stationnaire.

Mais le groupe le plus considérable (41 pour cent) et, semble-t-il, le plus original, est constitué par 29 malades chez qui les chiffres de la tension ne peut rentrer dans aucun des cadres précédents, et pour lesquelles je propose la dénomination de tension variable. On peut distinguer ici cinq catégories :

La première comprend six malades chez lesquelles les chiffres de la tension se groupent assez nettement en une courbe ascensionnelle qui paraît progresser avec l'amélioration générale. Ces six malades, dont

l'âge moyen est 42 ans, sont sorties améliorées ou guéries Je résume ici l'observation la plus typique à cet égard :

Il s'agit d'une femme de 52 ans, avec dépression mélancolique, sub-anxiété, tentatives de suicide ; cryesthésie, constipation.

18 août : 14 1/2 — 9 1/2. Pouls, 76.

5 septembre : 18 — 10. Pouls, 56 ; légère amélioration ; toujous alitée.

27 septembre : 21 — 12. Pouls, 86 ; se lève et s'occupe.

5 octobre : 24 — 12. Pouls, 72 ; amélioration persistante.

8 octobre : 23 — 11 1/2. Pouls, 72 ; sort guérie.

Dans la seconde catégorie, il s'agit au contraire de sujets offrant des courbes de chiffres descendantes, moins franchement régulières d'ailleurs. Elle comprend trois malades, dont l'âge moyen est 46 ans : une seule est sortie guérie.

La troisième catégorie est formée de deux malades présentant une circularité nette : l'une, atteinte de psychose périodique certaine, présente des chiffres de tension ou la maxima est légèrement plus élevée dans certaines périodes d'excitation, soit de deux centimètres. La seconde paraît être une psychose hébéphrénique, de début assez récent : dans les périodes d'excitation, elle offre une élévation appréciable de la tension, surtout nette pour la maxima.

La quatrième catégorie est la plus nombreuse, puisqu'elle comprend seize malades, d'âge moyen : 44 ans. Chez elles, il existe une variabilité véritable de la tension, variabilité en apparence désordonnée et soumise le plus souvent, semble-t-il, à des manifestations d'ordre émotif, anxiété ou résistance à l'examen. On observe parfois une variabilité de la tension sans variabilité de l'état affectif habituel, mais la plupart du temps, cette variabilité est constituée par une ascension passagère, en relation nette avec des troubles émotionnels extériorisés, comme dans le cas suivant :

©BIUM

L..., 34 ans ; mélancolie anxieuse, idées d'auto-accusation, délire extensif, désir de la mort. Premier accès.

18 août : 16 — 12. Pouls, 84 ; anxiété marquée ; lamentations.

1er septembre : 15 — 9 1/2. Pouls, 96 ; crise de larmes.

14 octobre : 14 1/2 — 9. Pouls, 80 ; calme relatif.

28 octobre : 13 — 9. Pouls, 76 ; calme relatif.

6 novembre : 15 1/2 — 11. Pouls, 80 ; inquiétude.

19 novembre : 15 — 10. Pouls, 92 ; inquiétude ; pleurs.

26 novembre : 15 — 10. Pouls, 80 ; pleurs ; auto-accusation.

Dans une cinquième catégorie enfin, je range deux malades offrant des variations de la tension de cause non appréciable : il s'agit d'un cas de délire mélancolique, discordant, sur un terrain hystérique probable, et d'un cas de dépression, avec inertie motrice prédominante, chez une débile.

N'ayant pu observer d'assez nombreux cas d'accès à double forme ou circulaires relevant de la Psychose périodique, j'ai, pour établir une comparaison, mesuré la tension chez treize malades offrant le syndrome d'excitation maniaque. La moyenne obtenue par 37 mesures correspond presque exactement à la normale : 14 — 9, pouls, 70, âge : 40 ans, écart : 5.

Les mesures faites avec l'appareil de Pachon m'ont conduit à observer dans certains cas la valeur de l'indice oscillométrique, dont la moyenne normale relevée est, je le rappelle, 3 1/2. Cet indice m'a paru sensiblement normal dans le groupe des malades à tension normale (3,80) et dans celui des malades à hypertension (3,40) ; il est plus faible avec la tension variable (2,87) et surtout avec l'hypotension (2,20). Il est intéressant de noter un abaissement net chez les agitées (1,60) et particulièrement accusé (aux environs de 1) chez cinq malades chez lesquelles des signes tels qu'indifférence, négativisme, discordances, catalepsie, stéréotypies, autorisent à porter un pronostic réservé. Sans avoir le droit de poser des conclusions,

je crois pouvoir indiquer l'intérêt qu'il semble y avoir à étudier systématiquement la valeur de l'indice oscillométrique dans la démence précoce.

Je ne m'arrêterai pas sur les résultats du traitement symptomatique — hyper ou hypotenseur — essayé dans quelques cas, résultats qui ont été négatifs.

Conclusion

Il est indispensable d'observer pendant longtemps et avec une technique précise, la tension artérielle des mêmes sujets, pour éviter les conclusions simplistes et paraissant, d'un auteur à l'autre, contradictoires.

Dans les cas à tension normale rentrent, avec des états mélancoliques associés à des troubles d'un autre ordre, des formes mélancoliques intermittente et d'involution, avec améliorations dans cette dernière catégorie.

A rapprocher des résultats constatés chez des mélancoliques à forme intermittente ce fait que la tension paraît normale dans les états d'excitation maniaque.

L'hypotension n'est pas, comme l'avaient indiqué certains auteurs, l'apanage des états mélancoliques purs, où elle existe rarement. Elle paraît en relation, soit avec la présence de troubles organiques — tuberculose — soit avec des états confusionnels. Il sera intéressant d'étudier la tension des confus et des déments précoces.

L'hypertension est plus fréquente et se rencontre, comme on pouvait s'y attendre, à un âge plus avancé. Elle paraît surtout correspondre au syndrome de la mélancolie d'involution.

Le plus souvent, la tension artérielle, au cours des états dépressifs, offre des variations nettes. La variabilité en relation avec les états émotionnels mérite d'être analysée de plus près.

L'étude de la tension artérielle peut-elle être utile au diagnostic des troubles mentaux ? Son intégrité apparente dans les formes intermittentes et son abaissement dans quelques cas de confusion mentale

©BIUM

et de syndromes dépressifs suspects de chronicité, me paraît la notion la plus intéressante à relever à cet égard, mais elle a besoin d'être complétée.

L'élément pronostique a peut-être plus d'importance : les guérisons constatées chez les mélancoliques ont été observées avec une tension normale, ou une hypertension localisée à la maxima. L'hypertension minima paraît s'allier à un pronostic moins favorable.

La constitution d'une courbe de tension évoluant régulièrement vers un chiffre qui paraît le chiffre habituel du sujet, semble également un élément intéressant de pronostic. Ce pronostic paraît surtout favorable avec une courbe ascensionnelle.

Lorsqu'enfin les anomalies de la tension sont persistantes, elles introduisent la notion d'une intervention thérapeutique, que je ne crois pas pouvoir être purement symptomatique. Ces anomalies en effet ne sont vraisemblablement qu'une des expressions de troubles organiques d'origines diverses, troubles qu'il convient de mettre en lumière par tout nos moyens actuels d'investigation. Et si, comme il est probable, certains états dépressifs ne sont qu'une manifestation de la souffrance somatique générale, nous pourrons tenter de les améliorer en traitant, lorsqu'il sera possible, l'état organique en cause.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1921

Présidence de M. PACTET, Président

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

Sur la proposition du bureau, la séance du mois de mars est fixée au mardi 29 (au lieu du lundi 28, lundi de Pâques).

M. H. COLIN, Secrétaire général, donne lecture du décret autorisant la modification des statuts de la société.

M. COLIN communique à la société une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Bond, *commissioner in lunacy* et Président de la *Medico Psychological Association* dont la prochaine réunion se tiendra à Londres du 11 au 14 juillet prochain et qui serait heureux de voir assister à cette réunion, entre autres membres de la Société, les membres honoraires et correspondants.

M. Colin rappelle que MM. Semelaigne, Toulouse, Colin sont membres honoraires de la *Medico Psychological Association.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du secrétaire général de l'Association pour le développement des relations entre les médecins des puissances amies et alliées demandant l'adhésion de la Société médico-psychologique (renvoyé au bureau).

Une lettre du Dr Mignard, médecin directeur de l'Asile de Moisselles, qui pose sa candidature au titre de membre titulaire.

Une lettre du Dr Bussard, qui renouvelle sa candidature au même titre.

©BIUM

Une lettre du Dr Allamagny, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant (commission : MM. Dupré, Meuriot et René Charpentier).

Rapports de Candidatures

M. Revault-d'Allonnes. — Messieurs, — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Pactet, Colin et Revault-d'Allonnes de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant du Dr Julien Raynier, ancien interne des hôpitaux de Versailles, ancien interne des Asiles de la Seine (1913), médecin légiste de l'Université de Paris (1914). M. Raynier a fait, devant la Société Clinique de Médecine Mentale, en collaboration avec M. Trénel, plusieurs communications : en juillet 1913, sur les *Etats mentaux imaginatifs* de type obsédant et de type constructif, avec présentation de deux malades ; — en déc. 1913, sur une *impulsion obsédante homicide consciente chez un épileptique absinthique,* intéressante au point de vue médico-légal, car dans le cas où une semblable impulsion consciente avouée serait suivie de passage à l'acte, il pourrait être très difficile de faire accepter par un tribunal l'irresponsabilité ; — en avril 1914, sur *un fils de paralytique général,* physiquement et psychiquement dégénéré.

Il a publié, en juillet 1914, dans *La pratique médico-légale,* trois cas de *Vente de revolvers à des aliénés* et montré l'insuffisance de notre législation sur ce point.

Sa thèse, janvier 1915, est une *contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée française* au cours de l'année 1914, sous forme de notes statistiques et cliniques concernant des états dépressifs et mélancoliques chez des militaires placés à l'Asile de Ville-juif.

Vous avez entendu, en janvier 1920, la communication qu'il a faite ici-même, en collaboration avec M. Vian, sur les *Anormaux constitutionnels criminels et délinquants.*

En février 1920, dans *l'Encéphale,* il a étudié un cas

curieux d'accès aigu d'alcoolisme, terminé par la guérison, et qui présenta transitoirement le tableau d'une psychose de Korsakoff, avec lymphocytose et albuminose rachidiennes, la réaction de Bordet-W. étant demeurée constamment négative.

C'est avec succès que M. Raynier a pris part au concours pour l'adjuvat des asiles ; il exerce actuellement, au Ministère de l'Intérieur, les fonctions d'inspecteur des services administratifs. Plusieurs d'entre vous, en particulier M. Pactet, l'ont eu pour collaborateur, et ont pu apprécier son savoir, une intelligence toujours en éveil, de belles qualités professionnelles. Votre Commission vous propose d'accueillir sa demande favorablement.

M. Raynier est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages exprimés.

M. Simon. — Messieurs, vous avez désigné à la dernière séance une commission composée de MM. Charpentier, Juquelier et Simon pour vous fournir un rapport sur la candidature de M. le Dr Vermeylen comme membre associé étranger. Médecin auxiliaire pendant la guerre dans les armes combattantes, notre collègue a obtenu deux citations à l'ordre du jour de l'armée, la croix de guerre et la médaille de l'Yser. Quant à sa carrière psychiâtrique, après un stage à l'asile dépôt de l'hôpital St-Jean à Bruxelles, M. le Dr Vermeylen l'a continuée à la maison de santé privée du Fort Jaco auprès de M. le professeur Ley. Il est depuis avril 1920 médecin à la colonie d'aliénés que l'Etat belge entretient à Gheel.

Membre de la Société de médecine mentale de Belgique, de la Société de neurologie et de psychologie, M. le Dr Vermeylen est l'auteur de plusieurs travaux : communication à la Société de neurologie de Bruxelles sur la psychose hallucinatoire chronique et le psychodynamisme morbide ; rapport au congrès jubilaire de médecine mentale (en collaboration avec M. le Dr Décroly) sur la séméiologie psychologique de l'affectivité; communications (avec l'un de nous) à la Société clini-

©BIUM

que de médecine mentale sur le développement physique d'enfants normaux et anormaux. M. Vermeylen a été également chargé à Bruxelles de conférences cliniques aux étudiants en psychologie et en psychiâtrie. Nous ne croyons pas enfin être indiscret en ajoutant qu'il travaille actuellement à une thèse dont on peut espérer de nouveaux progrès tout à la fois en clinique et en psychologie expérimentale. Nul doute par conséquent que notre Société trouve en M. Vermeylen un membre associé particulièrement actif, et votre commission, en dehors même des raisons de sentiment qui ne peuvent que contribuer à vouloir toujours plus étroites les relations entre nos deux pays, émet par suite relativement à la candidature de M. Vermeylen l'avis le plus favorable.

M. VERMEYLEN est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages exprimés.

Sur la proposition du bureau, la commission d'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire est composée de MM. Arnaud, Chaslin, Leroy, Mallet et Truelle.

Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale ?

Par M. Th. SIMON

Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale ? Tous les auteurs n'abordent pas cette question. Quelques-uns ne la posent même point. D'autres y répondent de la façon assez simple que voici : la débilité, disent-ils, est chose toute relative ; on rencontrerait toutes les transitions jusqu'au génie. Et sans doute y a-t-il là un genre de définition qui rend aisé à porter un diagnostic de débilité. Aussi bien est-ce un des diagnostics qui viennent le plus souvent dans nos certificats.

Un progrès est certainement fait sur les positions

©BIUM

précédentes par les auteurs qui essaient de fixer la limite de la débilité en fonction de la vie sociale. C'est à quoi s'efforce par exemple Tredgold au début du volume qu'il a consacré à la déficience mentale. Il aboutit à cette définition que la débilité est l'inaptitude à assurer son existence en dehors de toute aide extérieure, lorsque cette inaptitude est d'origine psychologique. Et en fait, dans la pratique, cette formule représente un critérium auquel nous avons couramment recours. Une partie classique de l'interrogatoire d'un sujet suspect de débilité mentale consiste à se renseigner comment il a vécu jusqu'au jour où nous sommes mis en sa présence : n'a-t-il notamment jamais quitté sa famille ? N'est-il amené qu'à l'occasion de la disparition de celle-ci ? Dans la constance de cette tutelle, dans l'impossibilité pour le sujet de s'en passer, nous trouvons une présomption de l'insuffisance de son niveau intellectuel.

On est donc d'abord satisfait par une définition comme celle que je viens de citer. Puis, lorsqu'on s'y arrête, on aperçoit des difficultés. Que les conditions d'adaptation soient variables selon les milieux, selon la situation sociale des personnes... Tredgold tente de parer cette objection : il distingue des activités nécessaires et des activités de luxe, il trahit de l'embarras. Et l'on se rend compte que cette formule « assurer sa vie » est bien plus vague qu'elle n'apparaissait d'abord. D'autre part les mots qui la complètent : « sans besoin d'une aide extérieure » nous font nous interroger si nous-mêmes échappons à cette condition. Or on n'aime pas beaucoup une définition de la débilité qui risque de nous impliquer. Bref le fil conducteur que nous croyions tenir nous casse entre les doigts dès que nous le pressons un peu.

Je verrais surtout à une formule telle que celle de Tredgold deux objections principales : 1° elle satisfait d'autant moins que, dans cette inadaptation qu'elle érige en critère, nos esprits sont plus habitués à voir une conséquence de débilité que la débilité elle-même, en sorte que la définition que je viens de dire nous

©BIUM

paraît indirecte, et que nous éprouvons le besoin d'y voir substituer une appréciation des moyens intellectuels dont dispose l'inadapté. Nous préférerions qu'on nous précisât cet arrêt de développement, cette condition psychologique qui, nous dit-on, commande l'inadaptation.

Et, 2e objection, cette inadaptation complète, je veux dire telle qu'elle est incompatible avec les exigences de la vie d'aujourd'hui, cette inadaptation telle qu'elle exige l'internement, est-il si légitime de la considérer comme la limite de la débilité mentale ? N'en représente-t-il pas plutôt un degré déjà prononcé ? La vie ne peut-elle s'accommoder d'intelligences que nous trouverons simples, bien qu'un peu plus élevées que ne le suppose l'incapacité de vivre libre — intelligences qu'on serait donc autorisé à nommer déficientes ?

Nous pouvons, jusqu'à un certain point, mesurer l'intelligence d'un individu. Des méthodes, que je n'ai pas besoin de rappeler, ont été proposées pour cela, et notamment pour apprécier l'intelligence des enfants. Ces procédés seraient-ils susceptibles de nous donner une solution aux questions que j'ai posées plus haut, voilà précisément ce que je voudrais examiner devant vous.

I

1er problème : *A quel niveau d'intelligence correspond l'inadaptation* à laquelle j'ai fait tout à l'heure allusion ?

Ce problème est relativement aisé, et je serai, sur lui, assez bref. Deux ordres de faits peuvent contribuer à nous faire une opinion : 1° le niveau intellectuel des débiles internés seulement pour cause de débilité ; 2° celui des déments simples que seul aussi leur affaiblissement fait placer. Et peut-être pourrait-on trouver même quelques indications dans le niveau des malades délirants.

Si l'on examine les sujets arriérés d'un établissement comme les nôtres, surtout en province, où la population est stable, on en reconnaît aisément trois groupes : les

©BIUM

uns ont été placés très jeunes, ce sont le plus souvent des idiots dont l'inadaptation a frappé de très bonne heure ; elle porte quelquefois sur les fonctions les plus élémentaires : l'enfant ne peut suffire presque à aucun de ses besoins, on doit l'habiller, le conduire, il arrive qu'on ne peut lui donner qu'une alimentation liquide... D'autres arriérés ont été placés un peu plus tard : ce n'est guère que l'école qui les fait reconnaître et elle les élimine plus ou moins vite. Ces sujets sont des imbéciles, dont l'intelligence correspond à peu près à celle d'enfants de 2 à 7, tout au moins quant aux résultats immédiats. Un troisième groupe enfin n'entre à l'asile que plus tard encore : on savait bien sans doute depuis quelques années, que ces derniers sujets avaient la tête dure, toutefois l'expérience de la vie, un essai a pu être fait, et a dû l'être, pour démontrer aux yeux de tous, et surtout à ceux de leur famille, leur incapacité « à une occupation suivie ou à un travail régulier » comme nous disons dans notre langage administratif. Ces sujets correspondent donc bien à ce que nous cherchons, et ce qui nous intéresse c'est le niveau le plus élevé qu'il nous est donné de rencontrer dans ces conditions.

J'ai revu mes notes, malades de Ste-Anne ou malades de St-Yon ; je trouve toujours un niveau analogue qui est au voisinage de 9 ans. De ces sujets, le plus grand nombre ont des niveaux inférieurs à celui-ci. Beaucoup de nos ménagères d'asiles, beaucoup de ces filles que nous voyons frotter les parquets ou laver les carrelages, porter le linge, etc., n'ont que 7 à 8 ans. Et puis, exceptionnellement, quelques-unes s'élèvent jusqu'à 9, mais 9 ans c'est le plus haut degré d'intelligence que nous trouvons chez ce type de malades.

Je puis apporter un nouveau document qui confirme cette affirmation. La colonie de Vaucluse a conservé depuis quelques années nombre de sujets qui sont hors d'état d'être rendus à la vie extérieure et qu'elle aurait, en temps normal, déversés dans des services d'adultes. Sur 150 enfants que contenait la colonie de Vaucluse

©BIUM

à mon entrée dans le service le 15 août dernier, une cinquantaine avaient ainsi de 20 à 30 ans. Eh bien, quels sont les niveaux d'intelligence de ces sujets ?

16 ont de 2 à 5 ans inclus ;
13 ont de 5 à 7 ;
14 ont de 7 à 9.
4 seulement ont de 9 à 10.
4 de 10 à 12 ;
1 seul de 12 à 15.

Dès que l'intelligence est supérieure à celle d'enfants de 9 ans, le nombre des sujets qui restent internés pour cause de débilité décroît donc sensiblement. Et même probablement décroît-il plus que nos chiffres ne l'indiquent, car, bien entendu, ces grands jeunes gens qui ont eu la faveur de rester à la colonie et de ne pas être encore dans des services d'adultes, sont parmi les meilleurs que la colonie pouvait contenir.

Trouverait-on que le nombre des sujets qui ont une intelligence supérieure à celle de 9 ans n'autorise guère à fixer à ce niveau d'intelligence la limite de l'internement, je répondrai qu'on ne peut guère s'attendre en pareille matière à une démarcation absolue. Et, d'autre part, pour les sujets qui ont dépassé une intelligence de 9 ans on a l'impression qu'un rien suffirait pour qu'ils vivent au dehors : leur utilisation dans l'établissement même autorise à penser qu'une condition favorable serait aisée à trouver pour eux, si d'autres troubles que leur insuffisance, tels que des troubles de caractère, ne venaient pas l'aggraver. J'ajouterais enfin que la mesure de l'intelligence, quelque bien qu'on dise de l'instrument, n'est pas un procédé de mensuration qui ne comporte pas d'erreur et que j'ai bien pu parfois être trop indulgent.

Deuxième ordre de faits, les déments. Avec les malades des asiles, délirants ou organiques, on rencontre bien des difficultés à mesurer leur intelligence. Ce n'est pas habituellement son seul abaissement qui les fait interner, ce sont bien plutôt leurs humeurs et des réactions qui n'ont rien à voir avec l'intelligence propre-

©BIUM

ment dite. C'est la confusion d'un ictus qui amène le circonscrit, c'est une excitation passagère qui fait placer un paranoïde. Quelques paralytiques généraux simples, sans délire ni agitation, sont peut-être les seuls chez qui on puisse incriminer le seul degré de leur déchéance comme cause de placement. J'ai pris bien des niveaux de paralytiques généraux. Ils sont un peu variables, comme sont variables chez eux les troubles de la parole. Ils sont aussi, assez souvent, modifiés par les états d'obtusion qui recouvrent la démence proprement dite. Quoi qu'il en soit, à son entrée, quand le paralytique ne présente que des signes d'affaiblissement, quand il paraît vraiment n'entrer que pour cette raison, on trouve déjà que très souvent son intelligence ne dépasse plus et n'atteint même qu'exceptionnellement un niveau de 9 ans. C'est le même niveau que tout à l'heure pour nos débiles et il y a là une première coïncidence assez frappante. L'individu qui était normal n'est plus apte à vivre au dehors quand la maladie l'a réduit au degré qui en rend le débile incapable.

Chose curieuse, chez les aliénés, dont on n'atteint pas directement l'intelligence parce que leur attitude ne s'y prête pas, très souvent cependant on les trouve capables d'épreuves basses mais incapables des épreuves de 9 ans. Des alcooliques convalescents, des maniaques dépressifs en rémission, des paranoïdes au début de leur affection et des systématisés sont les seuls malades chez qui nous ayions relevé d'une façon assez fréquente des niveaux supérieurs à 10 ans. En présence des autres cas deux questions pourraient être étudiées : 1° l'aliénation (la paralysie générale exceptée) ne survient-elle pas de préférence chez des individus peu intelligents ; 2° ou bien est-ce que l'aliénation dans la plupart des circonstances ne comporterait l'internement que lorsqu'elle est assez intense pour troubler l'individu jusqu'à l'abaisser en fonctionnement au point qu'il ne se comporte plus que comme un enfant de moins de 9 ans ?

Laissons ces questions en suspens. Il semble du

©BIUM

moins que nous ayons fixé déjà un premier point, à savoir le niveau d'intelligence qui correspond à la définition de Tredgold, l'insuffisance psychologique qui n'est guère compatible avec la vie normale dans les conditions actuelles de la société, tout au moins le point frontière où de minimes raisons accessoires feront qu'on pourra continuer de vivre au dehors ou qu'on devra chercher asile : ce serait une intelligence inférieure à celle de 9 ans.

II

2e problème. Allons-nous arrêter là le domaine de la débilité ? et, si nous l'étendons, jusqu'où devons-nous l'étendre ?

Admettons qu'une intelligence de moins de 9 ans soit incompatible avec notre vie d'aujourd'hui, tout de même, allez-vous me dire, les sujets qui s'adaptent mal, qu'allons-nous en faire ? J'y arrive à présent.

De ceux-ci nous savons déjà qu'ils ont au moins 9 ans d'intelligence. Ils ont même un peu plus. Et c'est bien ce chiffre qui paraît choquant pour considérer, sans plus ample informé, de pareils sujets comme normaux. Une intelligence de 9 ans cela paraît terriblement bas... Sans doute, si vraiment à 40 ou 50 ou, plus simplement, à sa majorité, on présente une intelligence notablement supérieure. Seulement est-ce le cas ?

Il vaut la peine de s'en assurer, et cela n'est malheureusement pas commode car les adultes ne se prêtent guère, chez nous surtout, à des examens de leurs facultés intellectuelles. J'ai pu cependant faire subir de tels examens à un certain nombre d'adultes, et les Américains, comme vous savez, en ont pratiqué beaucoup plus ; il est seulement dommage que la comparaison de leurs résultats avec les nôtres soit rendue malaisée par quelques différences de technique et je ne pourrai qu'indiquer en gros les correspondances.

Les documents personnels dont je ferai d'abord état ici sont de deux sortes. Les uns sont le résultat *d'examens individuels*. Les sujets ont été interrogés dans le tête-à-tête. Ces documents concernent principale-

ment des militaires et notamment des recrues, par conséquent surtout, mais non pourtant d'une façon exclusive, des garçons de 20 à 21 ans. D'autres documents proviennent *d'examens collectifs* pour lesquels la méthode habituelle a subi des modifications de technique que nous n'avons pas publiées jusqu'ici, mais qui ne changent pas le fond des épreuves Ces examens collectifs ont été pratiqués dans des cours d'adultes, dans une école d'apprentissage, à l'occasion aussi de réunions d'anciens élèves, par conséquent dans des milieux assez variés. Malgré tout, si j'en retranche des cours complémentaires les jeunes gens de 13 à 18 ans, pour m'en tenir uniquement à des adultes, le nombre des personnes examinées ne dépasse guère une centaine et nous restons loin des statistiques américaines. Consolons-nous en pensant que de petits nombres permettent de voir les choses de plus près et ils semblent en tout cas suffisants, bien étudiés, pour donner une idée approximative de ce que nous cherchons aujourd'hui.

D'une manière générale, comment nos adultes se sont-ils en effet comportés avec nos épreuves dans ces diverses situations ? Il est facile de le résumer :

Niveaux de 7 à 8, un seul ;
Niveaux de 8 à 9 ans inclus, un encore ;
Niveaux de 9 ans inclus à 10 inclus, 13 ;
Niveaux de 10 à 12 inclus, 31 ;
Niveaux de 12 à 15 inclus, 7 ;
Niveaux de 15 à ce que nous avons appelé niveaux d'adultes, 20.

Ainsi 2 sujets seulement ne présentent qu'un niveau inférieur à 9 ans, ce niveau que nous avons pris tout à l'heure comme frontière, et, parmi ces sujets, se trouve notamment un jeune soldat qui est précisément dans les conditions cliniques que nous avons signalées, à savoir que jusqu'ici il n'a jamais quitté le milieu familial. Un autre est une malheureuse fille de service d'un hôpital parisien, l'analogue par conséquent de nos ménagères d'asile.

Assez exceptionnels également sont les sujets qui

©BIUM

réussissent les épreuves que notre échelle donne comme épreuves d'adultes. Il y en a cependant.

La grande masse de nos sujets se tient comme vous voyez entre 12 et 15 ans, aux environs de 13 ans 1/2 par conséquent. Les recrues que nous avons examinées étaient à vrai dire, un peu spéciales. Elles appartenaient au service de santé ; un certain nombre étaient élèves dentistes ou aide-pharmaciens. Ces recrues contribuent beaucoup à faire placer notre groupe moyen entre 12 et 15. Disons aussi en passant que les ouvriers spécialisés (je ne dis pas les manœuvres) et les employés de commerce semblent dans cette série un peu supérieurs aux cultivateurs, lesquels, il est vrai, n'étaient que des ouvriers agricoles ou charretiers et non de petits paysans exploitant pour leur compte. Nous avions trouvé déjà une différence de même ordre en opérant dans des conditions analogues sur des militaires convalescents d'oreillons. Nous serions donc inclinés à penser qu'il y a en effet plus de lourdeur dans un cas, plus de subtilité intellectuelle dans l'autre, oh, pas une très grande subtilité, vous savez, puisqu'elle se tient autour d'épreuves de 13 ans.

Dans le milieu de jeunes filles où nous avons pu faire quelques essais on peut également formuler quelques remarques quant au niveau d'intelligence qu'on rencontre dans les diverses professions. Nos chiffres sont si faibles que nous ne donnons ces renseignements qu'à titre d'indication : les modistes paraissent tenir la tête ; ensuite viennent les couturières, et immédiatement après elles, les lingères ; les blanchisseuses sont plus loin.

Les cours d'adultes, on n'en sera pas surpris, donnent des niveaux assez bas. C'est dans ces cours qu'on rencontre des niveaux de 9 à 10, de 10 ans, de 10 à 12 souvent. Dans les réunions d'anciens élèves les professions libérales atteignent ou dépassent 15 ans.

Je m'excuse de ces détails. Et, quoi qu'il en soit d'eux, je le répète, voilà donc comment se répartiraient selon nous, ou plutôt selon ces quelques recherches, les individus que nous côtoyons tous les jours : un bloc

©BIUM

entre 12 et 15, avec deux franges, de 9 à 12, et au delà de 15. Je crois bien avoir dit en conversation que c'était là, dans ce bloc dont le niveau intellectuel correspond à des épreuves de 12 à 15 ans, que se plaçait le niveau intellectuel de notre population. Et il est assez amusant de constater en passant qu'une des questions qui le fixeraient ici concerne les 3 différences qui existent entre un roi et un président de république, différences que la plupart des électeurs n'arrivent pas à formuler. Cependant, que ce soit là le niveau moyen, je ne l'écrirais pas, je n'en sais rien. Peut-être est-il plus haut ; peut-être, si l'on opérait sur un plus grand nombre de sujets, peut-être, dis-je, rencontrerait-on plus de niveaux de 15 ans que je n'en ai dans cette série. Peut-être aussi le niveau moyen est-il plus bas. Nous n'avons pas absolument besoin de le savoir aujourd'hui.

Un fait au contraire est hors de doute en examinant de près les cas constitutifs de la statistique qui précède. C'est que dans la frange de 9 à 12, il existe nettement deux groupes de sujets. De 9 à 10 des sujets peu nombreux, 13, et sujets en présence desquels on a l'impression que l'existence est pour eux malaisée. Ils rejoignent ceux que nous avons trouvés dans les asiles et dont on se demande si la place ne pourrait pas être au dehors. C'est une zone où les deux groupes sont imbriqués.

A l'inverse de ces 13 sujets, les 31 personnes qui suivent, et dont le niveau est entre 10 et 12, occupaient toutes des situations sociales bien définies, toutes exerçaient des professions qui montraient que les niveaux intellectuels correspondant à ces degrés assurent des existences indépendantes et courantes.

10 ans serait donc le niveau qui établit nettement la séparation. Le niveau de 10 ans paraît d'ailleurs important à d'autres points de vue. C'est vraiment le niveau banal à partir duquel se marque l'utilisation possible dans un métier. A la colonie de Vaucluse mes quelques rares enfants dont le niveau atteint 10 ans sont ceux dont le chef jardinier fait vraiment ses collaborateurs, et dont j'escompte la sortie. Dix ans c'est aussi à l'école

©BIUM

un niveau à partir duquel s'assimilent la plus grande masse des connaissances, un niveau à partir duquel par exemple l'enseignement de l'orthographe dépasse le pluriel des noms. C'est enfin un niveau d'intelligence auquel la débilité mentale ne se remarque pas et voici pourquoi : nous avons essayé avec des sujets de niveaux différents des questions cliniques, ces questions qu'on pose sur l'identité, sur le passé du malade, sur ses enfants, son mariage, sur le métier exercé ; eh bien, ces questions reçoivent toujours des réponses satisfaisantes dès que le sujet examiné a 10 ans d'intelligence. S'il est au-dessous, obtenir ces renseignements devient plus pénible. 10 ans en somme, c'est l'âge des conversations banales.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de remarquer qu'aussi bien c'est par ces questions que nous jugeons cliniquement du niveau d'un individu, débilité ou affaiblissement. Les procédés de laboratoire rejoignent donc ici une fois de plus ce que l'art médical avait pressenti. Seulement si ces procédés confirment l'expérience des cliniciens, ils en précisent les résultats ; ils donnent une meilleure certitude ; ils font ressortir également qu'une conversation peut être insuffisante, parce que trop aisée, à déceler des affaiblissements légers.

A tout ce faisceau de faits j'ajouterai enfin ce qui suit. Quand nous parlons d'intelligences de 10, 12 et 15 ans, bien que nous ayons indiqué la valeur de ces repères et le sens que nous leur donnions, nous sommes un peu victimes de ces derniers chiffres. Quand nous avons établi nos tests de 15 ans, comme ce n'est plus là un âge scolaire primaire, les sujets qui nous ont servi représentaient un choix. Et semblablement pour nos tests d'adultes. Il faut donc voir dans les étiquettes qui les sérient une indication de leur hiérarchie et une façon de la désigner plutôt qu'une correspondance avec une évolution moyenne de l'intelligence au cours des années.

Les Américains ont reconnu, dès leurs premiers essais, que nos épreuves de 12 à 15 ans étaient soi-disant trop difficiles. En sorte qu'ils les ont reportées à des

©BIUM

âges ultérieurs. Terman qui a donné une des meilleures modifications de notre échelle, place par exemple à 18 ans telle épreuve que nous mettons à 15. En tenant compte de ces faits on s'aperçoit d'une chose, c'est que le niveau moyen de la population serait en Amérique à peu près comme le nôtre fixé par ces épreuves que nous disons de 12 à 15 ; et 9 ans serait de même une zone frontière plus compatible avec l'internement qu'avec la vie au dehors. Seulement nous croyons bien, d'après ce que nous avons lu, et d'après des conversations avec quelques psychologistes américains, que l'attribution des épreuves à 15 ou 18 ans n'est guère moins arbitraire que la nôtre. Et personnellement j'ai tendance à penser qu'il serait plus légitime d'admettre des degrés d'intelligence supérieurs à 10 ans et auxquels on arriverait en général entre 15 à 18 ; mais sans que nous sachions encore avec exactitude auquel de ces âges il est le plus commun de les voir atteindre — de même que certains sujets ont dès 15 ans leur taille définitive, tandis que d'autres ne l'acquièrent qu'un peu plus tard.

Afin de fixer ce qui peut rester d'obscur dans ces considérations, je résumerai donc tout ce qui précède dans les propositions suivantes :

1° *Arrêter le domaine de la débilité mentale au développement d'intelligence correspondant à celui qui est indiqué par nos épreuves de 10 ans incluses ;*

2° Fixer dans celle-ci deux degrés : une débilité profonde, débilité mentale proprement dite, débilité mentale tout court, et une débilité mentale légère.

La première *débilité mentale proprement dite* comprendrait tous les sujets dont le développement intellectuel s'étendrait *depuis la frontière que nous avons indiquée pour l'imbécillité ou 7 ans sans atteindre à 9.* Le terme débilité prendrait pour ces sujets un sens bien défini car il désignerait décidément une classe de sujets hors d'état de vivre au dehors, sauf à la faveur de conditions exceptionnelles.

La *débilité mentale légère* viendrait immédiatement en bordure de l'état précédent. *Nous réserverions cette*

©BIUM

étiquette à tous les sujets dont le niveau correspondrait à celui que confèrent nos épreuves de 9 ans inclus à 10 ans.

3° *A partir de 10 ans commencerait ce que nous appellerions l'intelligence normale,* et nous substituerions d'autres appellations aux indications d'âge sous lesquelles nos épreuves se trouvent groupées. Au lieu d'employer les termes, épreuves de 15 ans, épreuves d'adultes, qui, nous l'avons vu, prêtent à confusion, nous dirions plutôt aujourd'hui :

1er niveau normal, pour les *intelligences qui résolvent les problèmes portés dans notre échelle comme étant de 10 ans ;* ou qui plus exactement se tiennent entre 10 et 12 ans selon nos conventions habituelles ;

Niveau moyen pour les *intelligences qui résolvent les épreuves de 12 à 15,* et dont le niveau, selon nos conventions se place entre ces âges ; puis *niveau supérieur* et ainsi de suite.

Ajoutons que ces propositions ne concernent qu'un problème de délimitation. Outre le niveau qui la détermine la mentalité du débile présente-t-elle des modalités propres ? Ces diverses limites de développement que nous venons d'énumérer correspondent-elles d'autre part à des conditions pathologiques ? Est-ce notamment des situations pathologiques qui ne permettront parfois que le développement normal le plus bas à des enfants dont les parents avaient un niveau d'élite ? Nous avons laissé volontairement de côté ces aspects de la question. Nous ne nous sommes proposés que d'arrêter, en la justifiant par un certain nombre d'observations, une convention qui borne la débilité et qui puisse contribuer à donner à notre langue nosologique un peu de cette précision dont elle a tant besoin.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Simon et la codification de notions très vagues que nous avons sur les frontières de la débilité mentale. Evidemment, tout cela est un peu arithmétique, mais en statistique, il n'en peut être

©BIUM

autrement. Quand on voit les résultats auxquels est arrivé M. Simon avec sa grande compétence et son labeur incessant, seul et en collaboration avec Binet, on peut considérer ce qu'il nous apporte comme définitif.

La limite supérieure qu'il indique correspond tout à fait à ce que l'on entend pratiquement sous le nom de débilité mentale. C'est évidemment une limite bien basse. D'autre part, le test qui demande de distinguer la différence qu'il y a entre un roi et un président de la République est peut-être un peu sévère, car il suppose un certain nombre de notions que beaucoup de gens n'ont pas.

Et l'intelligence est faite d'une foule de facteurs : initiative, volonté, caractère, besoin d'arriver, dont le test n'est pas juge. De même pour l'immense domaine de l'affectivité, du sentiment ; il y a là des éléments de réussite dans la vie.

Cela n'empêche pas que l'œuvre de MM. Binet et Simon, continuée par M. Simon, est une contribution très importante à l'œuvre psychiâtrique. Ainsi que le disait Lasègue, il faut juger les gens sur leurs œuvres et, faisant abstraction de leur personnalité, voir ce qui manquerait si leur œuvre n'avait pas existé. On voit ce qui manquerait à la psychiâtrie si on en supprimait les beaux travaux de MM. Binet et Simon.

M. Toulouse. — Je désire souligner l'intérêt que présente cette contribution expérimentale à un problème clinique.

L'emploi des chiffres joue ici le même rôle que dans tous les cas où la statistique intervient, par exemple dans le relevé des facteurs étiologiques. Il est certain qu'ils n'ont toute valeur que lorsque le nombre de cas est suffisamment grand.

Il ne faut pas davantage attacher encore une signification absolue aux âges mentaux, qui d'ailleurs ne correspondent pas — comme l'a fait remarquer M. Simon — aux échelles en usage en Amérique.

Ce qui doit retenir l'attention de tous les cliniciens c'est surtout la tendance à remplacer de simples impressions cliniques par un certain nombre de caractè-

©BIUM

res précis et choisis. En groupant les débiles mentaux selon leur comportement dans des expériences hiérarchisées, on substitue à des classements surtout verbaux des définitions concrètes, dont l'appellation (9 ans, 10 ans, etc...) importe peu pour le moment.

Je relèverai une cause d'erreur possible dans les expériences de ce genre, comme d'ailleurs dans tout examen clinique. C'est cette difficulté, que nous avons longuement expliquée ici-même avec MM. Juquelier et Mignard, de faire la distinction entre les simples états de confusion et les états permanents de faiblesse intellectuelle. Nous voyons tous les jours des séniles et même des paralytiques généraux auxquels leur état de confusion pourrait faire donner un indice démentiel élevé, mais chez lesquels ces phénomènes confusionnels disparaissent peu de temps après le premier examen.

Il est d'autre part bon de noter que l'internement est souvent provoqué par des actes antisociaux qui ne permettent pas de caractériser la débilité mentale. L'internement ne saurait donc suffire à établir le degré de débilité mentale.

Je ne peux examiner plus à fond cette communication qu'il me serait nécessaire de lire dans le texte. Mais, je le répète, ces tendances doivent recevoir l'approbation de tous les psychiâtres qui désirent fonder la clinique sur des techniques plus précises.

M. Simon. — Je désire remercier M. Dupré de ses aimables paroles et M. Toulouse de son intervention. Cette méthode, en effet, ne concerne que l'appréciation de la débilité intellectuelle, et non de la débilité mentale qui comporte d'autres facteurs tels que le caractère.

C'est toujours, en effet, ainsi que le dit M. Toulouse, avec des réserves, qu'il faut apprécier le niveau intellectuel des paralytiques généraux à cause de l'état d'obtusion, de confusion, variable et surajouté. La même remarque s'applique aux déments séniles.

Enfin, il va de soi que d'autres réactions que celles tenant au niveau intellectuel commandent l'internement.

©BIUM

Le tréponème pâle est-il l'agent causal de la Paralysie générale ?

par L. MARCHAND

Il y aura bientôt 50 ans que Fournier distinguait deux sortes d'accidents syphilitiques : ceux qui guérissent sous l'influence du traitement spécifique ; ceux qui résistent à ce traitement et qu'il désignait sous le nom de « parasyphilitiques ».

Depuis cette époque, des progrès remarquables ont été accomplis : la découverte du spirochète pâle, agent de la syphilis et de la parasyphilis ; la réaction de Bordet-Wassermann, le traitement par le novarsénobenzol.

Puisque le même germe était cause des accidents syphilitiques et parasyphilitiques, puisque l'on possédait une arme nouvelle et puissante contre ce virus, les plus grands espoirs thérapeutiques ont été conçus ; malheureusement ils ne se sont pas réalisés. Les remarques de Fournier restent aujourd'hui les mêmes.

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer l'inefficacité du traitement dans la parasyphilis (1) ; nous ne résumerons ici que celles qui ont trait à la paralysie générale, affection qui intéresse particulièrement les membres de la Société.

D'après M. Sicard, l'inefficacité du traitement spécifique provient de la localisation primitive du tréponème au sein du parenchyme nerveux où il acquiert des propriétés spéciales. Le tréponème arrive au cerveau par la voie vasculaire, traverse les parois des vaisseaux, se fixe à l'intérieur même du parenchyme nerveux, y reste latent pendant un temps prolongé. Là, il se trouve « au contact d'une constitution chimique particulière » (lécithines, graisses phosphorées, lipoïdes) et acquiert des caractères nouveaux de résistance au traitement antispirillaire.

Les interprétations de MM. de Massary et Ravaut dif-

(1) *Revue Neurologique*, n° 7, 1920, p. 612.

©BIUM

fèrent complètement. La syphilis, dit M. de Massary, quand elle frappe les tissus de provenance épithéliale, ces tissus irremplaçables, les éléments hautement différenciés du système nerveux, c'est-à-dire les cellules psychiques, ne peuvent que dégénérer et leur dégénérescence est irrémédiable ; c'est pourquoi le traitement est inefficace.

Pour M. Ravaut, ce n'est pas parce que les lésions de la paralysie générale sont d'emblée parenchymateuses qu'elles résistent à la thérapeutique « mais parce que nous la diagnostiquons trop tard à un moment où les lésions anatomiques sont déjà constituées, où des cellules indispensables à certaines fonctions sont détruites et incapables de se reconstituer » et il ajoute : « même si nous avions le médicament qui détruise à coup sûr tous les spirochètes, il serait impuissant vu la désorganisation des cellules et des tissus. »

Avec la nouvelle conception de MM. A. Marie et Levaditi qui admettent que le tréponème isolé par eux chez les paralytiques généraux n'est pas biologiquement le même que celui retiré des chancres et des plaques muqueuses de la syphilis habituelle, on pouvait penser que l'échec du traitement spécifique provenait du fait que la souche tréponémique neurotrope est plus arséno résistante que la variété dermotrope. Mais pour ces expérimentateurs, la vérité est tout autre. Chaque tissu transforme les médicaments arsénicaux suivant sa propre constitution chimique et son rôle physiologique. Le cerveau élabore les dérivés arsénicaux autrement et moins bien que les autres organes. « Voilà pourquoi, ajoutent-ils, l'injection intraveineuse de novarsénobenzol influence plus favorablement l'infection spirochétienne générale que celle qui intéresse spécialement les centres nerveux. »

Comme dernière hypothèse, je citerai celle de Mott qui, en remarquant les nombreux points de ressemblance histologique entre la maladie du sommeil et la paralysie générale, avait pu prévoir que l'arsenic ne guérirait pas la paralysie générale. Les plexus choroïdes, qui sécrètent le liquide céphalo-rachidien, ne laissent pas passer l'arsenic du sang dans le liquide. C'est

pourquoi le traitement arsenical n'a aucune action sur les tréponèmes du cerveau et du liquide céphalo-rachidien.

Ces divers arguments sont en contradiction avec les données de la clinique et de l'atanomie pathologique. Les auteurs qui admettent que le tréponème va se fixer primitivement au sein du tissu nerveux et font de la paralysie générale une encéphalite parenchymateuse, se trouvent très embarrassés pour expliquer les lésions méningées. Pour M. Sicard, la méningite chronique est secondaire et tardive ; le spirochète se propage secondairement au tissu pie-mérien. Or les faits cliniques montrent que la méningite préexiste aux premiers symptômes de la paralysie générale (Ravaut). Soupçonne-t-on seulement la paralysie générale chez un sujet ? S'il s'agit vraiment de cette affection, nous trouvons de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, signature de la méningite. De plus, les rémissions souvent remarquables que l'on observe au cours de la paralysie générale indiquent suffisamment que, au début de la maladie tout au moins, les éléments psychiques ne sont pas touchés profondément. Si l'on pouvait alors arrêter la marche de l'affection, on pourrait parler de guérison. Les constatations anatomo-pathologiques, parfaitement d'accord avec la clinique, montrent avec netteté que les lésions de la paralysie générale portent primitivement sur le tissu conjonctif méningé et sur le tissu conjonctivo-vasculaire. J'ai pu examiner les cerveaux de sujets chez qui le diagnostic de paralysie générale était incertain à cause du peu de netteté des symptômes, j'ai trouvé chaque fois des lésions méningées et périvasculaires très nettes sans altérations accusées des cellules nerveuses.

L'hypothèse de l'arséno-résistance du tréponème, acquise par suite de son habitat dans le parenchyme nerveux est d'ailleurs peu admissible. Il en est de même de celle de MM. Marie et Levaditi. Pourquoi le tréponème résisterait-il au traitement quand il s'agit de paralysie générale et pourquoi ne résisterait-il pas quand il s'agit de gomme développée au sein du parenchyme nerveux. Dans les deux cas, le tréponème est en contact avec le même tissu, la même constitution

©BIUM

chimique et il devrait présenter les mêmes caractères de résistance et de vulnérabilité ; dans les deux cas, le tissu cérébral élabore de la même façon les produits arsénicaux. J'ajouterai même que, si l'on considère la charpente vasculaire de l'écorce cérébrale, il n'est pas d'organe pourvu d'un lacis de capillaires aussi serré permettant une diffusion aussi rapide et aussi généralisée de l'agent thérapeuthique, par conséquent mieux organisé pour lutter contre l'invasion des spirochètes.

L'hypothèse de Mott ne nous satisfait pas davantage. Si les plexus choroïdes ne laissent pas passer l'arsenic du sang dans le liquide céphalo-rachidien, l'arsenic ne pénètre pas moins dans le cerveau et les méninges par les capillaires. D'ailleurs le traitement agit très bien quand il s'agit de gomme cérébrale ou méningée malgré la barrière opposée par les plexus choroïdes au passage de l'arsenic dans le liquide cérébro-spinal.

Le grand nombre d'hypothèses formées pour expliquer l'échec du traitement spécifique dans la paralysie générale montre qu'aucune explication n'est satisfaisante. La première question que l'on doit s'attacher à résoudre est la suivante : doit-on attribuer les lésions de la paralysie générale au tréponéma pallidum ? Trouve-t-on constamment ce microbe dans les cerveaux des paralytiques généraux ?

Sa fréquence varie suivant les méthodes employées pour le découvrir. Sur coupes ou sur frottis, Noguchi (1) le trouve 12 fois sur 70 cas soit dans 17 0/0 des cas. Marinesco et Minéa (2) une fois sur 26 cas soit dans 4 0/0 des cas. A. Marie, Levaditi et Bankowski (3) 2 fois sur 24 cas, soit dans 8 0/0 des cas. Dans une autre statistique (4) ces derniers auteurs le trouvent 3 fois sur 30 cas soit dans 10 0/0 des cas.

---

(1) H. Noguchi. — *Découverte du tréponème pâle dans le cerveau des paralytiques généraux.* C. R. *Soc. Biol.*, 15 février 1913.

(2) G. Marinesco et J. Minéa. — *Présence du tréponéma pallidum dans la paralysie générale. Réunion Biol.* de Bucarest, 3 avril 1913

(3) A. Marie, C. Levaditi et Bankowski. — *Présence du tréponéma pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux.* C. R. *Soc. Biol.*, 25 avril 1913.

(4) A. Marie, C. Levaditi et J. Bankowski. — *Soc. clin. de Méd. ment.*, avril 1913.

©BIUM

Si on procède à sa recherche par ponction du cerveau et examen à l'ultramicroscope, on note sa présence plus souvent. Bériel et Durand (1) le rencontrent 2 fois sur trois, soit dans 66 0/0 des cas ; Forster (2) 14 fois sur 37, soit dans 37 0/0 des cas ; Forster et Tonascezwski (3) 27 fois sur 61 cas, soit dans 44 0/0 des cas ; Bériel (4) dans 30 à 40 0/0 ; Intosh et Fildes, 6 fois sur 7 soit dans 85 0/0 des cas (5) ; Marie, Levaditi et Bankowski (6) 8 fois sur 8 cas, soit dans 100 0/0 des cas.

On peut résumer ainsi ces diverses statistiques. Si on recherche le spirochète sur coupes ou sur frottis, on ne le trouve en moyenne que dans 9,7 0/0 des cas ; si on procède par examen à l'ultramicroscope après ponction cérébrale, on le trouve dans 62 0/0 des cas.

Dès que Noguchi eut fait connaître sa découverte, j'ai cherché sur coupes par la méthode de Levaditi le tréponème dans les cerveaux de douze paralytiques généraux. Je ne l'ai trouvé que dans un cas, non dans le cerveau mais dans la pie-mère ; il s'agissait d'une forme de paralysie générale avec méningite gommeuse. Cette constatation me fut particulièrement précieuse car dans ce cas les pièces avaient subi même fixation, avaient été soumises aux mêmes réactifs et je ne pouvais attribuer à une faute de technique l'absence du tréponème dans le cerveau. J'ai pu d'ailleurs vérifier ma technique d'une autre façon.

---

(1) BÉRIEL et DURAND. — *Démonstration sur le vivant de la présence du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Soc. méd., des Hôp. de Lyon*, 11 novembre 1913.

(2) E. FORSTER. — *Spirochètes dans la paralysie générale. Arch. f. Psych*,, t. III, f. 2, p. 738, 1914.

(3) E. FORSTER et TONASCEZWSKI. — *Deutsch. Mediz. Wocherschrift*, 2 avril 1914, p. 694.

(4) L. BÉRIEL. — *Les données récentes sur la paralysie générale et la recherche d'une thérapeutique. Lyon Méd.*, 4 janvier et 11 janvier 1914.

(5) S. M. INTOSH et P. FILDES. — *L'existence du spirochète pâle dans l'encéphalite parenchymateuse chronique (paralysie générale)*, Brain, Vol. XXXVII, f. 3 et 4, mars 1915, p. 401.

(6) A. MARIE, C. LEVADITI et J. BANKOWSKI. — *Le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Ann. de l'Institut Pasteur*. Juillet 1913, p. 577.

©BIUM

Je me suis procuré un morceau de chancre syphilitique que j'ai fixé à l'alcool. J'ai fixé de la même manière plusieurs morceaux d'un cerveau de femme paralytique générale. J'ai soumis les pièces aux mêmes réactifs. J'ai pu ainsi mettre en évidence les spirochètes dans le chancre syphilitique ; je n'ai pu en découvrir dans le cerveau de la paralytique générale. Ces recherches avaient été faites avant la guerre. Depuis j'ai examiné à l'ultramicroscope les cerveaux de deux paralytiques générales. N'osant, comme la plupart des auteurs rechercher le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux durant leur vie, mais désirant me mettre dans les meilleures conditions d'examen, j'ai procédé ainsi. Une heure après la mort, j'ai pratiqué une trépanation au niveau des régions motrices, j'ai ponctionné l'écorce cérébrale avec une pipette et j'ai examiné aussitôt les parcelles ainsi retirées en les délayant dans le liquide céphalo-rachidien du sujet. Dans ces deux cas, je n'ai pu découvrir de spirochètes. Cependant l'une des deux malades était morte à la suite de crises épileptiformes au cours desquelles on tend à admettre que les spirochètes pullulent dans l'écorce cérébrale.

J'ai exposé ces résultats personnels pour montrer combien il peut être difficile de mettre en évidence le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux et combien sa constatation est loin d'être constante. Les recherches de deux autres auteurs, Catola (1) et Stanziale (2), ont également abouti à un résultat négatif malgré l'examen de nombreuses coupes.

La localisation spéciale du tréponème dans l'écorce cérébrale mérite aussi quelques réflexions. Tous les auteurs qui l'ont rencontré sur coupes s'accordent pour le localiser dans la substance grise corticale, dans toutes les couches, souvent accolé aux cellules nerveuses.

---

(1) G. Catola. — *A propos de la pathogénie de la paralysie générale et du spirochète pâle de Schaudinn-Hauffmann. Riv. di Path. nerv. e ment.*, an XI, f. 5, p. 218, mai 1906.

(2) R. Stanziale. — *Recherche du tréponème pâle dans la paralysie générale. Ann. di Neurologia*, an XXVI, f. 5-6, p. 273, 1908.

©BIUM

On n'a jamais pu le mettre en évidence dans le liquide céphalo-rachidien, dans la pie-mère, dans les parois vasculaires. Marinesco et Minéa (1) l'ont trouvé une fois dans les méninges ; il s'agissait, comme dans le cas personnel que je citais plus haut, d'une association de méningite syphilitique et de paralysie générale.

Ainsi. fait extraordinaire, on ne rencontre pas le spirochète là où les lésions de la paralysie générale sont dominantes et précoces, c'est-à-dire dans la pie-mère, dans les parois vasculaires et autour des vaisseaux. On l'observe dans le parenchyme nerveux au milieu ou au contact des cellules nerveuses, éléments qui ne sont jamais altérés profondément au début de la paralysie générale. Enfin dans cette affection qui se traduit par une méningite, on ne trouve jamais de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien.

Depuis que les rapports de la syphilis avec la paralysie générale ont été soulevés, critiqués, enfin admis, on peut dire qu'après chaque progrès accompli dans cette question, on se trouve en face de constatations déconcertantes ; on en arrive à se demander si la paralysie générale, qui survient surtout chez des syphilitiques, n'est pas due à un autre agent infectieux que le tréponème et, si celui-ci, dont la présence est souvent constatée dans le cerveau des paralytiques généraux, ne s'y trouve pas comme microbe secondaire, comme microbe associé. Puisque la paralysie générale survient généralement chez des sujets syphilitiques, il n'y a rien de surprenant que l'on trouve le spirochète dans leur cerveau, les lésions de la paralysie générale jouant le rôle de lésion d'appel. Cette manière de voir expliquerait la localisation du tréponème dans le parenchyme nerveux en dehors des lésions méningées et vasculaires, l'inefficacité du traitement spécifique, l'apparition de la paralysie générale chez des sujets chez lesquels il est impossible de relever la syphilis dans les antécédents.

(1) G. Marinesco et J. Minéa. — *Association de méningite syphilitique et de paralysie générale. Présence des tréponèmes dans les méninges. Réunion Biol.* de Bucarest, 6 mars 1913.

©BIUM

On trouve aujourd'hui en pathologie générale plusieurs exemples de cet appel particulier de microbes. Il n'est pas rare de trouver des foyers tuberculeux à la périphérie des kystes hydatiques quand ceux-ci évoluent chez des tuberculeux ; le kyste hydatique joue le rôle de lésion d'appel pour le bacille tuberculeux. Au cours des maladies infectieuses, on a souvent considéré comme agent causal un microbe qui en réalité n'est qu'un microbe associé. La seule présence d'un microbe dans une affection n'est pas une preuve suffisante de son rôle pathogène, même s'il est en apparence spécifique.

Pendant un certain temps on a considéré le bacille de Pfeiffer comme l'agent de la grippe ; actuellement, la grippe semble une maladie à virus filtrant et le bacille de Pfeiffer ne survient quelques jours après le début de la grippe, que comme « microbe de sortie », suivant l'expression employée par les bactériologistes.

Il y a en médecine vétérinaire de nombreux exemples d'une infection secondaire spécifique venant se greffer sur une première infection. Les « pasteurelloses » sont à ce point de vue particulièrement intéressantes. La plupart des affections, groupées sous cette désignation, sont dues à un virus filtrant, la « pasteurella » qui vit à l'état de saprophyte chez les animaux: considérée pendant un certain temps comme la cause de ces maladies, il est établi actuellement qu'elle n'intervient que secondairement.

Pour en revenir à la paralysie générale, il semble bien que cette affection apparaît principalement chez les syphilitiques, mais qu'elle est due à un autre agent infectieux que le tréponème.

Le nouvel agent, probablement un virus invisible ou filtrant, se fixerait secondairement, grâce à un terrain spécial préparé par une infection antérieure, le plus souvent par l'infection syphilitique, dans le cortex cérébral, la pie-mère et même dans les autres parties du névraxe, car les lésions nerveuses dans la paralysie générale peuvent s'étendre à tout l'axe cérébro-spinal.

L'hypothèse que je viens de vous soumettre a l'avan-

©BIUM

tage de permettre l'explication de faits difficiles à interpréter jusqu'alors, de remettre en discussion des données qui semblent solidement acquises, et de diriger notre attention sur une autre façon de comprendre les rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — Je trouve la communication de M. Marchand extrêmement intéressante et personnelle, et le fait qu'elle a vu le jour à Charenton, où fut découverte la maladie, n'est pas une rencontre de hasard. Je la trouve très hardie. J'ai assisté personnellement à des ponctions cérébrales sur le vivant ; j'en ai vu trois à Breslau, trois à Berlin, et dans tous les cas le spirochète a été trouvé.

D'autre part, je n'ai jamais vu un paralytique général chez lequel la réaction de Bordet-Wassermann ne soit positive dans le liquide céphalo-rachidien. Beaucoup de collègues et de neurologistes sont de mon avis. Si bien que lorsqu'on rencontre un syndrome de paralysie générale avec un liquide céphalo-rachidien renfermant une lymphocytose discrète, une vingtaine de lymphocytes par centimètre cube, et une réaction de Bordet-Wassermann négative, on peut éliminer la paralysie générale.

Dans les dernières années de sa vie, Fournier, avec sa longue expérience, me disait : Chez 90 0/0 des paralytiques généraux, on trouve la syphilis, mais j'ai compulsé mes statistiques de gommes du voile du palais guéries par le traitement spécifique, j'en ai trouvé également 10 0/0 pour lesquelles il avait été impossible de mettre la syphilis en évidence par l'interrogatoire et l'examen. Ce sont des syphilis latentes, ignorées. Le critère humoral et bioptique aurait peut-être permis dans ces cas d'établir la nature positive de la réaction de Bordet-Wassermann et de la lésion. Dans ces conditions, sans faire d'objection à l'hypothèse féconde de M. Marchand, il est nécessaire de tenir compte de ce moyen de diagnostic humoral.

Je ne suis pas du tout de l'avis de M. Sicard et je

©BIUM

trouve absurde de dire que la méningite est secondaire. Je trouve également fausse l'hypothèse d'une dualité microbienne neurotrope et dermotrope. La Syphilis est une affection essentiellement unitaire. J'ai en ce moment dans mon service un cas de paralysie générale chez un syphilique riche en manifestations osseuses et cutanées qui est tout à fait démonstratif.

M. MARCHAND. — Chez les paralytiques généraux qui nient la syphilis et qui n'ont présenté aucune manifestation syphilitique, on s'appuie uniquement pour affirmer qu'ils sont syphilitiques sur une réaction positive de Bordet-Wassermann dans leur liquide céphalo-rachidien. Je me demande si cette constatation est suffisante. Les faits qui nous portent à douter sont nombreux. D'abord on peut rencontrer un B. W. positif en dehors de toute neuro-syphilis dans les cas de liquides céphalo-rachidiens hypertendus et hypéralbumineux (Cl. Vincent) (1). Ravaut lui-même, dont l'opinion fait autorité en la matière, conclut que la réaction de B. W. dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas un signe de certitude, c'est un signe de probabilité.

En revanche une réaction négative ne permet pas d'éliminer la syphilis nerveuse. Chez des spécifiques avérés, le B. W. peut être négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; il peut rester tel après des séries d'injections arsenicales et le traitement avoir un effet très efficace (Gravier et Bertoye) (2). Ces faits montrent déjà qu'il ne faut pas trop demander à la réaction de B. W., mais il y a encore d'autres raisons d'accueillir avec prudence les résultats de cette réaction. Quand celle-ci a été découverte, on employa comme antigène le foie hérédo-syphilitique, puis, comme de nombreuses réactions restaient négatives chez les syphilitiques, on eut recours à des antigènes plus sensibles, n'ayant aucun rapport avec la syphilis ; le pourcentage des cas positifs augmenta. Pour diminuer encore les cas négatifs, on eut recours à la métho-

(1) Cl. VINCENT. — *Revue neurologique*, 1920, n° 7, p. 666.

(2) GRAVIER et BERTOYE. — *Sur la valeur des réactions humorales dans la syphilis nerveuse à propos d'une observation. Soc. nat. de médecine*, 9 février 1920.

©BIUM

de de la réactivation et on arriva ainsi à transformer en positives les réactions négatives. Cette manière de procéder ne doit-elle pas déjà laisser un doute dans notre esprit ? Mais voici d'autres recherches récentes qui viennent encore nous troubler davantage. Strickler, Munson, Sidlick (1) viennent d'établir qu'une série d'injections intraveineuses d'arsénobenzol peut déterminer une séro-réaction positive chez des sujets non syphilitiques ; cette réaction serait due à la mise en liberté de lipoïdes d'origine hépatique.

Je suis loin de nier les avantages que procurent les données de la réaction de B. W. chez les syphilitiques avérés, quand il s'agit de traiter leur affection et d'obtenir la guérison de l'infection en cherchant à transformer la réaction positive en négative, mais je dis que chez les paralytiques généraux qui nient la syphilis et qui n'ont jamais présenté d'accidents syphilitiques, il y a lieu de faire des réserves, car cette réaction n'est pas spécifique ; on peut la trouver positive dans d'autres affections que la syphilis et nous ne savons pas si les lésions méningées et vasculaires de la paralysie générale ne sont pas à elles seules suffisantes, en dehors de la syphilis, pour déterminer une réaction positive de B. W. dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Barbé. — Il y a des malades qui manifestement sont cliniquement des paralytiques généraux et chez lesquels le diagnostic de paralysie générale doit être maintenu, même si la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Piéron. — Le résultat de la réaction dépend beaucoup du laboratoire où elle est faite. La réaction de Bordet-Wassermann est d'ailleurs une réaction empirique sans aucun lien logique avec le tréponème.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,
P. Juquelier et René Charpentier.

(1) A. Strickler, G. Munson, D. Sidlick. — *Apparition d'une réaction de Wassermann positive après l'injection d'arsénobenzol chez des sujets non syphilitiques. The Journ. of the American Med. Association* (Chicago), t. LXXV, n° 21, 20 novembre 1920.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

Anamnèse générale, portant sur 5.000 aliénés, classés par groupes nosologiques, par F. GORRITI, membre associé de la *Société Clinique de Médecine mentale* et de la *Société de Psychiatrie*, ancien doyen de la Faculté d'Anunción (Paragay). 1 vol. in-8° de 500 pages.

Dans ce gros ouvrage, le Dr Gorriti a résumé dans un but statistique les renseignements anamnestiques portant sur 5.000 aliénés. Ceux-ci sont classés en : démences précoces, avec ou sans alcoolisme ; — psychoses alcooliques ; — psychoses des dégénérés ; et autres psychoses. Dans chacun de ces groupes et de leurs sous-groupes, il envisage successivement : les conditions de la procréation, — la nationalité, — l'âge, — la profession, — l'état-civil, — l'instruction, — la provenance, — les antécédents personnels et héréditaires.

Les résultats obtenus par cette méthode sont forcément assez vagues et d'une profusion de chiffres ne se dégage aucune résultante bien nette. Toutefois pour chacun des groupes et sous-groupes, les notions d'âge et les notions de nationalité ont fait l'objet de 33 graphiques d'où il ressort que les démences précoces présentent leur maximum à 22 ans, les psychoses alcooliques de 30 à 35 ans, celles des dégénérés à 32 ans, et les autres formes à 38 ans.

Enfin, dans une dernière partie, l'auteur, se résumant, donne des chiffres portant sur l'ensemble de ses 5.000 cas. Les psychoses alcooliques forment presque la moitié des cas (2.377) ; puis viennent les démences précoces, au nombre énorme de 1488 ; loin derrière, le groupe restant des *cutres psychoses* (656). Enfin les psychoses des dégénérés, ne comprenant que 479 cas.

Louis PARANT.

©BIUM

Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre (Service de Sainte-Gemmes, 1914-1919), par les Drs Jacques BARUK et René BESSIÈRE (121 pages, Angers, Siraudeau éditeur).

Ce travail, destiné à montrer l'organisation, le fonctionnement, l'activité et l'utilité d'un centre de psychiatrie de l'intérieur pendant la guerre, contient des renseignements très intéressants d'ordre statistique et de nombreuses et diverses observations. C'est une importante contribution à l'étude des troubles mentaux chez les militaires en temps de guerre. R. C.

Le Génie, A. PALCOS, un vol. de 348 pages, Buenos-Ayres, 1920.

Sujet très vaste, qui demande, si l'on veut éviter les affirmations *à priori*, la connaissance approfondie non seulement de la vie, et des œuvres d'à peu près tous les génies, mais aussi des ouvrages innombrables écrits sur ce sujet. Alberto Palcos a triomphé de cette difficulté. Son œuvre n'est pas une improvisation. Cinq années de recherches ont mis entre ses mains un arsenal de données instructives, dont il tire des conclusions orginales.

Quatre parties composent son ouvrage. La première intéresse spécialement la psychiatrie ; le génie y est étudié dans ses rapports avec l'aliénation. Le génie est-il voisin de la folie ? Nombreux sont les grands esprits, génies eux-mêmes, qui l'ont affirmé, Platon, Aristote, Cicéron, Montaigne, Pascal, Napoléon et tant d'autres !

Que vaut la théorie de Morel, de Magnan et Legrain, sur les dégénérés supérieurs ? Le trait commun qui caractérise les dégénérés est l'indigence intellectuelle. Peut-on placer à côté des idiots et des débiles les génies, dont la caractéristique est, au contraire, le développement remarquable de l'intelligence ?

Quant à la conception des génies partiels, elle n'est fondée que sur un abus de langage. Posséder, comme beaucoup d'aliénés et de dégénérés, de remarquables aptitudes, en mathématiques, en musique, par exemple, ce n'est pas là être génial. Le génie est intensément créateur. Lombroso s'attachait à le déceler fréquemment dans les asiles ; mais quelles sont les œuvres, l'influence, les idées, qui franchissent les clôtures des manicomes ? Le génie comporte un progrés, alors que la dégénérescence entraîne un recul.

Palcos s'attache à combattre la théorie de Lombroso, dont il discute un à un tous les arguments.

©BIUM

L'un des procédés du psychiatre italien consiste à déclarer géniaux un nombre énorme de dégénérés, d'exhibitionnistes, de kleptomanes, de criminels ; et il triomphe alors en constatant une relation fréquente entre le crime et le génie.

Par contre Lombroso, qui décerne si facilement le diplôme de génie à une foule considérable de poètes obscurs et de psychopathes, ne l'accorde pas à des hommes comme Verdi, précisément parce qu'ils lui apparaissent comme normaux.

Il veut prouver que les hommes de génie présentent des équivalents épileptiques. Il lui suffit pour cela de la moindre faiblesse, de la moindre crise de découragement. Cervantès, errant par misère, est un instable ou un fugueur. V. Hugo, avide de gloire, est obsédé par une idée fixe. A cette lumière les neuf dixièmes des humains ne sont-ils pas épileptiques ?

Après avoir examiné ainsi la valeur des arguments lombrosiens, Palcos édifie à son tour une conception nouvelle.

L'homme de génie se distingue de l'aliéné : 1° par le bon fonctionnement de ses glandes endocrines (thyroïde en particulier) ; 2° par son dynamisme psychologique, mis en jeu par une perception, une idée, un sentiment ou une passion parfaitement normaux. Chez lui, illusions ou hallucinations sont contrôlées par le jugement ; 3° par l'attention ; l'aliéné se distrait, tandis que le génie s'abstrait ; 4° parce qu'il domine ses impulsions, dont il n'est pas l'esclave.

Il s'en distingue encore : 5° par la conscience de ses états mentaux ; 6° par sa logique, cohérente et coordonnée ; 7° par sa sensibilité ; 8° par sa capacité au travail ; 9° par sa personnalité.

Assurément, il est fréquent de rencontrer un certain degré de *mélancolie* chez les hommes de génie ; mais en outre des explications purement biologiques (intoxication indoxylique Towsend), il faut tenir compte de la finesse de leur sensibilité.

Et, pour faire la part des choses, on conviendra que, dans certains cas, le génie peut *coexister* avec certaines psychoses. Mais celles-ci sont alors toujours des parasites, qui loin d'ajouter rien au génie, sont ses pires ennemis (Nietzsche, Maupassant, Dostoïewski, A. Comte, Flaubert, Schumann, Newton, etc.).

Le génie et la folie, loin d'être liés l'un à l'autre, sont les points extrêmes de l'échelle des valeurs humaines.

Dans une deuxième partie, l'auteur étudie les *conditions*

©BIUM

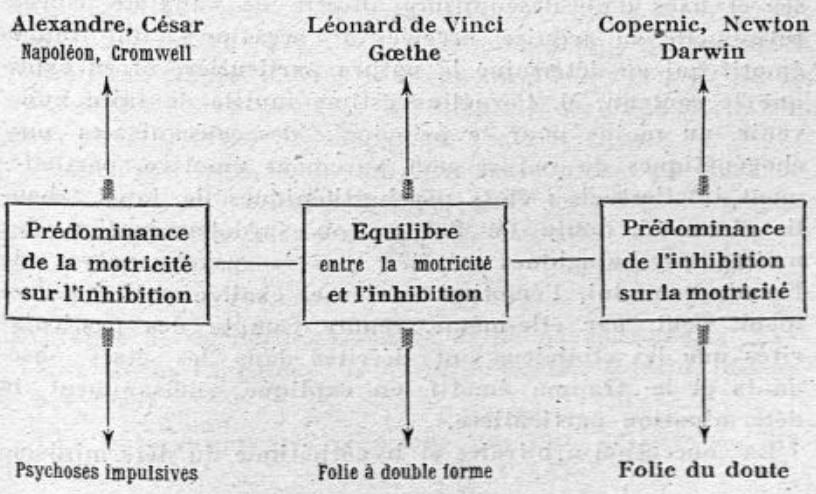
biologiques du génie ; en particulier l'influence de l'hérédité, qui a tant fait couler d'encre, lui paraît comme très peu importante, et, malgré quelques exemples remarquables (Bach, Darwin), la transmission des caractères acquis lui apparaît comme très rare.

Ayant noté d'autre part la puissance de travail, la précocité de l'intelligence, et une remarquable longévité en dépit de maladies ou de lésions organiques (Voltaire, Hobbes, Gœthe, Schopenhaüer) qui s'observent très fréquemment, l'auteur en arrive à cette conclusion que le génie représente *le plus haut degré de l'équilibre endocrinien et nerveux.* Il l'étaie avec un nombre considérable de recherches et de travaux.

La troisième partie est consacrée à la *psychologie du génie.* De quels éléments est constituée cette synthèse qu'est le génie ? Au milieu des innombrables théories émises par les philosophes, Palcos reconnaît quatre facteurs essentiels, dont la réunion est indispensable : la *sensibilité, la passion* tenace, l'*imagination créatrice,* enfin l'*inhibition volontaire.*

Cette dernière notion jette sur la question un jour nouveau et fécond. Le génie diffère du talent en ce qu'il est créateur. Mais il s'élève au-dessus des autres intelligences par la puissance de son inhibition.

Prenant pour base la prédominance plus ou moins grande de celle-ci sur la motricité, Palcos propose une classification ingénieuse : l'homme normal (ligne du milieu) est l'intermédiaire entre le génie (ligne supérieure) et l'aliéné (ligne inférieure). Suivant son *type,* il donne (en dessus ou en dessous) les divers types de génies, ou les psychoses correspondantes.



©BIUM

Une quatrième partie enfin est consacrée aux *conditions sociales du génie*. L'auteur y expose des opinions personnelles empreintes d'un noble idéal.

Il est convaincu que la suppression des inégalités sociales réalisera les conditions les plus favorables à l'éclosion du génie. La lutte pour la vie qui fut peut-être, pour douloureuse qu'elle soit, favorable à l'épanouissement du génie des Beaumarchais, des Cervantès, des Molière, des Villon, lui paraît moins féconde que le bien-être. Il considère le nivellement social comme un facteur de progrès intellectuel.

Ce livre, qui témoigne d'une érudition très vaste et d'un sens critique très fin, se termine par des acclamations enthousiastes à la révolution russe, aube d'une ère de bonheur où le génie pourra enfin se développer sans entraves.

Louis PARANT.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le mécanisme émotif des obsessions et le rôle du trauma psychique dans leur genèse, par le Dr René CORNÉLIUS (71 pages, *in Archives de Neurologie*, janvier-juin 1920).

Le but de ce travail est de montrer que phobies et obsessions ne sont autre chose que les manifestations très intenses et fixes d'un déséquilibre affectif, de l'anxiété constitutionnelle ou acquise, révélées à l'occasion d'un trauma émotif qui en détermine la nature particulière et en explique le contenu. M. Cornélius estime inutile de faire intervenir, au moins pour le principal, des mécanismes psychogénétiques de nature non purement émotive, partiellement intellectuels ; états psychasthéniques de Janet, aboulie d'Arnaud, doute de Sollier, ou surdétermination des motifs psychologiques révélée par la psychoanalyse de Freud. Pour lui, l'émotion anxieuse, exaltée pathologiquement, peut, par elle-même, rendre compte des particularités que les cliniciens ont décrites dans les états obsédants et le trauma émotif en explique suffisamment la détermination particulière.

La conception arbitraire et hypothétique du déterminisme

©BIUM

des associations vicie toutes les méthodes psychoanalytiques. La thérapeutique de ces états ne sera efficace qu'en visant l'anxiété et ses causes somatiques (constitution, intoxications, diathèses, surmenage) par des moyens physiques et chimiques. La psychothérapie consistera à rassurer le malade, inspirer confiance, savoir affirmer. Les psychothérapies dites « rationnelles » ne sont utiles à rien ou occupent seulement malade et médecin jusqu'à la guérison spontanée de l'accès. Sept observations accompagnent cet intéressant mémoire dans lequel l'auteur résume et discute les diverses théories qu'il rejette sucessivement.

René CHARPENTIER.

Nouvelle extension sociale de l'Assistance des aliénés, par le Prof. F. GORRITI (*Revista de Criminal, Psiquiatria y Méd. Légal*, 1920).

Préoccupé des problèmes de prophylaxie mentale et de patronage des aliénés qui sont en ce moment à l'ordre du jour dans presque tous les pays, le Prof. Gorriti, de Buenos-Ayres, propose une méthode qui, tout en répondant à son but social, s'inspire de l'utilité du travail pour prévenir les maladies mentales comme pour en parachever le traitement. On évitera ainsi dans l'avenir le surpeuplement des asiles. La société y trouvera doublement son avantage, en n'ayant plus à sa charge un grand nombre d'aliénés — et en obtenant de ceux-ci du rendement professionnel.

Les Directeurs d'asiles doivent s'occuper tout particulièrement du patronage des guéris et améliorés sans famille et sans soutien : « A ces malades, en état de sortir d'un établissement, le directeur pourra accorder un délai pendant lequel il les gardera à l'asile jusqu'au temps qu'ils auront procuré un emploi approprié à chacun d'eux ; et pour ce, ils s'adresseront aux sociétés de bienfaisance, nationales ou étrangères, à l'Office National du Travail, etc.

Mais notre législation, qui n'autorise même pas les sorties d'essai, est-elle assez souple pour admettre ces maintiens temporaires à l'asile après guérison ?

Louis PARANT.

A propos de démence paranoïde et de paraphrénie, J. SANCHÍS BANÚS (*Archivos de Neurobiologia*, Madrid, décembre 1920).

Une observation qui pose une question délicate de diagnostic.

©BIUM

Il s'agit d'un homme de 48 ans, ni alcoolique, ni syphilitique, chez qui les troubles mentaux n'ont apparu qu'à 43 ans, au cours d'une convalescence de troubles gastro-intestinaux légers, et se sont manifestés par un langage incohérent et des réactions anormales.

Se sentant doué d'une intelligence très supérieure, il croit de son devoir d'écrire au Président du Conseil pour lui donner des directives politiques. On n'a pas fait cas de ses avis, mais il sait bien pourquoi. Tout lui prouve du reste qu'on ne le considère pas comme un homme ordinaire : on a changé le veilleur dès son arrivée. Le médecin l'a fait asseoir et s'est découvert devant lui. On lui donne plus à manger qu'à ses voisins. Comme il n'est pas d'une famille illustre, c'est son intelligence qu'on honore. Quand il médite, dans la solitude, il sent des choses curieuses traverser son esprit.

Quelques halluciations auditives nettes. Plus souvent pseudo-hallucinations (psychiques).

La mémoire est bonne. Quelques sensations de déjà vu. L'attention, l'orientation sont normales. Pas d'affaiblissement intellectuel. Pas de maniérisme.

Disparition complète de l'affectivité, avec exagération de l'égoïsme. Idées érotiques peu nettes.

D'autre part, dans ses écrits, on relève quelques néologismes, et parfois des phrases incohérentes. C'est sur cela que l'A. se fonde pour proposer de faire rentrer ce délire interprétatif faiblement hallucinatoire dans le cadre de la paraphrénie récemment isolée par Kraepelin (8e éd.).

La systématisation est en effet peu nette. L'affaiblissement psychique est minime.

Louis PARANT.

PSYCHOLOGIE

Le classement des capacités dans l'Industrie, par. A. W. STEARNS. *American Journal of Insanity*, avril 1920.

L'auteur, employé au recrutement de l'armée navale américaine, a occupé pendant deux ans des fonctions de caractère psychiatrique.

Il s'est servi d'une méthode consistant en un examen oral, souvent très court, auquel participent seuls le psychiâtre et la recrue.

Une telle investigation, employant concurremment avec les textes de Binet Simon la méthode dite de Trabue, porte succinctement sur :

©BIUM

1° Le niveau du fonds mental.
2° Le facteur éducation.
3° La capacité industrielle.

Chacun de ces éléments étant affecté d'une note progressive allant de 1 à 4.

La suite de ces notes donne un nombre à 3 chiffres qui permet déjà, grâce à chacun de ses composants, d'apprécier grossièrement la valeur du candidat.

Un 4e chiffre, placé à la manière d'une décimale et variant de 1 à 53, permet de formuler une sorte de degré qualitatif, les chiffres précédents étant de caractère plutôt quantitatif.

L'expérience montre que, dès le premier entretien, 10 p. 100 des candidats paraissent nécessiter une observation ultérieure. Et c'est parmi eux que l'on voit se recruter, dans un pourcentage variant de 2 à 5 p. 100, les sujets véritablement incapables, ceux qui volent, bouleversent tout ou entraînent des accidents.

L'auteur préconise l'adoption d'une semblable méthode dans le recrutement de la main-d'œuvre industrielle ; elle aurait l'avantage de permettre l'élimination très rapide des éléments indésirables et d'assurer une meilleure utilisation des différentes aptitudes.

A. B.

OUVRAGES REÇUS

E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. **Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée**, t. XXXII. Radiologie et Radiumthérapie, Paris, Maloine.

André Barbé. **Examen des Aliénés**, 1 vol. de 180 pages. Paris, Masson.

Paul dalché. **Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes**, 1 vol. de 380 pages, Paris, Vigot, frères.

K. Frankhauser. **Das Zweckmässigkeitsproblem und das Indifferenzprinzip**, 1 vol. de 358 p., Strasbourg, 1920.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale (1)

Séance du 21 Février 1921

Présidence de M. le Dr TRUELLE

Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général. — *Présentation de malade.* — MM. LWOFF et René TARGOWLA montrent un malade chez lequel, sur un tabès fruste, s'est greffée une paralysie générale avec déformation, inégalité et rigidité pupillaires, dysarthrie et syndro-

(1) Voir *Annales Méd. Psych.*, février 1921. **Séance du 19 juillet 1920.** — I. MM. TRUELLE et BROUSSEAU. — Un cas de paralysie générale juvénile.

II. MM. Marcel BRIAND et Yves PORC'HER. — Un cas de délire de négation. Opposition d'un syndrome hypochondriaque imaginatif au syndrome mélancolique de Cotard.

III. M. SARAZIN (service de M. H. COLIN, asile de Villejuif). — Un cas d'hystéro-épilepsie.

IV. MM. Marcel BRIAND et Adrien BOREL. — Deux accès de zoopathie interne chez le même malade. Guérison.

V. M. Louis LIVET. — Les petits signes de l'hyperémotivité.

VI. M. SALOMON. — Hallucinations lilliputiennes au cours d'un érysipèle de la face.

Séance du 15 novembre 1920. — I. MM. Marcel BRIAND et BOREL. — Débilité intellectuelle et morale utilisée par un professionnel du vol.

II. MM. LEROY et JOURDRAN. — Trophœdème chronique, acquis et progressif, datant de 20 ans, chez une malade atteinte de délire chronique de persécution.

III. M. BEAUSSART (asile de La Charité-sur-Loire). — Tabès incipiens ; diabète ; insuffisance aortique, mal perforant buccal.

IV. M. J. LAUTIER (asile d'Alençon). — Un cas de démence traumatique à forme de presbyophrénie.

V. M. ABÉLY (asile de Châlons-sur-Marne). — Délire d'imagination chez un débile inventeur, érotique.

Séance du 20 décembre 1920. — I. MM. DE CLÉRAMBAULT et BROUSSEAU. — *a*) La fin d'une voyante. — *b*) Coexistence de deux délires (Persécution et érotomanie).

II. MM. Marcel BRIAND et A. BOREL. — Pédophilie et fétichisme.

III. M. Paul COURBON. — Le traitement des états psychopatiques par la ponction lombaire.

IV. M. H. BEAUDOUIN. — Délire d'influence psychique terminé par la guérison.

V. M. VERNET. — Quelques cas de démences précoces familiales. Contribution à la recherche de l'étiologie de la démence précoce.

me humoral complet : B.-W. positif dans le sang et le L. C. R., hyperalbuminose avec réactions de Lange et de Guillain, Larche et Léchelle positives. L'état mental est atypique.

L'intérêt de ce cas est dans l'adjonction à l'état organique d'un délire systématisé de persécution et d'influence, basé sur des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale : il s'agit, en majeure partie, d'interprétations de phénomènes subjectifs liés au syndrome somatique. Ce délire est secondaire à un épisode onirique, non confusionnel et doit prendre place dans le cadre des psychoses post-oniriques.

Les délires passionnels (Erotomanie, Revendication, Jalousie). — *Présentation de malade,* par le Dr de Clérambault. — Le délire érotomanique est un syndrome passionnel morbide. Ce n'est pas un délire interprétatif. Il y a lieu de réunir ce syndrome aux délires de jalousie et aux délires de revendication, sous la rubrique Syndromes Passionnels morbides.

Les délires interprétatifs ont pour base le caractère paranoïaque ou, si l'on veut, un vague sentiment de méfiance ; ils se développent en tous sens, la personnalité globale est en jeu, le sujet n'est pas un excité, etc.

Les syndromes passionnels se caractérisent par leur pathogénie, leurs composantes soit communes, soit spéciales, leurs mécanismes idéatifs, leur mode d'extension polarisée, leur Hyperesthénie, la mise en jeu initiale de la volonté, la notion de But, la véhémence, les convictions complètes d'emblée, une allure revendicatrice commune, etc.

Les syndromes passionnels morbides se présentent tantôt autonomes et purs, tantôt associés à d'autres délires (intellectuels ou hallucinatoires). Ils peuvent être prodromiques ou surajoutés. Généralement ils perdent de leur vitalité dans la mesure où ils perdent de leur pureté.

Le délire érotomaniaque se développe en trois stades : stade d'Espoir, stade de Dépit, stade de Rancune.

Les conceptions du délire érotomaniaque se décomposent en un Postulat Initial, en des déductions de ce Postulat, en des Thèmes Imaginatifs et accessoirement Interprétatifs.

Parmi ces conceptions il en est de spécifiques. Elles ont une grosse importance pour la direction de l'interrogatoire, d'abord comme buts, ensuite comme éléments de conviction pour le médecin. Il faut rechercher non pas spécialement les faits (que la malade peut toujours nier) mais bien les points de vue du malade.

©BIUM

En interrogeant de tels malades, il ne suffit pas de les questionner, il faut encore les actionner. Il faut en particulier penser à faire jouer l'élément Espoir du syndrome Erotomaniaque. Faute de cette manœuvre, nombre d'Erotomanes restent classées parmi les persécutées-persécutrices, alors qu'elles devraient être classées parmi les persécutrices-amoureuses.

Un cas de paralysie générale infantile. — M. le Dr MARIE présente les pièces d'un P. G. infantile réformé comme *imbécile* et interné comme D. P.

Les réactions biologiques confirmèrent l'hypothèse de P. G. que la démence et les signes cliniques permettaient de poser en dépit d'une pauvreté psychique que la mentalité infantile imprime généralement aux P. G. infantiles et les fait méconnaître souvent. L'hérédo-syphilis a pu être établie pour l'étiologie de ce cas.

Nouveau mode de figuration du développement physique des enfants. — MM. SIMON et G. WERMEYLEN présentent un graphique qui permet de comparer directement à l'âge chronologique la taille et le poids de cent cinquante enfants arriérés de la Colonie de Vaucluse. Ce mode de figuration met immédiatement en évidence les enfants normalement développés, ceux qui sont en avance ou en retard. Il fait ressortir également si leur développement est ou non bien proportionné et répartit les enfants dans un certain nombre de types.

Comparaison d'enfants normaux et anormaux. — En comparant le développement physique d'enfants anormaux et d'écoliers normaux nés dans la même année et le même mois, MM. SIMON et WERMEYLEN établissent que les tailles des enfants arriérés restent dans 84 0/0 des cas au-dessous des tailles normales et les poids seulement dans 63,3 0/0 des cas.

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 31 MAI 1920

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'assemblée s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

Se sont fait excuser : MM. Cullerre, président, Alaize, Ducosté, Heuyer, Adam, Boiteux, Rougé, Corcket, Deswarte, Paris, Védie, Vieux.

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière assemblée générale qui est adopté.

M. le Président donne la parole à M. Delmas, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

M. DELMAS. — Messieurs, depuis notre dernière assemblée générale, nous avons perdu deux de nos membres fondateurs, les Drs Ritti et J. Voisin, et un de nos membres sociétaires, le Dr Levassort.

Le Dr Ritti était un de nos maîtres les plus respectueusement aimés. Il est mort après une vie remplie par le plus continu et le plus fécond des labeurs. Alsacien d'origine, il avait commencé sa vie médicale à Strasbourg et était venu à Paris après la guerre de 1870-71. Médecin de la maison nationale de Charenton, il a vécu dans cet établissement toute une longue carrière d'aliéniste consciencieux et probe, partageant son temps entre les soins de ses malades, l'instruction des élèves internes, les publications scientifiques et la collaboration la plus assidue aux Sociétés Savantes.

Parmi ses travaux nombreux, nous citerons seulement les articles qu'il écrivit dans le Dictionnaire de Médecine et son livre sur la Manie. Nous rappellerons aussi ces nombreuses biographies sur les aliénistes français que nous lui devons et dans lesquelles il excellait à faire revivre les figures de nos illustres prédécesseurs.

Pendant de nombreuses années il a été le Secrétaire général de la Société médico-psychologique, et le rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*. Il s'était consacré à cette tâche avec un dévouement et une fidélité que nous

©BIUM

avons tous admirés et pour lesquels nous lui devons la plus vive reconnaissance. Comme rien n'attache plus les hommes à une œuvre que le bien qu'ils lui ont fait, il n'a pas manqué avant de mourir de léguer par testament la plus grande partie de son patrimoine à ce qu'il avait aimé par-dessus tout, c'est-à-dire aux *Annales*, à la *Société médico-psychologique* et à sa filiale la *Société Clinique de médecine mentale*.

En dehors de la science psychiatrique, Ritti, homme de culture élevée et curieux des idées générales, s'était particulièrement intéressé au mouvement philosophique contemporain et, fidèle disciple d'Auguste Comte, il avait toujours été un positiviste militant.

Nous ressentons très vivement la perte de Ritti et nous garderons pieusement son souvenir.

⁂

Le Docteur Jules Voisin appartient à une famille d'aliénistes qui ont illustré la Psychiatrie Française.

Neveu de Aug. Voisin, il était entré sous des auspices brillants dans la carrière psychiatrique, comme médecin des hospices de Bicêtre et la Salpêtrière.

Il avait longtemps dirigé les services d'enfants arriérés, et publié des travaux intéressants sur la rééducation des débiles, sur l'épilepsie et le traitement de cette affection, et sur de nombreux autres points de la psychiatrie infantile.

Il appartenait à une génération qui s'était beaucoup intéressée à l'hypnotisme et aux applications thérapeutiques de l'hypnose. Il a continué à s'en occuper jusqu'à ces dernières années, malgré le discrédit où était progressivement tombée cette méthode.

Atteint par l'âge de la retraite quelques années avant la guerre, il s'était lentement affaibli et nous l'avions vu de moins en moins assidu à nos réunions.

La mort l'a pris après une longue vie bien remplie ; nous saluons respectueusement sa mémoire.

⁂

La mort a été encore plus cruelle en frappant en pleine force, en pleine jeunesse presque, notre regretté collègue Levassort. Levassort, qui était membre de notre conseil d'administration, avait été d'abord interne des asiles de la Seine. Il avait couronné ses études par une thèse intéressante sur les Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. Pendant sa dernière année d'internat à l'Infirmerie spéciale

près la Préfecture de police, il avait publié, en collaboration avec son ami Dromard, un ouvrage sur les Amnésies traumatiques. Nommé médecin des asiles, il avait occupé très rapidement les fonctions de médecin en chef de l'asile du Bon Sauveur de Caen, qu'il remplissait toujours quand une mort brusque et précoce est venu interrompre sa carrière.

Au cours de la guerre, il avait été mobilisé et chargé du service de l'asile de Châlons, mis à la disposition de l'autorité militaire pour l'hospitalisation des grands mentaux.

Levassort était fidèle à nos réunions. Nous aimions sa bonne humeur, son entrain, son esprit qui était fin et délié ; nous lui garderons un très amical et très fidèle souvenir.

⁂

Nous avons reçu la démission du Dr Samuel Garnier qui, mis à la retraite, a cru devoir se retirer de notre société. Nous regrettons cette démission et souhaitons qu'elle ne soit pas imitée. Notre société ayant un but philanthropique, doit attirer à elle et retenir tous ceux qui ont fait partie de la famille psychiatrique et qui y ont toujours leur place même après la retraite.

Nous avons le très grand plaisir d'inscrire de nombreux adhérents nouveaux. Nous leur adressons nos souhaits de bienvenue et les remercions de maintenir les conditions de solidarité et de venir infuser un sang jeune à notre Société. Nos nouveaux collègues sont MM. Bonhomme, J. Charpentier, Haury, Heuyer, Livet, R. d'Allonnes, Allamagny, Quercy.

Le Dr Voivenel, de Toulouse, s'est inscrit parmi nos membres fondateurs.

Je tiens à citer en dernier lieu l'adhésion du Dr Frankhauser, médecin-chef de l'asile de Stéphansfeld, qui renoue les relations de notre Société avec les provinces heureusement reconquises.

⁂

Vous avez maintenant à connaître notre situation financière. Vous me permettrez de céder la parole à M. le Dr Charpentier qui a bien voulu se charger de l'examen des comptes et à notre trésorier, M. le Dr Dupain.

M. Charpentier a vérifié les comptes et les a trouvés exacts ; il propose de les approuver et de voter des félicitations au trésorier (adopté).

M. Dupain. — Messieurs, lors de votre assemblée générale de l'année dernière, votre Trésorier vous avait mis sous les yeux l'ensemble du mouvement financier des cinq années de

©BIUM

guerre. Aujourd'hui sa tâche est plus simple, il s'agit de l'exercice 1919.

Recettes de l'année 1919

En caisse en deniers du Trésorier au 1er janvier 1919	557 27
Subvention ministérielle	800 »
Subvention du département de la Seine	500 »
Souscriptions d'asiles	2.253 15
Cotisations des membres de l'Association	3.719 »
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1919	4.600 30
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	7.778 03
Intérêts des fonds en dépôt	24 77
Différence entre les achats des Bons de la Défense et les remboursements	2.265 95
	22.498 47

Dépenses de l'année 1919

Secours distribués	9.985 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	258 45
Frais de garde et autres au Crédit Foncier	44 32
	10.287 77
Recettes	22.498 47
Dépenses	10.287 77
Excédent de recettes	12.210 70
Cet excédent de recettes est représenté par le solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1920	10.324 73
et l'encaisse en deniers du Trésorier au 1er janvier 1920	1.885 97
	12.210 70

Ce solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1920, soit : 10.324 fr. 73, est composé ainsi qu'il suit :

Revenus des rentes et titres	7.778 03
Intérêts des fonds en dépôt	24 77
Différence entre les versement de fonds et les retraits	300 30
Différence entre les achats de Bons de la Défense et les remboursements	2.265 95
	10.369 05

©BIUM

De ce total, il faut retrancher les frais de garde que prélève le Crédit Foncier, soit 44 fr. 32. On obtient ainsi :

Sommes encaissées	10.369 05
Dépenses de garde	44 32
Résultat conforme au solde créditeur au 1er janvier 1920	10.324 73

Avoir de l'Association au 1er janvier 1920

4.624 francs de rente 3 0/0, Etat Français.

39 obligations 500 fr. 3 0/0 des chemins de fer P. L. M., fusion ancienne.

34 obligations 500 fr. 3 0/0 des chemins de fer P. L. M., fusion nouvelle.

48 obligations 500 fr. 3 0/0 des chemins de fer du Midi (anciennes).

20 obligations, 500 fr. 3 0/0 des chemins de fer Est-Algérien.

6 Bons de la Défense Nationale (5.500).

Plus les disponibilités du Trésorier et du compte courant au Crédit Foncier.

Des souscriptions ou des cotisations arriérées ont été encaissées en 1919, ce qui augmente sensiblement les recettes de cet exercice. D'autre part la différence en capital entre les achats et les remboursements de Bons de la Défense ne sera pas aussi importante en 1920, par suite d'un emploi ou souscription d'emprunt, achat de rentes sur l'Etat Français effectué en 1920.

Voici le projet de budget pour 1920.

Budget de 1920

Les prévisions du budget des recettes pour l'année 1920 sont les suivantes :

Cotisations	2.000 »
Souscriptions d'asiles	1.500 »
Subvention ministérielle	600 »
Subvention du département de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres déposés au Crédit Foncier	6.000 »
	10.600 »

©BIUM

Dépenses

Secours à distribuer	10.000	»
Frais d'administration	600	»
	10.600	»
Prévisions des recettes	10.600	»
Prévisions des dépenses	10.600	»

Balance

⁂

Il est ensuite procédé au renouvellement des cinq membres sortants du Conseil. Sont réélus pour une période de 3 ans : MM. Chaslin, Dupain, Rayneau, Semelaigne et Vurpas. Le Dr Lalanne est élu en remplacement du Dr Levassort, décédé.

La séance est levée à 4 heures.

⁂

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit conformément à l'article II des statuts, pour désigner les membres du bureau.

Sont élus : *Président,* M. Cullerre.
Vice-président, M. Semelaigne.
Secrétaire, M. Delmas.
Trésorier, M. Dupain.

LISTE DES MEMBRES

Membre à vie : 1.

M. Chaslin.

Membres fondateurs : 26.

MM. Antheaume, Arnaud, Babinski, Boudrie, Briand, Charon, Chaussinand, Conso, Cortyl (Germain), Cullerre, Dagonet, Dheur, Dupain, Dupré, Gallopain, Girma, Lalanne (Y.), Lallemant, Meuriot, Parant, Péon, Pierret, Rayneau, Semelaigne (René), Vallon, Voivenel.

Membres sociétaires : 179.

MM. Abadie, Adam (Aloïse), Adam (F.), Alaize, Albès, Ameline, Allamagny, Anglade, Archambault (Paul), Arsimoles, Aubry.

MM. Barbé, Baruk, Bécue, Bellat, Belletrud, Benon, Bertoye, Bessière, Boidard, Boiteux, Bonhomme, Bonnet, Boubila, Bour, Bourilhet, Briche, Brissot, Broquère, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

©BIUM

MM. Calmettes, Camus (Paul), Gapgras, Carrier (H.), Castin, Charpenel, Charpentier (René), Charpentier (Joseph), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Colin, Collet, Collin (A.), Condomine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

MM. Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas, Deny, Depoux, Dericq, Deswarte, Devaux, Devoy, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

M. Euzière.

MM. Fassou, Fenayrou, Fillassier, Frankhauser.

MM. Garnier (Samuel), Gassiot, Genil Perrin, Gilson, Gimbal, Giret, Guiraud, Guyot (Aug.).

MM. Halberstadt, Hamel, Haury, Heuyer,

MM. Jacquin, Journiac, Juquelier.

M. Kahn (Pierre).

MM. Lachaux, Lafaye, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Larrivé, Latapie, Latreille, Legrain, Légine (Jean), Leroy, Levet, Livet, Logre, Loup, Lévy-Valensi, Lwoff.

MM. Maillard, Mairet, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie, Maupaté, Meilhon, Mercier, Mézie, Mignard, Mignot, Monestier.

MM. Nageotte, Nicouleau, Nolé, Nouët.

MM. Olivier, Ollivier.

MM. Pactet, Page, Pain, Paris, Pélissier, Perrens, Pezet, Picard, Pichenot, Planat, Pochon, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

M. Quercy.

MM. Raffegeau, Ramadier, Raviart, R. d'Allonnes, Riche (André), Ricoux, Rist, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

MM. Salin, Santenoise, Séglas, Sérieux, Simon, Sizaret, Slizewicz, Sollier, Suttel.

MM. Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Toy, Trenel, Trepsat, Truelle.

M. Usse.

MM. Védie (Henri), Vernet, Viallon, Viel, Vieux-Pernon, Vignaud, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membre à vie	1
Membres fondateurs	26
Membres sociétaires	189
Total	216

©BIUM

VARIÉTÉS

FIXATION DE LA LIMITE D'AGE POUR LA RETRAITE DES MÉDECINS DES ASILES

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 1er mars 1921.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Le décret du 2 février 1910, qui règle la situation des médecins des asiles publics d'aliénés, ne contient aucune disposition relativement à leur retraite et ne fixe pas l'âge auquel ils peuvent être admis à faire valoir leurs droits à pension.

Mon administration s'est préoccupée de combler cette lacune, de concert avec l'association amicale des médecins des asiles, et elles ont reconnu, l'une et l'autre, la nécessité de régler cette question par un décret établissant une limite d'âge.

Cette limite d'âge ne paraît pas pouvoir être fixée à soixante ans, en raison des dispositions du décret du 2 février 1910, qui permettent aux médecins de se présenter jusqu'à trente-trois ans au concours qui leur ouvre la carrière des asiles. Il convient de leur assurer au moins trente ans de carrière.

Si l'on considère, d'autre part, que les médecins qui ont subi avec succès les épreuves du concours ont, en vertu du même décret, certaines facilités pour ne pas prendre immédiatement possession d'un poste, on sera amené à penser que l'âge de soixante-cinq ans convient parfaitement comme limite du temps où les médecins des asiles peuvent être maintenus en activité.

La Commission spéciale des médecins des asiles, consultée par mes soins, a émis un avis favorable aux propositions que je lui ai adressées à ce sujet.

©BIUM

J'ai, en conséquence, l'honneur de vous proposer de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
G. LEREDU.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 2 février 1910 et 10 octobre 1919,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixé à soixante-cinq ans.

ART. 2. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret,

Fait à Paris, le 1er mars 1921.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
G. LEREDU.

(*Journal Officiel,* 15 mars 1921).

CONCOURS DE L'ADJUVAT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le concours annuel pour les emplois de Médecin des Asiles publics a été clos le 14 mars. 12 candidats s'étaient faits inscrire et se sont présentés à l'ouverture du concours, 8 seulement ont terminé les épreuves.

Ont été admis par ordre de mérite :

MM. Brousseau (119 points), Borel (111 points), Mirc (109 points), Bouyer (108 points 1/2), Régis (107 points), Jourdran (105 points), Vullien (97 points 1/2).

©BIUM

Epreuves d'admissibilité. — 1re Epreuve. — Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, 4 heures, 30 points.

Questions mises dans l'urne :

Grand sympathique, anatomie et physiologie générales (Q. sortie).

Lobe frontal.

Lobe pariétal.

Voies optiques.

Corps opto-striés.

Cervelet.

2e Epreuve. — Question écrite sur l'organisation des asiles d'aliénés et sur la législation des aliénés : 2 heures, 10 points.

Questions mises dans l'urne :

Organisation administrative des Etablissements publics d'aliénés (Question sortie).

Mesures prévues par la loi de 1838 dans l'intérêt de la liberté individuelle des malades.

Modes d'admission et de sortie des aliénés placés dans les asiles publics et privés.

3e Epreuve. — Titres et travaux scientifiques, 12 points.

Epreuve militaire. — Titres militaires : 10 points.

Epreuves d'admission. — 1re Epreuve (orale). — Médecine ou chirurgie, 15 minutes d'exposition après 20 minutes de réflexion, 20 points.

Questions traitées :

Diagnostic différentiel et traitement des Comas.

Embolie pulmonaire.

Questions restées dans l'urne :

Signes, diagnostic et complications de l'ulcère du duodénum.

Erysipèle de la face.

2e et 3e Epreuves. — Epreuves cliniques, orale et écrite. Examen d'un malade, 20 minutes, exposé après 10 minutes de réflexion, et rédaction d'une consultation écrite d'une heure. Chaque épreuve, 25 points.

NOMINATION

Mlle Bouderlique, médecin-adjoint de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, est nommée médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de St-Venant (Pas-de-Calais).

©BIUM

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Sont nommés Chevaliers de la Légion d'honneur, M. le professeur agrégé MAUCLAIRE, chirurgien des Hôpitaux et des Asiles de la Seine.

M. le Dr ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Médaille militaire. — M. Daniel Santenoise, interne des Asiles de la Seine, fils de notre excellent collègue le Dr Santenoise, médecin en chef de l'Asile de St-Ylie (Jura).

M. André Colin, externe des Hôpitaux, maréchal des logis de réserve au 29e d'artillerie, fils du secrétaire général de la Société médico-psychologique.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

La lettre suivante, adressée à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, a été remise au Ministère par le Président de la Session de Luxembourg et le Secrétaire permanent du Congrès. Elle a reçu le meilleur accueil tant au cabinet du Ministre qu'après des services compétents.

Monsieur le Ministre,

Le Comité permanent du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française a l'honneur de vous informer que la prochaine Session du Congrès (la XXVe Session), se tiendra à Luxembourg et à Metz, du 1er au 6 août 1921, sous la présidence de MM. les Drs Buffet (de Luxembourg) et Henry Meige (de Paris).

Etant donné l'intérêt que votre Administration a toujours témoigné à ces réunions scientifiques auxquelles elle veut bien se faire régulièrement représenter, le Comité permanent a l'honneur d'attirer votre attention sur l'importance particulière de la prochaine session qui se tiendra hors de France, dans la capitale du Grand-Duché de Luxembourg, où devait se tenir d'ailleurs la Session d'août 1914 empêchée par l'invasion allemande.

Outre les questions scientifiques qu'il étudie, le Congrès des Aliénistes et Neurologistes réserve une large place aux questions d'Assistance ; des visites d'Asiles et d'Etablissement hospitaliers figurent toujours à son programme.

©BIUM

Ainsi, l'étude comparée des divers systèmes d'assistance et de traitement se trouve d'une façon permanente à l'ordre du jour et se fait autant par l'examen direct des installations et de leurs résultats que dans les discussions des séances du Congrès.

L'importance de ces considérations n'a pas échappé à votre administration. Déjà, à deux reprises, le 4 avril 1878 et le 23 avril 1889, des circulaires ministérielles recommandèrent aux Préfets de convier les Conseils généraux à voter des allocations suffisantes pour permettre au plus grand nombre possible de médecins des Asiles de prendre part aux travaux du Congrès.

La prochaine session se tenant à Luxembourg, à proximité de la Lorraine reconquise, de la Belgique alliée, et de la Rhénanie occupée, réunira, semble-t-il, un grand nombre d'adhérents et permettra des comparaisons particulièrement intéressantes. Il serait donc extrêmement désirable que tous les Etablissement publics d'aliénés de France fussent adhérents au Congrès et s'y fissent représenter par un ou plusieurs médecins. Ceux-ci pourraient ainsi apporter et recueillir des documents intéressants, utiles à l'installation, à l'administration de leurs Etablissements, et au traitement des malades qui leur sont confiés.

Les comptes rendus du Congrès, réunis en volumes, constituent pour les bibliothèques des Asiles une source de renseignements scientifiques et pratiques dont l'utilité est incontestable.

Enfin, le Congrès siégeant cette année dans un pays étranger dont les sympathies pour la France sont notoires, ne vous semblerait-il pas opportun d'en favoriser les adhésions, tant dans un but de propagande des idées françaises que pour témoigner au Grand-Duché la cordialité de nos sentiments.

Pour toutes ces considérations, le Comité permanent du Congrès a l'honneur, Monsieur le Ministre, d'exprimer le vœu qu'une circulaire analogue aux deux précédemment citées rappelle aux Préfets l'intérêt que vous voulez bien prendre à nos travaux, et les engage à insister auprès des Conseils généraux pour obtenir, à la session d'avril de ces Conseils, le vote des allocations nécessaires.

Certains Asiles, d'ailleurs, ont déjà inscrit à leur budget les crédits nécessaires : il serait très désirable que cet exemple fût suivi par tous, et que le plus grand nombre possible de médecins d'Asiles pût ainsi, sans de trop grands frais personnels, et en dehors de leur congé annuel, dispo-

ser chaque année de quelques jours pour participer aux travaux du Congrès.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur le Ministre, l'expression de notre très haute considération (1).

Le Président français du Congrès pour la Session de Luxembourg,
Dr Henry MEIGE,
*35, rue de Grenelle, Paris VII*e.

Le Secrétaire permanent du Congrès,
Dr René CHARPENTIER.
6, Boulevard du Château,
Neuilly-sur-Seine (Seine).

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le Ministre a bien voulu adresser aux Préfets la circulaire suivante, qui donne entière satisfaction aux médecins des Asiles publics d'aliénés. Cela permettra au plus grand nombre d'assister au prochain Congrès de Luxembourg, qui promet d'être très intéressant et dont nous donnerons le programme dans le numéro d'avril des *Annales médico-psychologiques.*

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à Messieurs les Préfets.

Mon attention a été appelée sur les difficultés qu'éprouvaient souvent les médecins des Asiles à se rendre aux Congrès de neurologistes et d'aliénistes, en raison des frais qu'ils auraient à supporter de ce chef et qui, en l'absence de tout crédit spécialement destiné à les couvrir, restent finalement à leur charge.

Il y a cependant un sérieux intérêt à faciliter à ces praticiens l'assistance à ces réunions scientifiques, et cet intérêt concerne avant tout le département, puisque c'est tout d'abord l'Asile d'aliénés, établissement départemental, qui doit bénéficier des avantages que les médecins en retirent au point de vue de la science psychiâtrique et des améliorations à apporter au sort des malades à interner dans les Asiles.

Je vous serais donc obligé de vouloir bien, au moment où s'ouvrira la session du Conseil général, faire connaître à l'Assemblée départementale que je verrais avec plaisir qu'elle consentit à concourir à cette œuvre d'utilité générale et à inscrire à son budget un crédit destiné à indemniser les médecins de ces établissements des dépenses de voyage et de résidence qu'ils ont à s'imposer lorsqu'ils désirent prendre part aux Congrès nationaux ou internationaux ayant pour objet l'étude des questions relatives aux aliénés.

Veuillez communiquer la présente dépêche-circulaire au Conseil général et me faire savoir aussitôt après la session, la détermination qu'aura prise l'Assemblée.

Le Ministre,
G. LEREDU.

©BIUM

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE. — Les travaux pratiques de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris ont commencé le mercredi 2 mars, au laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, sous la direction de M. Piéron, et se continueront tous les mercredis de 2 h. 1/4 à 4 h. 1/2.

Ils portent sur l'étude expérimentale des sensations (sensations cutanées et sous-cutanées, gustatives, olfactives, auditives et visuelles) ; de l'émotion et des répercussions physiologiques des processus affectifs et de l'effort intellectuel (vaso-moteur, pouls, pression, respiration, réflexe psycho-galvanique), de l'activité motrice ; de l'efficience mentale (technique des temps de réaction en particulier), des processus intellectuels (perceptions, tachistoscopie, mémoire, etc...).

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté des sciences, guichet 3. Le droit à verser est de 60 francs.

LA REUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE de la Société de neurologie de Paris se tiendra à Paris les vendredi 3 et samedi 4 juin. — Question à l'ordre du jour : « Les syndromes parkinsoniens. » Rapporteur : M. Souques.

LA SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE célébrera le samedi 30 avril, à Bruxelles, le 25e anniversaire de sa fondation, en tenant une réunion extraordinaire (une séance le matin, une séance l'après-midi). — Question mise à l'ordre du jour : « La sénilité, étude psychologique et anatomique. » Rapporteurs : MM. Rodolphe Ley et Alexander.

RÉGLEMENTATION DES ACHATS DANS LES ETABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Circulaire aux Préfets du Ministre de l'Hygiène et de l'Assistance sociales

La question m'a été posée de savoir quelle est la réglementation applicable aux asiles publics d'aliénés au point de vue des maxima des marchés de gré à gré ou des achats sans marchés.

L'intérêt ne saurait vous en échapper. Les institutions d'intérêt collectif dotées ou non d'une personnalité propre, doivent recourir, en règle, à l'adjudication.

Un doute sur la validité de l'application aux asiles d'aliénés de tel ou tel statut ne saurait priver leur gestion financière des garanties de la concurrence et de la publicité.

©BIUM

Comment, d'autre part, déterminer le taux des maxima de leurs traités ou de leurs achats sans marchés.

La règle des communes et des établissements de bienfaisance prévue par l'Ordonnance de 1837 leur est-elle applicable ? Les maxima varieront d'après la population de la commune sur le territoire de laquelle sera situé l'asile, ou, comme on peut le soutenir, de la commune chef-lieu du département, siège de l'autorité qui a la direction de l'asile (Art. 1 et 2 de la loi du 17 juin 1918).

Admet-on que les asiles publics d'aliénés, malgré leur budget propre, ne sont pas dotés d'une personnalité distincte des départements ? Les maxima suivront les règles de la gestion du domaine privé départemental.

Si toute assimilation aux établissements régis par l'Ordonnance de 1837, aux communes et aux départements est impossible à découvrir, les maxima devront être fixés par une disposition *sui generis*, législative ou réglementaire.

Tout incline à penser que la loi du 17 juin 1918 ne peut point s'appliquer aux asiles publics d'aliénés.

Elle n'a trait qu'aux « établissements publics de bienfaisance régis par l'Ordonnance de 1837 » (Art. 2) ; or, l'Ordonnance de 1837, art. 1, régit les établissements de bienfaisance. Elle est inopérante à l'égard des asiles publics d'aliénés, institution d'assistance.

L'article 16 de l'Ordonnance du 18 décembre 1839 impose, il est vrai, aux asiles publics d'aliénés, les lois et règlements relatifs à « l'Administration des hospices et des Etablissements de bienfaisance », notamment en ce qui concerne « l'ordre de leur service financier, la surveillance de la gestion du Receveur et les formes de la comptabilité », mais il est manifeste que cette énumération vise la gestion du comptable, nullement la la politique financière des marchés ou des adjudications.

A un autre point de vue, la gestion financière des asiles publics d'aliénés participe à l'organisation du département (loi du 10 août 1871, art. 46 et 17).

La loi du 17 juin 1918, qui modifie l'article 115 de la loi municipale du 5 avril 1884, vise plus spécialement les communes et les établissements de bienfaisance. Elle laisse hors de son champ d'application les institutions départementales d'assistance, les asiles publics d'aliénés.

⁂

Par une note en date du 5 juillet 1918, le Ministre de l'Intérieur, sur une demande d'avis de mon département, répondit : « Si les asiles départementaux d'aliénés possèdent un budget propre, ils ne paraissent pas constituer en droit des établissements autonomes possédant une personnalité distincte du département ».

Les articles 46 et 17 de la loi du 10 août 1871 confirment cette idée en disposant que le Conseil général « statue définitivement »

©BIUM

sur les recettes de toute nature et dépenses des établissements d'aliénés appartenant au département, ainsi que sur l'approbation des traités passés avec des établissements privés ou publics pour le traitement des aliénés du département.

N'apparaît-il pas de la sorte qu'il convienne d'appliquer purement et simplement aux asiles publics d'aliénés la règle des maxima imposée aux administrateurs des départements.

M. le Ministre de l'Intérieur, dont j'avais demandé l'avis sur ce point précis, vient de me répondre par l'affirmative, ajoutant que « si les asiles possèdent un budget propre, ils ne paraissent pas constituer, en droit, des établissements autonomes, pourvus d'une personnalité juridique distincte de celle du département. Les maxima de leurs traités de gré à gré ou de leurs achats sans marchés seront donc les mêmes que ceux fixés pour l'Etat, par le décret du 23 août 1919 qui a porté à 3.000 fr. le maximum du prix des achats susceptibles d'être effectués sur simple facture et à 40.000 fr. le maximum de la valeur des fournitures pouvant faire l'objet des marchés de gré à gré, un décret du 24 octobre 1919 ayant modifié en ce sens l'art. 2 du règlement du 12 juillet 1893 sur la comptabilité communale.

Pour plus de certitude, j'ai voulu recueillir, en outre, sur ce point important de la gestion financière des asiles d'aliénés, l'avis du département des finances.

Le 26 août, M. le Ministre des Finances se ralliant à l'opinion de notre collègue de l'Intérieur, déclarait que « les établissements des asiles publics d'aliénés n'avaient point de personnalité juridique distincte de celle des départements dont ils dépendent et que les règles applicables à leurs marchés doivent être celles du règlement du 12 juillet 1893, modifié par le décret du 24 octobre 1919 ».

Je ne puis donc que vous inviter, à l'avenir, à appliquer aux marchés de gré à gré ou aux achats sans marchés des asiles publics d'aliénés, la réglementation de la gestion du domaine privé, de l'Etat et des départements.

Le Ministre :
Signé : J.-L. BRETON.

(Octobre 1920).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé)*. — 24.087

PAUL JUQUELIER

L'annonce brutale de la mort tragique du Dr Paul Juquelier a plongé dans la stupeur ses collègues et ses amis.

Il est profondément triste de voir disparaître, dans des circonstances aussi lamentables, un homme qui était considéré, à juste titre, comme un des représentants les plus brillants de la jeune école de psychiatrie française.

Remarquablement doué, d'une culture scientifique très étendue, s'exprimant facilement par la parole et par la plume, Juquelier était un grand travailleur et son activité ne se limitait pas au seul champ de la médecine mentale.

Dans ce domaine particulier, il n'épargnait ni son temps, ni sa peine : il faisait partie du bureau de nos différentes sociétés et du Comité de rédaction des *Annales*. Entré en 1905 à la Société Médico-Psychologique, il en était, depuis dix ans, l'un des secrétaires.

Sa mort nous prive d'un de nos meilleurs collaborateurs. Au nom de ses collègues de la Revue, en mon nom personnel, en souvenir de l'affectueuse amitié que nous avions l'un pour l'autre, j'adresse à sa mère et à ses parents l'hommage ému de nos respectueuses condoléances.

Henri COLIN.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

Chronique

La Retraite à 65 ans

Il ne saurait plus être question de polémiquer pour ou contre la décision prise : il n'y a qu'à s'incliner. Mais encore est-il loisible d'argumenter sur les modalités d'exécution du Décret du 1er mars 1921.

Il dit, en effet, simplement ceci : « La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à 65 ans. » C'est bref et c'est clair.

Peut-être pas aussi clair qu'il le paraît.

A la lettre, cela veut dire que, le jour même où un médecin d'asile aura atteint ses 65 ans, il devra cesser ses fonctions. Telle serait l'application stricte du Décret. Ce serait le *summun jus*, puisque chacun de nous serait frappé dans les

©BIUM

mêmes conditions. Aussi, dans une de ses dernières délibérations, la Société médicale des Asiles de la Seine a-t-elle émis un vote de principe en faveur de cette interprétation littérale du Décret.

Mais est-il certain qu'il sera procédé pour tous aussi strictement? Ou plutôt est-il possible qu'il le soit?

Par la première question on ne veut point émettre ici l'injurieuse hypothèse qu'une faveur quelconque puisse intervenir dans un cas particulier, et soit capable de faire oublier, pour un temps, la date exacte de naissance d'un collègue aimé des Dieux. Ce qu'on veut seulement signaler, c'est que, très vraisemblablement, il n'arrivera pas toujours qu'à la date précise, où sonneront ses soixante-cinq ans, chacun de nous sera mis en demeure d'abandonner, *ipso facto* et sans délai, ses fonctions.

D'abord, il faudrait que l'Administration supérieure ait constamment devant les yeux le tableau où serait indiqué le jour exact où elle devra, pour chacun de nous, faire fonctionner la machine à fendre l'oreille. Ce n'est certes pas impossible. Mais c'est déjà une première difficulté, la moindre. Il en est d'autres, et qui varient avec les situations particulières.

Sans parler de telles circonstances personnelles où il serait équitable et humain d'accorder un délai, aussi court soit-il, il faut songer à la continuité du fonctionnement des asiles, et au remplacement de celui qui partira.

©BIUM

Envisageons d'abord ce dernier point, et prenons le cas particulier de la Seine. Si, comme cela se présentera, deux médecins sont mis à la retraite dans le cours d'une même année, fera-t-on deux concours successifs pour pourvoir à leur remplacement ? Evidemment non. Alors, si le départ du retraité a lieu le jour même où il aura atteint sa limite d'âge, il faudra que ses collègues du même asile assurent son service jusqu'à ce qu'un remplaçant ait été nommé par le concours. Ce ne sera qu'au détriment des malades et au préjudice de ces collègues déjà surchargés de besogne. Et si l'événement se produit dans la période des vacances, on ne voit pas bien comment les services pourraient fonctionner. Aussi qu'arrivera-t-il en fait ? C'est que le premier médecin qui, en vertu du Décret, devrait partir, sera maintenu provisoirement jusqu'à la seconde vacance. Et alors ce n'est plus le *summum jus*, X. bénéficiant d'une prolongation de quelques mois, que n'aura pas son collègue Z.

En province c'est autre chose. D'abord, sauf le cas de force majeure, on ne voit pas bien les médecins-directeurs quitter leurs fonctions à n'importe quel moment de l'année : il y aura des problèmes en cours, d'ordre administratif ou financier, qui s'opposeront à un départ aussi hasardeux. Et ce qui apparaît justifié pour les médecins-directeurs devra s'appliquer aussi aux médecins-chefs ; il n'est pas de raison pour qu'il en soit autrement. Et puis il y a la question des successions à prendre. Depuis toujours les mé-

decins d'asile se sont plaints de ne pas être informés suffisamment à temps, et d'une façon officielle, des postes devenus vacants. Actuellement, sauf les cas imprévus, ils peuvent l'être, grâce au Décret, mais à condition de tenir, eux aussi, une comptabilité permanente et de ne pas perdre de vue le tableau d'ancienneté. C'est une occupation qui n'est pas du goût de tout le monde. En outre, dans le courant d'une même année, plusieurs places deviendront libres, successivement. Faudra-t-il risquer plusieurs déménagements pour arriver par étapes à la résidence préférée ? Ce ne serait pas l'idéal pour le fonctionnement des asiles, que ces mutations fréquentes.

Pour ces différentes raisons, qui ne sont qu'indiquées ici — on en trouverait facilement d'autres —, il apparaît préférable de fixer à une date déterminée de l'année, toutes les mutations à faire. Dans la Seine, l'intérêt pratique saute aux yeux ; il provient de la nécessité du concours et de l'impossibilité d'en instituer deux dans la même année. En province, outre l'avantage de ne pas interrompre bénévolement une direction en cours d'exercice, il y a, pour tous les collègues en quête d'un nouveau poste, avantage à pouvoir choisir entre plusieurs situations qui se présenteront simultanément. C'est ce qu'ils auraient loisir de faire si tous les changements avaient lieu en même temps. Et puis, surtout, une publicité officielle des places devenues vacantes pourrait être plus aisément répandue ; il n'y aurait plus alors de ces surprises dont on s'est plaint maintes fois dans le passé.

©BIUM

Enfin cette façon de procéder faciliterait et simplifierait la tâche de l'Administration elle-même.

Maintenant quelle date fixer ? En théorie, toutes sont bonnes sauf, peut-être, la période des vacances. En pratique, il serait préférable, semble-t-il, d'adopter la fin de l'année, ainsi qu'on le fait par exemple dans les hôpitaux. Dès lors le principe suivant pourrait être accepté : Quitteront leur emploi au 31 décembre tous les médecins ayant atteint dans le courant de l'année la limite d'âge de 65 ans. Sans doute il y en aura qui seront avantagés : ceux nés dans les premiers mois. Mais en fait, d'une façon ou de l'autre, il ne paraît guère évitable qu'il en soit autrement.

V. TRUELLE.

©BIUM

LE RÔLE DE L'HABITUDE

DANS LA COLONISATION FAMILIALE DES ALIÉNÉS

Par DALMAS et VINCHON

Médecins des colonies familiales de la Préfecture de la Seine

---

La possibilité pour certains aliénés du retour d'habitudes quasi-normales, condition d'existence des colonies familiales, nous a amenés à préciser les caractères de l'habitude dans l'œuvre des psychologues et à en tirer des déductions pratiques, empruntées à l'expérience des médecins attachés à ces établissements depuis leur fondation (1).

A l'interrogatoire d'entrée, quelles sont les réponses des malades aux questions classiques : « Etes-vous « satisfaite de votre séjour ici ? Préférez-vous être ici « ou à l'asile ? Pourquoi ? » Ces réponses sont : « Je « commence à m'habituer ou j'étais bien habituée à « l'asile, j'avais des bonnes compagnes, les sœurs, les « infirmières, les médecins étaient gentils pour moi » ; on peut les traduire ainsi : le traitement nouveau essayé a déjà donné des résultats ou n'en a pas encore donné ; il s'agit, en effet, d'une véritable thérapeutique, d'une psychothérapie collective dont les facteurs échappent pour la plupart à la conscience, mais n'en sont pas moins puissants. Cette psychothérapie collective sera complétée par un traitement individuel au cours des visites médicales et surtout à l'occasion des rechûtes qui amènent les malades aux infirmeries.

Nous allons tenter de dégager ces facteurs de la pratique empirique pour, ainsi, mieux connaître les indications et les contre-indications de cette thérapeutique. Qu'est-ce que l'habitude ? Littré la considère comme la « répétition fréquente et soutenue d'un acte quel- « conque, [l'] aptitude à répéter certains actes, [la]

---

(1) Rapports et travaux de MM. Aug. Marie, Truelle, Lwoff, Pochon Ameline, Rodiet, etc...

©BIUM

« disposition organique qui résulte de cette répétition « et qui la rend facile et même nécessaire ». En trois étapes, il mène ainsi l'habitude du moment où on la prend à celui où elle s'impose. Le mécanisme de cette évolution est éclairé par William James (1). Une habitude acquise, pour le physiologiste, c'est « une nou- « velle voie de décharge nerveuse créée dans le cer- « veau, voie que certains courants afférents tendent « désormais à prendre comme voie de sortie. » La première condition de l'habitude est *la plasticité,* nous pensons qu'elle doit être commune au sujet et au milieu qui agira sur lui, le milieu devant toutefois être moins plastique que le sujet. Mais comme l'un et l'autre jouissent d'une certaine *inertie,* le milieu moins plastique étant aussi moins inerte, l'adaptation, pour être stable, devra forcément être lente ; c'est sa meilleure garantie de durée.

Les lois de l'habitude dépendent avant tout des principes de la Physique.

La notion d'inertie, de la matière qui est pour le psychopathe son appareil nerveux, explique sa peine à quitter la mauvaise route « habituelle » : les voies de passage à travers les centres nerveux, fréquentées par l'habitude, deviennent les seuls chemins possibles, par où passent de véritables réflexes. Ces réflexes supérieurs fonctionnent grâce à une mécanique complexe, qui compte de nombreux engrenages : les mouvements s'enchaînent, une sensation musculaire déclenchant le mouvement suivant, jusqu'à l'impression finale qui termine l'acte.

Cette mécanique complexe simplifie la série de mouvements qui tendent vers le même but et décharge la conscience de leur surveillance attentive ; la fatigue diminue ; des automatismes indispensables sont créés. Il n'y a même pas de moment fixé pour le contrôle pendant l'acte, il peut accompagner le départ, être la conséquence de la sensation terminale et des effets des derniers mouvements, ou bien intervenir pendant l'action elle-même. Quand l'habitude sera solide, le

(1) William James. — *Précis de Psychologie,* p. 173 et suivantes.

©BIUM

contrôle de l'intelligence pourra encore être réduit et ainsi le pianiste étudiera avec soin la musique pendant que sa main court sur le clavier. Il faut noter quelquefois un appel brusque à l'intelligence, en plein automatisme, c'est qu'alors une autre habitude vient d'apparaître à l'improviste et tient en échec la première, dont elle interrompt le développement accoutumé.

L'habitude est devenue un tyran bienfaisant quoique sa main soit souvent lourde, comme dit Montaigne, c'est « une seconde nature et non moins puissante ; ce « qui manque à ma coustume, je tiens qu'il me man- « que et j'aimerais presqu'également qu'on m'ostât la « vie que si on me l'estimait et la retranchait bien loin « de l'état auquel je l'ai vescue si longtemps (1) ».

Rien d'étonnant alors que les habitudes deviennent des mœurs et constituent les liens sociaux les plus solides, toujours renforcés par une action réciproque. L'éducation, la profession les ont vues se former successivement, la vie active achève de les consolider.

Notre vie est ainsi une succession de passages du connu à l'inconnu, inconnu que nous n'appréhendons pas dès l'abord. Elle est une série de découvertes à travers la ville nouvelle de Bergson (2), la première fois que nous y pénétrons la « perception n'a pas en- « core organisé les mouvements confus qui l'accompa- « gnent puis (quand la ville nous est familière) les « mouvements concomitants sont organisés au point « de rendre la perception inutile ». Les premiers jours, nous sommes attentifs à notre itinéraire, mais à un carrefour reconnu, la marche est plus facile et comme automatique, jusqu'au moment où nous arrivons à une place inexplorée, où notre attention se réveille de nouveau. Les courses répétées nous apprennent la ville, comme l'entraînement les exercices physiques (3) que nous commençons par imiter confusément, d'après l'image d'une première impression : à ce moment nous ne savons pas décomposer les mouvements. Mais « le

(1) MONTAIGNE. — *Essais Paris*, 1659, T. III, p. 405.
(2) BERGSON. — *Matière et mémoire*, p. 93.
(3) Id., p. 115.

©BIUM

mouvement confus qui imite l'image en est déjà la décomposition virtuelle » ; après ces efforts d'imitation et avec l'aide du maître, qui nous apprend les détails, nous pouvons recomposer le mouvement et l'exécuter cette fois correctement. Tous n'arrivent pas ensemble aux succès, et il faut bien que quelqu'un gagne le prix, mais si les moyens sont inégaux, la méthode est identique ; elle est appliquée par le malade en proportion de l'intelligence et de la volonté qu'il conserve.

L'habitude transforme peu à peu les dispositions de la sensibilité, d'accidentelles elle les rend permanentes, créant un tempérament secondaire ou acquis (1), groupe d'habitudes fixées, à qui la résistance est difficile, parce que dans la règle elles continuent et confirment les habitudes innées, le tempérament héréditaire.

Il faut connaître chez le malade ces dispositions de la sensibilité, parce que ce sont les causes de son délire. Leur notion domine pour nous celle des formes des troubles mentaux, groupés dans des types cliniques assez artificiels. Si l'on ne considérait que ces types cliniques, on n'expliquerait pas le paradoxe de la présence d'un grand nombre de persécutés parmi les pensionnaires des colonies. Un médecin de Gheel n'a-t-il pas proposé de les éliminer de parti pris ; l'expérience des colonies de la préfecture de la Seine a prouvé son erreur.

***

Les dispositions de la sensibilité, les tendances sont groupées selon des modes qui donnent à chaque caractère sa couleur individuelle. Les classifications se sont montrées impuissantes à les ordonner avec méthode, à cause de la multiplicité infinie de leurs combinaisons ; certaines classifications sont trop générales comme celle de Fouillée ; celle de Paulhan est trop particulière et impose des limites qu'il faut franchir sans cesse si on veut y faire entrer les cas concrets. Chez les malades mentaux (2) du fait de la psychose qui tend vers le système, les caractères sont plus tranchés, les personnalités

(1) MAINE DE BIRAN. — *Mémoire sur l'habitude.*

(2) Nous éliminons la démence de cette étude, sauf la démence précoce.

©BIUM

mieux dessinées ; l'équilibre permanent est toujours un peu flou, tandis qu'il est possible de ramener les aliénés à des types cliniques qui réunissent les plus importants de leurs traits.

Le caractère pathologique est fait de tendances antérieures à la maladie qui persistent souvent malgré elle et surtout des tendances qui sont le fait de la maladie. Nous retrouverons la liste de ces dernières dans nos livres de psychiâtrie à diverses pages, notamment à la description des délires de revendication de Sérieux et Capgras : persécutés, ambitieux, hypochondriaques, altruistes, égoïstes, mystiques y apparaissent tour à tour montrant leurs paranoïas respectives. Celles-ci sont presque pures, à cause de l'état d'exaltation passionnelle.

Mais, là encore, il faut faire intervenir des questions d'espèces : il y a des degrés dans l'exaltation et parfois celle-ci est assez modérée pour permettre l'intimidation par les moyens dont dispose la Société ou l'hésitation sous le coup d'un rappel des sentiments affectifs normaux. Des aliénistes n'hésitent pas alors à rendre à la liberté ces malades, après que leurs réflexions ou leur attitude ont prouvé une crainte salutaire des gendarmes. D'autres fois, une exaltation violente tombe au bout de quelques mois comme on le voit chez les Hébéphréniques. Dans d'autres cas, l'excitation n'apparaît que par périodes et après une série de périodes n'est plus que verbale et se traduit seulement par des gestes sans portée. Les colonies abritent bon nombre d'hébéphréniques calmés et d'hypomaniaques assez tranquilles.

Au cours de la maladie elle-même, comme une suite logique de son évolution, d'autres tendances peuvent apparaître qui contrebalancent les premières tendances morbides. On assiste là à une sorte de guérison du trouble intime d'où est sorti le délire, des idées de sens contraire compensant les idées pénibles écloses sous l'influence de ce trouble : telles sont les idées ambitieuses des dernières périodes du Délire chronique et les rêveries des paranoïdes qui remplacent par des images heureuses explorées par la psycho-analyse les déceptions et les chagrins du début de leur affection.

©BIUM

Le persécuté ambitieux est un bon malade de colonie, de même le paranoïde, si la rêverie n'a pas trop envahi l'intelligence et permet encore une apparence de vie sociale. C'est dans ce sens que Masselon disait que le Dément précoce s'adapte bien à la vie familiale.

Enfin ces tendances qui, menant le sujet jusqu'à l'acte, parcourent tout le cycle de l'intelligence et de la volonté sont en rapport étroit, au point de vue pratique, avec le plus ou moins d'intégrité de celle-ci.

On a observé que le fou moral était dangereux parce que peu diminué psychiquement, mais la même raison pourra faire qu'il opposera à des tendances perverses d'autres tendances qui l'empêcheront de franchir les bornes de la morale sociale. Les positivistes ont eu raison de montrer l'action sur les tendances de l'aptitude à agir, à maintenir, à résister, qui est pour eux le caractère ; leur point de vue social rejette ainsi les tendances au second plan. Il n'est pas jusqu'au délire lui-même qui ne puisse être ébranlé à certaines heures à la faveur d'une possibilité passagère de jugement et quand les troubles de la sensibilité sont assez réduits pour permettre la discussion ; dans les états post-confusionnels et ceux qui succèdent aux diverses psychoses toxiques ou infectieuses, on voit les convalescents hésiter entre le souvenir des mauvais rêves et la présence de la réalité. Celle-ci leur serait encore plus tangible, dans le milieu quasi-normal de la colonie et il est à regretter qu'ils n'y soient pas plus nombreux.

En tout cas, même si elle ne modifie pas l'activité délirante, la conservation d'une certaine intégrité intellectuelle est utile à nos malades ; c'est elle qui permet au persécuté des colonies son attitude correcte et ses relations avec la population. D'autre part, le fléchissement momentané de l'intelligence et surtout de la volonté peut avoir, suivant les cas, des conséquences heureuses ou défavorables. Un douteur, un mélancolique qui hésite et ne peut se mettre en train ne commettra pas un acte grave ; son jugement ne montre pas nettement à son activité la marche à suivre, à plus forte raison si la décision à prendre et à exécuter est importante. D'autres fois, une impulsion malheureuse peut le contraindre à agir brusquement. De nombreux psychopathes sont éter-

©BIUM

nellement à la croisée de deux routes et ne savent pas choisir ; quand ils choisissent, c'est parfois à rebours de leurs désirs ; cet état est réalisé schématiquement dans la situation du dément précoce négativiste suivant la conception de Bleuler, mais ses actes normaux ne sont pas remarqués et on ne note que ceux où apparaît le négativisme. Enfin la suggestibilité qui est due à la suspension momentanée ou définitive des fonctions qui nous occupent, permet d'expliquer comment tant de débiles et de déments s'adaptent bien à la vie familiale.

Mais quelles que soient les variétés des tendances, leur intensité, l'équilibre apporté par des tendances compensatrices, antérieures ou récentes, et l'état de l'intelligence et de la volonté qui interviennent dans l'invasion brutale ou dans la défense contre celle-ci, un trait d'ensemble domine le caractère de l'aliéné, son égoïsme. C'est l'égoïsme d'un malade et malgré l'inertie de cette force, le milieu finira par trouver derrière cette barrière, en somme fragile, la plasticité dont il a besoin. Les formes altruistes des psychoses ne sont que des apparences auxquelles il ne faut pas se fier, comme on le voit en analysant les réactions qui en sont les conséquences (1). Petit à petit, le moi hypertrophié devient envahissant et le milieu s'y prête lorsqu'il y trouve son avantage. Une malade placée à la campagne donne tous ses soins aux animaux de la basse-cour, parce qu'elle les croit sa propriété, une autre travaillera sans salaire dans une ferme qu'elle croit être à elle ; mais un jour viendra où les nourriciers d'abord enchantés auront à souffrir de ne plus être maîtres chez eux, et nous demanderont de reprendre les malades.

Toutefois cet égoïsme n'exclue pas certaines habitudes sociales : une persécutée à l'amour-propre fort vif s'accommode bien d'une débile ou d'une imbécile qu'elle finira par soigner elle-même en y prenant plaisir ; d'autres, assez rares il est vrai, après 10 ou 15 ans de vie commune, deviennent de véritables membres de la famille qui les nourrit ; mais la plupart des malades conscientes défendent jalousement leur vie intérieure, considèrent au fond d'elles-mêmes le paysan avec le

(1) VALLON et PERRIN. — *Crime et altruisme*, Lyon, 1913.

©BIUM

dédain d'une citadine aux champs, et lui reprochent ses défauts et ses infériorités que nous apprécions au contraire, nous autres médecins, pour les services qu'ils nous permettent de lui demander.

Comment allons-nous nous documenter sur les différentes tendances, qui forment les caractères de nos malades et qui vont orienter les habitudes nouvelles au fur et à mesure de leur formation ? De l'asile, un certain nombre de renseignements nous arrivent : tout d'abord, les diagnostics des certificats variant avec les préférences nosographiques de leurs auteurs et où sont mentionnées les réactions, premier point important. En second lieu, le médecin de la Colonie qui fait le choix a pu se livrer à une courte enquête auprès de son confrère, enquête qui est surtout fructueuse dans le domaine administratif de ce dernier. Si les infirmières de la buanderie, du vestiaire, des cuisines montrent de la résistance quand il s'agit du départ d'une malade, c'est le plus souvent que le caractère de cette malade est bon, qu'elle vivra facilement dans le petit noyau social qu'est la famille du nourricier, parce qu'elle ne sera pas une gêne pour elle et parce qu'elle lui rendra service. A l'arrivée, après le voyage, la malade est fatiguée et émue, elle sent de suite que sa vie n'est plus encadrée par les règlements de la vie intérieure de l'asile, elle a dû prendre des initiatives nouvelles et sait que ce n'est qu'un commencement. Ces circonstances sont particulièrement favorables à la mise en lumière des tendances dominantes ; nous devinons celles-ci dès le débarquement du convoi ; au milieu des déprimées et des démentes impassibles, quelques malades se distinguent par leur allure différente, qu'accentue encore le costume (le costume de la vie libre qu'elles ont mis pour voyager) ; à l'interrogatoire, le ton, les gestes nous indiquent les questions à poser. Mais il faut compter avec une dissimulation consciente ou inconsciente et certaines tendances anciennement refoulées, dans le dernier cas, sont intéressantes à connaître ; c'est alors que les méthodes de la psycho-analyse peuvent être utiles : il y a des rêves, d'une symbolique facile et si fréquente qu'il faut les considérer au même titre que des symptômes objectifs ; des gestes, des

©BIUM

distractions, des lapsus favorisés par la fatigue viennent confirmer les notions apportées par les rêves ; plus tard, il sera facile de pousser plus à fond l'examen, mais pour le moment il est utile de connaître une tendance « refoulée », surtout chez une femme ; cette tendance dépendant le plus souvent d'un complexe érotique, qui se traduit par des actes circonscients capables de jeter des troubles dans son futur milieu. De plus, la surprise d'un secret augmente toujours notre autorité sur celle qui le croyait bien gardé.

Cet examen de l'entrée, tel qu'il est pratiqué actuellement, en même temps que l'examen physique indispensable, va nous permettre d'établir un bilan suffisant du caractère du malade et de la possibilité de nouvelles habitudes très différentes de celles de l'asile.

A l'asile, en effet, les habitudes sont peu nombreuses et très fixes ; les tendances ne peuvent se résoudre en action que dans des limites rigides. Après un séjour assez court, le convalescent qui sort a peine à reprendre l'habitude de la vie ; le malade qui reste plus longtemps, s'il ne veut pas travailler, devient facilement flâneur et paresseux ; les infirmiers savent à quelle heure et en quel endroit ils le trouveront au cours de sa promenade ; il s'assied toujours sur le même banc, fait les mêmes gestes et raconte les mêmes histoires. Si la définition des stéréotypies des déments précoces se limitait à cette répétition invariable, on pourrait dire que tous les actes des pensionnaires d'asiles sont stéréotypés. En outre, à l'asile, les seuls liens sociaux possibles sont avec des aliénés capables seulement d'amitiés frustes, presqu'animales ; des liaisons intimes et complètes sont difficiles avec eux en raison de leur égoïsme. Le malade qui travaille échappe à la monotonie de l'existence dans les quartiers, mais à l'atelier le travail n'est possible que dans un cadre encore sans souplesse ; les moins malheureux sont les employés de la ferme. Le pensionnaire d'asile touche un pécule qui lui fait plaisir, mais il y a une grande différence entre cet argent remis par la voie administrative et le gain journalier que le malade des colonies peut utiliser à son gré.

La vie familiale dans une petite ville permet, au con-

©BIUM

traire, une certaine variété ; il n'y a plus de contrainte sauf dans quelques « placements fermés » qui restent l'exception, mais la possibilité de se promener, de travailler, de vivre suivant ses goûts. L'uniforme même n'est pas obligatoire pour les malades corrects et tranquilles qui apprécient beaucoup la permission de porter leurs propres vêtements. Le pensionnaire des colonies parle à qui il veut et quand il veut et, fait important pour la formation d'habitudes quasi-normales, ces relations quotidiennes le mettent en contact presqu'exclusivement avec la santé morale, le robuste bon sens des gens de la campagne.

Après l'émoi du début, sa première impression est celle de la liberté, dont Magnan a montré l'importance en thérapeutique mentale quand il a supprimé la cellule et la camisole de force ; ici de nouvelles barrières tombent encore et leur suppression a la même influence heureuse, toutes proportions gardées. Enfin le grand air, la vie des champs, par l'amélioration de l'état physique agiront favorablement sur les troubles mentaux.

La nouvelle pensionnaire a subi presque toujours un long internement, pendant lequel elle a fixé dans une certaine mesure l'expression « socialisée » de son délire (1) ; les troubles cœnesthésiques du début qui ont fait naître en elle l'angoisse et l'inquiétude sont moins intenses après l'évolution chronique ; il reste surtout maintenant un pli acquis par la pensée et qui se traduit par des réactions également atténuées. Mais comme la vie d'asile n'apporte aucune dérivatif, la malade est tout entière à son délire. Quelle place va prendre celui-ci, quand les nouvelles habitudes auront été incorporées au caractère ? Dans les cas heureux, ce délire passe à l'état d'habitude (2) et subit le sort des préoccupations ou des chagrins anciens chez les gens normaux qui ont vieilli. Nous connaissons parmi nos malades une couturière, qui a pu reprendre son métier avec le même succès qu'autrefois auprès de ses pratiques et ne parle de son délire que devant le mé-

(1) BLONDEL. — *La conscience morbide*.
(2) MIGNARD. — *Psychologie des délires*, in Traité Sergent.

decin ou le visiteur de placements. D'autres fois, quand persiste le trouble intime, nous assistons au déroulement d'une série de périodes d'équilibre instable, avec changements fréquents de placements qui rappellent les déménagements des persécutés avant leur internement. D'autres fois encore, la formule du délire change avec l'apparition de ces tendances de compensation dont nous avons parlé. Mais quelle que soit l'interprétation de ces transformations du délire, qui ne sont pas toutes le résultat du séjour à la colonie, un fait reste certain, c'est l'action indiscutable de ce séjour sur le caractère de l'activité du malade, c'est la création certaine de la récupération d'habitudes normales. Marie a résumé ces constatations dans une formule heureuse : « Le malade paraît plus raisonnable qu'il ne l'était et parfois le devient réellement. » Les statistiques prouvent cette action indubitable de la vie à la colonie, puisque d'après Marie et Lwoff un tiers des malades s'adaptent, un tiers restent indifférents (les déments et les imbéciles sont nombreux), un tiers réclament contre leur situation et demandent leur sortie, sans la désirer trop vivement d'ailleurs, puisque les évasions sont rares.

⁂

Nous devons maintenant étudier le milieu, l'ensemble des forces qui auront raison de l'inertie du sujet et, faisant appel à sa plasticité, créeront ainsi de nouvelles habitudes. Ce milieu, c'est la population de toute une région du Berry, sur les confins du Bourbonnais. Les malades sont répartis au milieu d'elle de façon à « être noyés dans un milieu normal » (Delasiauve). C'est là une condition importante, la collectivité saine agissant surtout par sa masse : « Pourquoi veut-on la pluralité ? dit Pascal, est-ce à cause qu'ils ont plus de raison ? non plus de force. » Nos paysans assez passifs, ne tentent pas de faire appel à la raison, peut-être parce qu'ils ont au fond d'eux-mêmes une conscience obscure de cette vérité. D'autre part, la nature de leurs mœurs est aussi particulièrement favorable : celles-ci sont très stables : au village les habitants vivent comme leurs grands-pères, avec un peu plus de confort aujour-

©BIUM

d'hui, puisque les travaux des champs sont très rémunérateurs, mais ils n'abandonnent pas la simplicité et le calme traditionnels, qui se traduisent même dans leur voix, un peu chantante : ceux qui avaient le goût de la vie moderne sont partis à la ville et ne reviennent que rarement. Les grandes voies ferrées sont à plus de trente kilomètres : dans un seul village, il y a un service d'automobiles publics.

L'industrie est inexistante, en dehors de très petites entreprises, qui n'amènent pas de grands mouvements de population. Dans les rues, le calme surprend et est à peine troublé les jours de marché. Enfin la patience, commune à presque tous les paysans, donne à l'ensemble du milieu cette plasticité relative qui permet d'éviter les heurts.

Plusieurs auteurs étudiant les colonies en France et à l'Etranger ont voulu faire intervenir l'altruisme et en tirer des déductions sentimentales. Il est possible qu'à Gheel des habitudes altruistes soient l'héritage d'une tradition qui remonte à plusieurs siècles, mais il n'en est pas de même dans le Berry où nous verrons à quoi il se réduit. Un mobile personnel bien autrement puissant chez le paysan, c'est l'intérêt, si le nourricier nous demande des malades, c'est qu'il y a intérêt ; s'il les soigne bien, c'est pour la même raison. L'amour-propre ne joue qu'un rôle secondaire et ses blessures sont toujours en même temps celles de l'intérêt.

Pendant que l'homme va à ses occupations, c'est la femme qui s'occupe exclusivement de nos malades, condition heureuse qui nous est imposée par les mœurs, car plus que l'homme elle est poussée par des sentiments vers les êtres faibles, qu'elle sert avec une adresse instinctive, mais ce n'est qu'une ombre pâle de la véritable figure de l'altruisme. D'ailleurs, l'intérêt n'est jamais absent, même de ces soins assidus, comme l'économe le constate lorsqu'il est question d'indemnités nouvelles ou d'une augmentation du prix de journée.

L'Interpsychologie (1) va bientôt nous apprendre les échanges réciproques entre nos malades et ce milieu, qui comprend le ménage du nourricier, les

(1) Pr Dupré. — Rapport du Congrès de Strasbourg, 1920.

©BIUM

enfants et souvent les animaux de la ferme, dont le rôle n'est pas négligeable chez les aliénés, égoïstes envers leurs semblables, mais facilement zoophiles. Au début, quand le malade n'est pas encore adapté, l'imitation plus ou moins adroite de la vie normale retrouvée est aidée par une surveillance plus constante, à la fois instinctive et avertie, l'expérience ayant instruit les nourriciers. Le malade les aidera dans leur ménage, ira aux champs avec eux. Si ces essais réussissent, les échanges seront plus fréquents ; l'exemple exercera sa contagion heureuse ; les habitudes simples, tranquilles et stables du paysan, peu modifiées par la présence du nouvel hôte finiront par lui être imposées : l'action du milieu donnera son rendement maximum, ce sera le temps des interréactions mixtes, les plus profitables. Parfois le malade s'attachera à sa chambre, au jardin, aux animaux, aux enfants et par leur moyen trouvera le lien sympathique que l'indifférence apparente de beaucoup de paysans ne lui a pas permis de découvrir tout d'abord.

D'autres fois, l'intervention du personnel de la Colonie familiale fera naître des circonstances heureuses, et un emploi approprié au caractère du malade aura sur lui une action bienfaisante qui complètera celle des nourriciers.

En pratique, l'adaptation par formation de nouvelles habitudes est rapide et peut être vérifiée au moment du certificat de quinzaine : si l'on constate des heurts, de l'incompatibilité d'humeur, une hésitation devant le confort sommaire des maisons rustiques, il faut, suivant le conseil de Marie, savoir attendre, remettre le changement à une date ultérieure, faire patienter nourriciers et malades : le médecin interpose sa propre plasticité entre deux éléments qui, parfois, en manquent encore l'un et l'autre. Pendant ce temps, les inerties respectives seront vaincues et l'adaptation se fera par formation d'habitudes réciproques.

La vie sociale retrouvée, qui s'offre chaque jour à notre contrôle, montre bien mieux que les tests la diminution psychique de tous nos malades, même quand ils paraissent intelligents. Ce serait une erreur grave de leur proposer des modèles supérieurs à ceux qu'ils

©BIUM

ont sous les yeux : ils se montreraient incapables de les suivre. Ils s'arrêtent dans leurs progrès, souvent assez vite et bien loin de l'état de l'homme vraiment maître de lui. Quand ils en ont conscience, ils réclament d'être guidés : s'ils sont abandonnés à eux-mêmes, des souvenirs d'habitudes anciennes et mal adaptées aux conditions présentes, reviennent à leur mémoire et ils offrent le tableau de l'indécision. Il faut qu'un projet leur tienne bien au cœur pour qu'ils l'exécutent correctement et au moment voulu.

Un événement nouveau jette immédiatement le trouble dans leurs actions. Les fêtes, les manifestations collectives importantes amènent de nombreuses réintégrations à la colonie. Les tests montrent que les souvenirs sont conservés, mais la pratique apprend qu'ils ne sont plus utilisés avec le même fruit. C'est dire qu'un malade adapté sera toujours un malade, et que sa valeur sociale sera forcément inférieure.

Mais ce n'est pour nous, dans l'état actuel des choses, qu'un but théorique de rendre des hommes à la société, l'essentiel est de découvrir des conditions d'équilibre et l'expérience prouve qu'elles sont souvent réalisées. Les actes graves sont rares, puisque les statistiques en comptent à peine 5 pour 1.000 dans une année. Mais ce qui montre une certaine instabilité de notre équilibre et fixe les proportions de cette instabilité, ce sont les 150 cas de réintégration à la colonie dans le même temps pour courtes crises d'excitation, violences, scandales légers : bon nombre de ces réintégrations ne sont que passagères.

Les cas particuliers que l'on rencontre dans la pratique de la colonie sont nombreux, mais ne présentent pas de grandes difficultés en raison de la variété des placements. Le plus souvent, plusieurs malades (deux ou trois) sont groupés dans la même chambre. Quelquefois, une pensionnaire partage la chambre d'une femme seule. Des persécutées « qui incorporent d'abord le milieu de leur délire, puis ne lui demandent plus qu'une neutralité bienveillante » (Lwoff) vivent solitaires et font elles-mêmes leur cuisine. D'autres fois encore, une malade consciente est associée à une inconsciente et aide la nourricière à la soigner.

Dans l'espoir de faciliter l'adaptation au milieu, un médecin a essayé de réunir des malades d'un même asile, des membres d'une même famille, mais ces derniers essais ont été malheureux ; quand deux sœurs sont internées ensemble, il s'agit bien souvent d'un délire à deux et il faut continuer la sage tradition qui veut qu'on les sépare. Truelle, qui avait dû résoudre les problèmes que pose toujours une institution nouvelle, avait établi dans ce but un questionnaire pour ces cas particuliers et faisait intervenir les réponses dans le choix des placements. En règle générale, nous pouvons dire que le placement urbain convient à celui qui est capable d'une certaine vie sociale et le placement à la campagne à celui qu'isole de ses semblables son délire ou son état mental.

⁂

Ainsi à chaque visite, à chaque nouvel examen, depuis les certificats d'entrée et de quinzaine, nous sommes amenés à constater ce rôle des habitudes que crée ou transforme le séjour à la colonie familiale. Si les difficultés surviennent, nous posons immédiatement la question du caractère, dont les habitudes sont fonction ? Pourrons-nous trouver un nouveau milieu où le caractère de notre malade lui permettra de s'adapter dans de meilleures conditions ? La notion du caractère passe avant celle de la forme des troubles mentaux pour le médecin des colonies ; elle lui est imposée par les nécessités quotidiennes, qui l'obligent à réaliser artificiellement des conditions rares dans la vie courante, quand l'aliéné trouve seul le moyen de se mêler à la société sans trop attirer l'attention. Il y a là un fait particulier à la colonie et qui peut ouvrir à la Psychiâtrie des voies intéressantes.

Il n'est pas sans intérêt non plus de vérifier que les faits de chaque jour confirment la conception de William James et que les principes du pragmatisme sont les meilleurs guides pour l'étude de la vie active, même limitée à des formes inférieures, puisque chez nos malades il ne reste que peu de place pour le consentement personnel, qui renforce ou corrige les habitudes de l'homme normal.

©BIUM

L'ŒUVRE DU DISPENSAIRE DES MALADIES MENTALES A STOCKHOLM

Par le Dr V. WIGERT

Médecin de la Clinique des Maladies mentales de Stockholm

« L'aliéné est celui qui est enfermé, le psychiâtre « est celui qui enferme. » Telle est l'expression très nette et très gauloise par laquelle Déjerine définissait un jour la situation qui existait de fait il y a quelques dizaines d'années, lorsque l'activité du psychiâtre se limitait à l'asile d'aliénés, qui n'était guère autre chose qu'un simple établissement d'internement.

A mesure que la connaissance des maladies mentales s'approfondissait et que les vues s'élargissaient, on est arrivé à comprendre que l'asile moderne doit avoir d'autres buts et que le champ d'activité de l'aliéniste ne saurait et ne pourrait se laisser borner par les murs de l'asile. C'est ainsi qu'en France M. Brunet a, de la manière la plus évidente, démontré que l'on ne saurait laisser sans une assistance convenable le grand nombre de malades mentaux pour lesquels un traitement rationnel demande au médecin une compétence spéciale, et pour lesquels un traitement de contrainte est absurde.

Tellement grand est le nombre de ceux qui ont besoin de cette assistance, tellement important est le devoir social qui s'impose à ce sujet, qu'on pourrait se demander si l'activité principale de l'aliéniste ne se portera pas un jour au dehors des asiles.

Or, faire profiter de l'expérience du psychiâtre tous ceux qui sont atteints de maladies mentales légères, et qui errent maintenant sans refuge d'une institution de secours à une autre ; intervenir dans les premières phases de la maladie et chercher à prévenir un écroulement psychique complet, redonner une place normale dans la société à ceux qui sont guéris d'une maladie mentale plus grave ou qui en conservent une invalidité plus ou moins grande, voilà les buts princi-

©BIUM

paux que l'on doit se proposer en faveur des aliénés hors des asiles.

Pour y tendre, il faudra créer de nouvelles organisations d'assistance publique des aliénés. Une simple polyclinique ordinaire ne suffit point. Sans déprécier l'efficacité dans plusieurs cas d'un traitement purement médical (au sens le plus vaste du mot), on peut dire que les moyens les plus importants dont on dispose sont d'un tout autre domaine, savoir l'assistance sociale. Dans certains cas, la maladie mentale résulte de différentes circonstances extérieures, et une thérapeutique rationnelle doit avoir en vue leur amélioration. Dans nombre d'autres cas, où la maladie a une genèse plus indépendante du milieu, ce sont ces conditions défavorables qui déterminent le caractère asocial du malade. Placé dans un milieu mieux assorti aux faiblesses individuelles du malade et à ses forces, ses troubles diminuent et sa valeur sociale augmente. Mais pour agir sur les conditions extérieures, il faut que le médecin puisse recourir à des auxiliaires ayant le pouvoir d'intervenir sous sa surveillance dans des directions très variées. Sans cette aide, le médecin reste souvent impuissant.

Voilà les idées fondamentales auxquelles répond le « *Dispensaire pour maladies mentales* », qui depuis quelques années fonctionne à Stockholm grâce à une initiative privée. Cette organisation commença à prendre racine dès 1914, lorsque, sur la proposition du Docteur O. Kinberg, et après une souscription faite par l'auteur, Mme Else Kleen, on fonda à Stockholm un poste de « *curateur des aliénés* ». A cette place fut nommée Mlle G. Rodhe, qui l'occupe encore. Le devoir qui, dès l'abord, incombait surtout au curateur fut de prendre soin des effets et des biens appartenant aux aliénés, ainsi que de leurs affaires pendant le temps où, par suite de leur séjour dans les asiles, ils en étaient eux-mêmes empêchés. De quelque importance que fût ceci, il devint pourtant bientôt évident que le curateur avait d'autres missions à remplir, pour la réalisation desquelles il fallait une organisation bien plus vaste que les simples fonctions trop limitées de curateur.

©BIUM

Dans un rapport fait à la Société Psychiâtrique suédoise, le 28 septembre 1916, j'ai traité cette question, et j'ai dit entre autres choses ce qui suit :

« Il faudrait une organisation qui, en plus du fonctionnement d'une polyclinique, pût surveiller les malades se soignant eux-mêmes ou soignés dans leurs familles, une organisation qui pût donner des conseils et des secours où cela serait nécessaire, qui pût procurer du travail et des logements, seconder les malades dans leurs essais, le plus souvent infructueux, pour se procurer l'appui de l'Assistance Publique, surveiller la marche de la maladie, et intervenir au besoin, et, en un mot, exercer véritablement le rôle de dispensaire. »

Peu de temps après eut lieu une réunion de personnes s'intéressant aux questions sociales, où fut instituée la « *Ligue de secours aux malades mentaux* », qui devait avoir pour objet de pratiquer à Stockholm l'assistance sociale, et de venir en aide aux personnes atteintes de maladies mentales.

Lorsque la charité privée eut fourni les ressources nécessaires, on ouvrit le 22 octobre 1917 le dispensaire des maladies mentales. Les consultations ont lieu deux fois par semaine. Depuis le début, j'ai assumé la fonction de médecin de ce dispensaire.

Le travail social a été confié à la curatrice qui doit nécessairement être présente aux consultations.

Dès le commencement de son fonctionnement, le dispensaire a été soutenu de la manière la plus bienveillante par la Commission municipale de santé. En 1918, il reçut de la ville une subvention de 6.500 couronnes ; cette allocation s'est accrue d'année en année, et pour 1921 on a demandé et obtenu la somme de 14.000 couronnes.

L'affluence des clients à cette nouvelle institution prouve que celle-ci répondait à une nécessité urgente. En 1918, 162 personnes se sont adressées à elle, 237 en 1919 et 308 en 1920.

Le plus grand nombre des clients sont venus spontanément au dispensaire, ou y ont été envoyés par les polycliniques ou les médecins particuliers. Il arrive souvent aussi que d'autres institutions municipales envoient des malades au bureau : telles sont, par exem-

ple, l'assistance judiciaire, et le service d'assistance publique de secours. Un groupe important se compose aussi de malades sortis des asiles. Il n'est guère nécessaire de mentionner que dans le dispensaire toute contrainte est exclue, et que le seul lien qui attache les malades à l'institution est le secours qu'ils en reçoivent.

Quant à la nature des maladies qui sont traitées, voici, à titre de renseignement, les chiffres relevés pour l'année 1920 :

Psychonévroses	53	Alcooliques	6
Psychopathies constitutionnelles	3	Psychoses séniles et préséniles	5
Imbécillité et idiotie	10	Paralysie générale	6
Psychoses mécaniques dépressives	39	Epilepsie	5
Psychoses paranoïdes	13	Autres maladies mentales.	28
Démence précoce	50	Non atteints de maladies mentales	9

Que peut faire le dispensaire pour les malades qui s'adressent à lui ? En premier lieu, il prescrit un traitement purement médical ; mais comme il entre dans son programme de chercher à assister les malades sous tous les rapports, il doit prendre parfois, par la suite, les mesures les plus variées. Sans présomption aucune, le bureau examine chaque cas particulier, et tout ce que l'on trouve de bon à faire en faveur du malade, on l'essaie. On s'occupe de logements, de travail, de mariages, de divorces, d'enfants, d'affaires, de procès, de tuteurs, de secours de l'Assistance publique, et d'établissements de bienfaisance privée, d'admission aux hôpitaux, aux asiles, aux maisons de repos, aux institutions pour arriérés et aux écoles d'anormaux, ainsi que d'une foule de détails dont les malades ou leurs familles ne sauraient eux-mêmes s'occuper. Pour donner un exemple de l'étendue du champ d'action que peut avoir le dispensaire, il suffit d'indiquer qu'il s'est actuellement chargé d'une affaire de chaussures que lui a confiée une malade : celle-ci est toute seule au monde, et à la suite d'une mélancolie légère, elle se trouve dans une maison de repos. Or, il faut dire que, quelque temps auparavant, alors que l'on ne pou-

©BIUM

vait encore avoir recours à l'assistance du dispensaire, cette affaire a été tout près de crouler.

Le dispensaire peut au besoin distribuer des secours là où il le faut. Les sommes d'argent employées à cet usage sont en partie fournies par des particuliers, en partie allouées par la ville.

Assurément on ne peut guère donner un compte rendu systématique d'un travail aussi varié, et nous ne mentionnerons ici que quelques branches importantes.

L'action purement médicale y joue un grand rôle. Dans divers cas, les prescriptions médicamenteuses et diététiques, de même que la psychothérapie sont de la plus grande importance. Dans d'autres cas, par exemple dans les maladies périodiques, il importe que le médecin puisse en suivre la marche et exercer sur le malade une certaine surveillance pour intervenir dès que l'exige la maladie. Bien souvent, il faut que le médecin délivre des certificats concernant l'état du malade. L'assistance sociale doit nécessairement aussi rester soumise à la direction du médecin. Il est à regretter que les ressources disponibles ne permettent pas que l'action du médecin s'exerce jusque dans le domicile des malades. Sans contredit, la visite d'un médecin compétent dans la famille serait souvent d'une grande utilité. Ces visites n'ont pourtant lieu pour le moment que très rarement.

Le rôle principal et en même temps le plus difficile du dispensaire est de procurer du travail aux malades. Celui-là seul qui a vu les choses de près peut se faire une idée des difficultés que rencontrent à ce point de vue les personnes atteintes d'une maladie mentale et jusqu'à quel point elles sont dans l'incapacité de se procurer un travail qui convienne à leurs aptitudes. Des préjugés innés contre les aliénés contribuent aussi à rendre leur situation difficile.

Il faut donc nécessairement qu'on choisisse le travail avec le plus grand discernement en tenant compte de la capacité individuelle de chaque malade. A un tel conviennent surtout les travaux d'agriculture, tel autre est plus à sa place dans un atelier sous une bonne direction, tel autre encore réussit mieux en travaillant

©BIUM

dans sa famille, etc. Ce qu'il faut en premier lieu, c'est avoir du malade une connaissance intime, tel que le dispensaire sera en général capable de la procurer. Quand ensuite il s'agit de trouver le travail convenable, le talent du curateur, sa connaissance des différentes particularités de la vie du pays, ses relations dans les divers domaines de l'activité sociale et sa vigilance sont souvent soumises à une rude épreuve. Grâce à la confiance que le bureau a réussi à obtenir des différentes institutions sociales, la facilité de trouver des places a augmenté peu à peu, et même chez plusieurs particuliers, le bureau est parvenu à dissiper la méfiance qui s'exerçait contre le malade quémandeur de travail.

Il importe que le patron ait une connaissance parfaite des défectuosités du malade pour qu'il puisse au besoin prendre les mesures nécessaires et il incombe au bureau de l'en avertir. Il faut aussi que le patron soit en contact avec le bureau, en cas qu'il arrive quelque chose d'imprévu.

Bien qu'il soit maintenant moins difficile de procurer du travail au malade, il faut avouer que les ressources sont à cet égard très minimes, c'est surtout le cas pour les nombreux malades qui auraient besoin de soins particuliers : il leur faudrait trouver place dans des familles habitant loin des grandes villes où ils pourraient gagner par leur travail au moins leur nourriture et le logement, peut-être même un salaire réduit. Il est pourtant à espérer qu'à mesure que le mode d'action du bureau sera connu et qu'il aura réussi à gagner la confiance générale, un nombre de plus en plus grand de familles seront disposées à recevoir nos protégés. C'est une grande force de travail que l'on perd maintenant en fermant les portes aux personnes atteintes de maladies mentales.

Souvent la question du logement des malades ne peut se résoudre sans l'assistance du dispensaire. Les difficultés qui s'y présentent sont souvent de même nature que celles qu'on rencontre pour le placement.

Un devoir très important est celui d'assurer à ceux qui en ont besoin le traitement dans les hôpitaux ou dans des maisons de repos. Pour ceux-là l'asile est

©BIUM

souvent la seule institution et aussi la meilleure à laquelle on puisse avoir recours. Les autres hôpitaux n'ont ni place ni ressources pour soigner les maladies mentales, tandis que les asiles modernes avec leurs médecins expérimentés en psychiâtrie, leur personnel expert, leurs moyens d'occuper les malades offrent les meilleures ressources pour donner des soins à toutes sortes de maladies mentales, même les moins graves, qui passent encore souvent sous le faux nom de « maladies nerveuses ». Mais encore ici c'est le préjugé inné qui s'oppose au traitement rationnel des clients. La crainte qu'inspire aux malades et à leurs familles le « redoutable asile d'aliénés » est cause qu'ils s'imposent souvent les plus grands sacrifices pour se procurer dans leur famille ou autre part des soins moins bons et beaucoup plus coûteux. Le plus souvent pourtant, le dispensaire réussit à dissiper la méfiance contre l'asile, et souvent ce qui serait un internement forcé devient une entrée volontaire.

Dans un grand nombre de cas, le traitement peut s'exercer dans de petites maisons de repos mieux que dans un asile. Un séjour de quelques mois dans un endroit semblable, dans le calme et le repos, loin des émotions des grandes villes, sans les soucis quotidiens, suffit souvent pour rendre au malade la santé et la force de travailler. Pour ceux qui, convalescents de maladies mentales graves, sont sortis des asiles, un tel séjour de repos est inappréciable. Pour les asiles qui sont ordinairement encombrés de malades, il est bon aussi de pouvoir envoyer à ces maisons de repos les malades guéris ou convalescents. Grâce à la bienfaisance particulière, on vient d'ouvrir une maison de repos de ce genre, entièrement destinée aux maladies mentales.

Souvent aussi le dispensaire doit solliciter pour ses protégés l'aide financière des commissions publiques et particulières, lorsque pour une raison ou une autre les malades ne sauraient le faire eux-mêmes. Au moyen de ces secours, nombre de malades peuvent se maintenir et prendre soin d'eux-mêmes, tandis que sans cet aide il faudrait les avoir entièrement à charge, et le plus souvent les faire entrer dans un hospice.

Il y a peu de personnes qui, au même degré que les malades mentaux, soient exposées à voir fouler aux pieds leurs droits civils légitimes par des gens de mauvaise foi. On voit chaque jour des exemples de l'incapacité où sont les protégés à se défendre eux-mêmes dans la lutte pour la vie. Dans ces cas, le dispensaire peut donner des conseils et même au besoin intervenir d'une manière active pour le plus grand bien du malade. Le plus souvent, l'autorité du curateur suffit pour sauvegarder les droits du client ; dans certains cas, il peut être nécessaire de recourir au bureau de l'assistance judiciaire qui, s'il le faut, intente un procès.

J'ai déjà signalé que le dispensaire n'impose son aide à personne. Cependant il est clair qu'à la longue l'assistance publique des aliénés ne saurait se passer d'un organe de surveillance sociale pour les malades qui en ont besoin, mais qui ne comprennent pas eux-mêmes leur état et qui par conséquent ne se soumettent pas à une pareille « tutelle ».

Or on pourrait croire qu'il serait à propos de confier cette surveillance obligatoire au dispensaire, lequel, moyennant quelques agrandissements de son organisation, pourrait sans doute s'en charger. Mais on se demande si cela serait bon pour le dispensaire lui-même ; il est possible que cette surveillance obligatoire influence d'une manière fâcheuse l'opinion publique contre le dispensaire et par suite le nombre des clients volontaires pourrait diminuer, ce qui serait regrettable. C'est là une question très délicate.

Comme il résulte de mon exposé, l'activité du dispensaire s'exerce sur un domaine peu exploité et il s'en suit que ni l'organisation elle-même ni la technique des détails ne sauraient être achevés. A mesure que l'expérience viendra, il faudra faire des changements sur divers points ; mais ce qu'on peut apprécier dès maintenant après trois ans d'expérience, c'est que le dispensaire des maladies mentales réalise un effort en bonnes directions dans la lutte sociale contre les maladies mentales et que, d'une façon générale, son travail s'effectue dans le sens le meilleur.

©BIUM

STATISTIQUE COMPLÉMENTAIRE

ALIÉNÉS ADMIS A L'ASILE DE LIMOUX EN 1920

DONT LA FOLIE A ÉTÉ DÉCLARÉE IMPUTABLE A LA GUERRE DE 1914-18

Par le Dr Calixte ROUGÉ

Médecin en chef de l'Asile

En écrivant le Résumé statistique qui a paru dans les *Ann. méd.-psych.* (juillet-août 1920), je pensais bien clôturer la statistique des militaires internés dans notre asile du 2 août 1914 au 31 déc. 1919 à l'occasion de la guerre de 1914-18.

Je me suis bientôt aperçu que je m'étais bien trompé. C'est que l'élévation du taux d'invalidation à 100 0/0, votée par le Parlement, a fait surgir beaucoup de réclamations plus ou moins justifiées de la part des familles.

Pendant l'année 1920, il est entré, en effet, un certain nombre de militaires ou, plutôt, d'anciens militaires dont les troubles mentaux ont été reconnus imputables à la guerre. J'en donne l'énumération ci-dessous par ordre d'entrée à l'asile.

Les notes qui leur sont consacrées ont été écourtées le plus possible, mais elles sont d'une exactitude rigoureuse ; elles contiennent les renseignements les plus essentiels que j'aie pu me procurer. Tous ont obtenu des titres de pension à 100 0/0, ce qui doit être considéré comme le meilleur témoignage de leur droit à cette pension soit à titre définitif, soit à titre provisoire. Aussi, j'ai cru devoir m'abstenir de toute appréciation à ce sujet.

N° 1. T. Jean-Baptiste. Entré le 8/1 par arrêté préfectoral. Surmenage sur le front. Diag. Paralysie générale. Décédé à l'asile, le 14 mai 1920.

N° 2. F. Jean-Joseph. Entré le 15/1 par arrêté préfectoral. Longue captivité en Allemagne où il a été trépa-

né. Renvoyé dans ses foyers avec symptômes de manie aiguë et périodes d'agitation. Encore à l'asile. Même état.

N° 3. R. Jean-Jacques. Entré le 28/1. Signes de faiblesse d'esprit avant la guerre. Quatorze mois de captivité en Allemagne. Diag. Débilité mentale avec crises d'excitation. Encore à l'asile. Sans changement.

N° 4. A. Etienne. Entré le 28/1 par arrêté préfectoral. Gelure des pieds avec perte de tous les orteils, en 1915, en Alsace. Admis à Font-d'Aurelle, le 4 juin 1919. Diag. Manie chronique.

N° 5. B. Isidore. Entré le 13/2 par arrêté préf. Paralysie générale.

N° 6. A. Auguste. Entré le 13/4. Interné à Font-d'Aurelle pendant sa mobilisation. D. Délire de persécutions. Encore à l'asile et sans changement.

N° 7. D. Etienne. Entré le 24/5. Avant sa mobilisation, intelligence au-dessous de la moyenne, mais lui permettant les travaux des champs. En 1917, fugue, désertion, changement de caractère. Déclaré irresponsable. Chez lui, autres fugues inconscientes. Diag. Mélancolie. Légère amélioration.

N° 8. B. Paul. Entré le 27/5, arrêté préfectoral. Rapatrié d'Allemagne. Diag. Confusion mentale avec accès de fureur et hallucinations terrifiantes. Sorti guéri le 3/9 1920.

N° 9. R. Albert. Entré le 30/5 par arrêté préf. Hérédité vésanique collatérale. Signes de dégénérescence. A fait toute la guerre. Diag. Mélancolie avec idées de persécutions. Auto-accusateur. Sorti guéri le 15 oct. 1920.

N° 10. B. Louis-Joseph. Entré le 9/6 au compte de sa famille. Diag. Délire de persécutions par interprétations délirantes, délire des grandeurs. Encore à l'asile, même état.

N° 11. S. Marcel. Entré le 10/6, arrêté préf. Reconnu anormal dès sa rentrée du régiment. D. Dépression mélancolique.

N° 12. P. Jean-Baptiste. Entré le 14/6. Au Maroc du 27/8 1912 au 27 mai 1914. Guerre d'Allemagne du 2 août 1914 au 23 avril 1917. Diag. Délire de persé-

©BIUM

cutions. Hallucinations terrifiantes, tentative de suicide. — Réclamé par sa famille et sorti très amélioré, le 27 décembre 1920.

N° 13. R. Barthélemy. Entré le 27/8. Hérédité vésanique collatérale. Fièvre typhoïde à dix ans, méningite à douze ans. Diag. Folie épileptique.

N° 14. D. Joseph. Entré le 21/9 au compte de sa famille. Rayé des cadres dès le début de la guerre. Crise de folie furieuse. Diag. Débilité mentale.

N° 15. O. Michel. Entré le 5/10. D. Paralysie générale. Sorti le 28 nov. 1920 et décédé chez lui, le même jour.

N° 16. G. Pascal. Entré le 8/11. Diag. Paralysie générale alcoolique. Sorti le 29 déc. 1920 pour mourir chez lui peu de jours après.

N° 17. B. Robert-Jean. Entré le 16/12 venant de l'hôpital militaire du Belvédère (Tunis). Déserteur, le 12 mars 1916. Retourné au front le 5 nov. suivant. Cassé de son grade de sergent, le 31 juillet 1917. Admis à Bicêtre le 16 déc. 1919. Diag. Crises d'agitation maniaque avec idées de persécutions et hallucinations.

En nous reportant à notre Résumé statistique (*Ann. méd.-psych.*, juillet-août 1920), nous voyons, qu'après défalcation de cinq militaires transférés dans d'autres asiles, l'asile de Limoux a reçu 83 militaires internés du 2 août 1914 au 31 déc. 1919. En ajoutant à ce chiffre les 17 militaires que nous venons d'énumérer, il résulte, qu'au 31 décembre 1920, l'asile en a reçu cent.

Mais la population civile a ressenti aussi le contrecoup de ces tristes événements. Malgré leur éloignement du théâtre de la guerre, l'Aude et les Pyrénées-Orientales nous ont envoyé, surtout dans les premiers temps de la guerre, un grand nombre d'aliénés, pères de famille, mères, épouses, fiancées, tous frappés par l'éloignement et, souvent, par la perte d'êtres qui leur étaient chers.

Mais qu'est cela en regard des horreurs de toute sorte dont ont été les témoins et les victimes les habitants des régions envahies !

Tout nous porte à croire que l'aliénation mentale a payé un énorme tribut à la guerre de 1914-1918.

©BIUM

DÉLIRE DE NÉGATION TERMINÉ PAR GUÉRISON

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYPOCHONDRIE ET LA MÉLANCOLIE

Par F. TISSOT

Médecin en chef de l'asile de Caen

Le délire de négation survenant au cours d'une mélancolie anxieuse a toujours été considéré par tous les auteurs comme un signe de chronicité et d'incurabilité. Voici l'observation d'un malade atteint d'un état mélancolico-hypochondriaque anxieux qui a pris la forme clinique du syndrome de Cotard et qui s'est terminé par la guérison après plusieurs années d'internement.

H... Auguste, officier, interné le 17 juillet 1911 à l'âge de 42 ans. — Rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Syphilis vers 30 ans pour laquelle il fut traité en temps voulu. En 1908, chute de cheval à la suite de quoi apparaissent des troubles nerveux qui ont pu faire croire à un tabès, car en 1910 le malade reçoit quelques injections de salvarsan et est envoyé à Lamalou. En 1911, au retour d'une période de manœuvres pénibles en plein été, il est pris d'une crise aiguë et violente de troubles mentaux mélancoliques sous l'influence desquels il fait deux tentatives de suicide. On trouva sa comptabilité en grand désordre et partiellement abandonnée

De son aveu, cet état mélancolique existait, silencieux, depuis quelque temps déjà, consistant en un sentiment d'impuissance, d'incapacité, de désaffection ; il rentra des manœuvres absolument éreinté, sentant son cerveau « en rotation et pulsation ».

A son arrivée à l'asile, il est dans un état de confusion et de dépression avec idées mélancoliques angoissantes,

©BIUM

anxiété, idées de suicide, désir de la mort, troubles subjectifs de la sensibilité générale, convictions hypochondriaques ; inégalité pupillaire, quelques troubles de la motilité. Peu à peu les préoccupations hypochondriaques envahissent et occupent toute l'activité mentale jusqu'à réaliser rapidement le tableau le plus riche et le plus coloré de syndrome de Cotard. En avril 1913 il décrit lui-même son état dans la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

« Bien qu'incapable d'aucun effort physique ou intellectuel, je vous écris au milieu d'un grésillement infernal perpétuel dans le crâne avec accompagnement de pulsations au bulbe et de sifflements intérieurs, avec douleurs atroces sans limite de durée et d'intensité, avec déchirements incessants de la matière cérébrale, abolition de la moelle et du système nerveux. Par suite toutes les sensations sont presque abolies en moi : vue, ouïe, odorat, goût, toucher.

Ce n'est pas voir que d'avoir constamment dans la cornée transparente des images noires de formes diverses qui s'agitent sans cesse en tous sens nuit et jour et qui me font souffrir de la lumière, de l'obscurité, des êtres et des choses qui m'environnent, de tout, de tout.

Ce n'est pas entendre que d'avoir sans cesse dans les oreilles des bruits et des sons de toutes sortes qui s'entassent et se mélangent au grésillement infernal continu qui fait de la musique même une douleur féroce.

Ce n'est pas sentir que d'avoir la muqueuse du nez sèche comme du bois. Ce n'est pas goûter que d'avoir la gorge et la langue sèches, pâteuses et collantes, avec une luette détruite et des cavités creusées dans les muqueuses, avec la voûte du palais effondrée.

Ce n'est pas palper que d'avoir une peau devenue épaisse et insensible Ce n'est pas avoir un sens génital que de n'avoir plus rien de ce centre nerveux.

Toute sensation est abolie, puisque nerfs optique, olfactif, sensitifs, etc., se sont pour ainsi dire volatilisés, car je m'en suis bien rendu compte un matin où, précipité hors du lit par une douleur atroce, j'ai senti ma gorge, mon nez, mes oreilles, mes yeux agités d'une façon inouïe que je ne saurais définir, et où j'ai senti aussi les nerfs qui soutiennent les muscles et les commandent s'arracher pour ainsi dire de mes bras, de mes jambes, et les laisser sans force et sans soutien, si bien que j'ai la sensation

réelle de n'avoir plus de membres attachés à mon corps.

Je ne digère plus depuis longtemps ni dans l'estomac ni dans l'intestin, mon estomac, l'organe essentiel de la machine, n'étant plus qu'une outre informe et horriblement distendue qui a envahi toute la capacité du péritoine, écrasé tous les organes, intestin, foie, pancréas, etc., qui garde sans les digérer tous les aliments solides et liquides entassés pendant des semaines, ne trouvant plus l'issue du pylore. Les matières fécales qui ne sortent qu'une fois ou deux par semaine sont d'une dureté inouïe, non accompagnées de chaleur ; ce n'est plus de la constipation, c'est de la destruction d'organes. Tous les moyens sont impuissants à changer cet état.

Je respire à peine, les poumons étant également comprimés. Le sang ne circule plus, il est noir ; plus de changement du sang veineux en sang artériel.

Je souffre dans les os et les muscles de douleurs sourdes avec froid glacial ; mes pieds sont comme dans une masse de coton, n'ayant plus la sensation du contact de la chaussure ; les réflexes sont complètement abolis. Je ne peux plus marcher, agir d'une façon quelconque, écrasé par les aliments entassés dans l'estomac, anéanti par la destruction presque complète du cerveau, de la moelle, du système nerveux. Les derniers vestiges des muscles ont des agitations. des spasmes involontaires et répétés qui ont fini par les atrophier complètement.

Je ne puis plus penser, sentir, vouloir, la mémoire et l'imagination étant complètement perdues. Je parle à peine, les cordes vocales étant abîmées. Température du corps au dessous de la normale.

Pas une seconde de sommeil depuis deux ans, car avant d'être apporté ici j'avais cessé complétement le sommeil nuit et jour, aucun médicament n'a pu me le faire recouvrer, c'est une douleur, une fatigue des plus horribles, des plus inouïes, le cerveau, siège du sommeil, étant en grande partie détruit.

Je suis enterré ici dans une horrible souffrance sans fin. Je ne sais ni comment, ni sur l'ordre de qui j'ai été transporté dans un endroit où j'ai mis plus de deux mois à savoir où j'étais, ayant complètement perdu la notion de toute chose, alors qu'il était plus simple de me laisser chez moi où la situation aurait été moins atroce. Comment un état pareil, toujours de pire en pire, a-t-il pu exister et peut-il exister ? c'est inexplicable. Il a fallu des années sans doute pour que des gommes dans le cerveau, la

©BIUM

moelle, les os, les muscles produisent une destruction pareille. Et dire qu'un médecin spécialiste, consulté il y a douze ans, me donnait l'autorisation, après dix ans de maladie, de contracter mariage ! Je vivais dans une atmosphère d'inquiétude, de maux de tête continuels, de troubles digestifs, d'affaissement physique et moral complet, ma mémoire abolie au point que, me rendant chez le docteur, j'avais toujours un papier sur lequel j'avais noté ce que je ressentais pour ne pas l'oublier.

Ah ! si j'avais pu me rendre compte de mon état d'une façon nette, j'aurais dû, pour éviter des malheurs inouïs qui accablent et accableront, détruisent et détruiront ma propre famille ainsi que moi-même, j'aurais dû, sans aucun doute, contrairement à tout ce qui est admis, me donner la mort ; comment ? c'était peut-être difficile de choisir avec un cerveau désagrégé, un estomac sans digestion : revolver, poison, intoxication ? — C'est pourquoi j'ai demandé à être calciné, la seule façon de détruire un être nuisible, mélange de vie et de mort, qui ne peut ni vivre ni mourir et qui doit souffrir sans fin d'une façon de plus en plus atroce.

On m'a fait manger de force par la sonde et plus on m'a fait manger, plus on m'a tué ; c'est pourquoi la seule solution pour sauver tout le monde, c'était de disparaître ou mieux de me garder chez moi, car mon éloignement était la pire des catastrophes : famille, situation, fortune détruites de la façon la plus horrible.

Je n'ai jamais connu la vie normale, puisque j'ai toujours souffert atrocement et que sans le savoir ni le vouloir j'ai fait souffrir les êtres qui m'étaient le plus chers. Il n'y a pas au monde de situation plus horrible, car tout être humain doit vivre ou mourir, mais non point ni vivre ni mourir, séparé de tout et de tous dans une souffrance sans cesse infinie. Qui sauvera ma famille ? qui me sauvera ? Personne. Quelle horreur ! et pourtant j'ai déjà souffert tous les paroxysmes, pour être la cause de la souffrance et de la destruction de mes deux familles. Ah ! si malgré tout on m'avait gardé à la maison au lieu de me transporter follement en hâte à l'hôpital où l'on ne pouvait rien pour moi, alors que l'estafilade que je m'étais faite au cou avec un rasoir, après une nuit sans sommeil, avait été pansée et cousue : c'était aller au devant de la pire des catastrophes inouïes.

J'entends en ce moment la musique militaire : c'est une souffrance des plus horriblement atroces qui soient au

©BIUM

monde. Je reste ici au milieu de visions atroces, irréelles, ne pouvant ni boire, ni manger, ni dormir, ni parler, ni voir personne, ni penser, ni comprendre, dans une souffrance incommensurable.

Veuillez agréer un souvenir d'un mort vivant éternel.

H... »

En dépit de cet état de mort douloureuse qu'il décrit dans une forme si poignante. H... jouit d'une santé physique excellente avec conservation de l'embonpoint et intégrité de ses muscles ; il passe son temps à lire, à écrire, à contruire des acrostiches, à ruminer son passé et son état misérable.

Mai 1913. — « Grésillement infernal par tout le corps. Bloc de souffrance d'atrocité inouïe continuelle. Abolition de tous les sens. Destruction des organes, du système nerveux ; mes bras sont à peine attachés aux épaules et mes jambes au bassin ; ma tête n'est plus soutenue par les muscles ni ma colonne vertébrale par les muscles du dos ; les muscles fessiers sont détruits et mes os pénètrent dans le siège sur lequel je m'asseois. Lire est une souffrance atroce, puisque toutes mes facultés intellectuelles sont détruites. Un froid glacial m'enveloppe tout entier, intérieur et extérieur. La vie n'est plus en moi, ce n'est que de la mort vivante toujours de plus en plus atrocissimement atrocissime. Je suis la cause de la destruction de toute ma famille, femme, enfants, père, mère, sœurs, beau-frère, neveux, belle-mère, belle-grand'mère, de la perte de toute la fortune familiale, de tout, de tout, parce qu'on m'a transporté ici alors que je n'étais pas transportable. De plus on m'a enlevé subitement à mon service, on m'a fait en quelque sorte déserter mon régiment, mon foyer ; de toutes les questions relatives à mon commandement aucune n'a pu être solutionnée et la situation est inextricable, atroce, abominable, épouvantable. C'est pourquoi il n'y a pas d'autre solution que de me faire calciner séance tenante, parce qu'il ne subsiste rien de mon être qui n'en est plus un ; depuis deux ans je n'ai pas dormi une seule seconde, j'ai souffert et je dois souffrir perpétuellement de plus en plus d'une souffrance plus atroce que toutes les souffrances du monde réunies.

Où que je sois, dans n'importe quelle situation, quoi que je fasse, tout n'est qu'apparence, tout est indépendant de la volonté, tout est supplice au milieu d'un grésillement, crissement perpétuellement infernal. Calcination

©BIUM

immédiate nécessaire, car il faut me détruire tout entier, la vie étant partout et nulle part ; chaque minute est une quintessence de souffrance que personne ne peut soulager.

Juin 1913. — Toujours, toujours, toujours et toujours de plus en plus infernal de souffrances atroces infinies ; déchirements, grésillements, crissements, fusion du bulbe, du cerveau, de la moelle, etc... Incapacité totale de toutes les fonctions, de toutes les facultés et de tous les organes, abolition de tous les sens. Souffrances horribles, indicibles, intraduisibles, que seule la calcination peut faire cesser ; il y a nécessité pour moi de disparaître pour éviter les malheurs inouïs créés autour de moi. »

C'est dans cet état qu'au mois de juillet 1913 le malade est repris à l'essai par sa famille, mais il ressent au milieu des siens un tel malaise, il manifeste une si grande irritabilité qu'au bout de 48 heures on est obligé de le réintégrer en hâte dans la maison de santé la plus proche.

Pendant un an il reste cantonné dans ses préoccupations et convictions mélancolico-hypochondriaque anxieuses, tout en s'intéressant beaucoup à ses compagnons d'infortune. En août 1914 la guerre éclate et cet événement semble provoquer chez lui une émotion salutaire : les opérations militaires l'intéresent au plus haut point, elles absordent ses pensées ; la carte en mains il les explique, les commente, les prévoit ; entre temps il écrit, il versifie sur les sujets d'actualité. A la faveur de ces distractions les idées délirantes s'atténuent, le caractère du malade se modifie et tourne à la gaieté. En mai 1915, devant cette transformation radicale et inespérée, la famille le retire de la maison de santé. En juin il demande sa réintégration dans l'armée, il l'obtient au bout de six mois au cours desquels il a été mis en observation au Val-de-Grâce. En mai 1917 il est au front français comme commandant de compagnie ; il y est cité à l'ordre deux fois, puis, en octobre, décoré de la Légion d'honneur pour faits de guerre.

Actuellement il ne persiste rien d'apparent du syndrome morbide que le malade avait présenté à l'asile et auquel trois années d'existence avaient imprimé tous les caractères d'une chronicité vraisemblablement incurable.

Le délire des négations se caractérise essentiellement par deux symptômes fondamentaux qui sont comme la synthèse psychologique de ce syndrome à la production duquel concourent un élément affectif

©BIUM

et un élément intellectuel ; ces deux signes sont l'anxiété et les idées de négation. L'anxiété elle-même distingue le véritable délire des négations, celui de Cotard, des autres syndromes de négation, systématisés ou non, que l'on rencontre dans certaines psychopathies délirantes (délire de persécution, délire hypochondriaque, démences), dans lesquelles l'élément affectif est nul ou d'importance secondaire. Celui-là se développe au cours de deux affections dont l'anxiété constitue une manifestation primordiale : la mélancolie et l'hypochondrie.

Le délire des négations de la paranoïa primitive, qu'a décrit Séglas, semble n'être en définitive qu'une forme du délire de persécution ; en dehors de sa formule il n'a rien à voir avec l'hypochondrie, laquelle doit être considérée comme une forme de la mélancolie.

L'idée hypochondriaque est une préoccupation exagérée ou sans fondement relative au moi physique. L'idée mélancolique n'est-elle pas cette préoccupation au sujet du moi moral ?

Comme à la conception hypochondriaque il faut à l'idée mélancolique, pour qu'elle naisse et se développe, un tempérament spécial et des troubles cénesthésiques, c'est-à-dire l'intervention de deux facteurs : un psychique et un organique.

A la mélancolie s'applique la théorie pathogénique de Deny qui rattache les états hypochondriaques à une perturbation, à point de départ périphérique ou central, de la cénesthésie cérébrale, et qui produit le trouble affectif, l'inquiétude, l'anxiété. Les algies de certains hypochondriaques, dit Cullerre, ne sont pas de véritables douleurs, mais une simple traduction psychologique, une explication concrétisée de leur état d'anxiété et d'angoisse ! c'est cette anxiété qui est primitive et qui appelle l'explication psychologique. Il en est de même de la mélancolie où le délire de culpabilité et de ruine n'est que l'expression banale de l'état de dépression morale et d'anxiété qui constitue le fond même de la maladie.

L'hypochondriaque se sent malade et affirme l'être, le mélancolique se sent coupable et s'accuse.

©BIUM

Si, comme le pensait Brissaud, la neurasthénie et l'hypochondrie ne peuvent être séparées, on est fondé, semble-t-il, à ajouter à ce groupe la mélancolie : ces trois syndromes peuvent en effet être considérés comme trois formes de la psycho-névrose dépressive dont la pathogénie et la psychologie pathologique se réduisent au même mécanisme. Dans ces trois affections il faut un élément de prédisposition psychique et un point de départ organique ; toutes trois ont pour objet une préoccupation inquiétante relative au moi (organique, psychique ou moral). Le manque de sécurité, que Brissaud considérait comme dominant l'état mental dans la neurasthénie et l'hypochondrie, se retrouve dans la mélancolie. Ce sentiment de sécurité, qui résulte de l'équilibre cénesthésique, vient-il à être troublé dans son fondement physiologique, le sujet, s'il est prédisposé, et suivant la nuance de sa prédisposition, deviendra neurasthénique, hypochondriaque, mélancolique.

ECRITS IRONIQUES D'UN PARANOIAQUE HALLUCINÉ

Par le Dr F. USSE

Médecin-Adjoint de l'Asile Départemental de la Somme

L'ironisme littéraire paraît être une forme d'activité mentale assez rare dans les Asiles, pour qu'il nous semble intéressant de publier l'observation et quelques écrits pittoresques d'un délirant halluciné que nous avons eu l'occasion d'observer pendant plusieurs mois.

G. B..., 26 ans, célibataire, ancien élève instituteur, blessé de guerre, réformé pour « débilité mentale » depuis 1918, entre à Dury le 28 octobre 1919, avec le diagnostic de « délire de persécution ».

De ses antécédents morbides, retenons que son père est mort de suicide par pendaison. Lui-même semble avoir toujours fait preuve de déséquilibre et d'instabilité mentale.

Il se dit « vif comme la poudre », et porté à interpréter les actes de son entourage comme hostiles à son égard. Son attitude d'esprit fort lui valut d'être renvoyé de l'Ecole Normale et d'aller servir aux Bataillons d'Afrique, à la suite de rébellion.

A part cette constitution anormale paranoïaque, le fonds mental du sujet ne paraît actuellement ni inhibé, ni affaibli au point d'asseoir un diagnostic de démence ou de confusion. Bien orienté, B... répond correctement à nos questions. Son attention est assez vive, et ses souvenirs sont précis. Affectivement, il est loin d'être indifférent ou inerte, ainsi qu'on le verra du reste, au cours de notre observation.

Des déclarations qu'il nous fait, il résulte que ce malade est le jouet d'hallucinations très actives depuis 30 mois environ : « Cela a commencé au front, avant mon évacua- « tion. J'entendais des voix, telles que : « mets-toi à ge- « noux, et prie... ton père existe, il n'est pas mort... tu es « le Boche... l'Infidèle... l'Antéchrist... » on me traitait de « tous les noms... il m'est alors venu l'idée que la guerre « n'existait pas... j'ai raconté aux camarades qu'on nous « faisait du cinéma... et pour leur en donner la preuve, « je me suis tiré devant eux un coup de feu dans la poi- « trine. » — Il fut, en fait, évacué pour « séton du poumon par balle ». — « Vous voyez que je ne suis pas mort... « mais la comédie continue... Après mon évacuation, l'on « m'a placé dans un asile, où je fus réformé et renvoyé « dans mon pays... Là, j'aurais voulu travailler... mais ma « famille ne cessait de me contrarier dans mes vues... on « me disait : « c'est moi ton père... Il faut que tu ailles « à l'Eglise... interviens dans la politique... » Un jour, me « trouvant à la gare, au moment du départ d'un train, « j'ai entendu qu'on me criait : « monte donc, si tu n'es « pas lâche ». J'ai voulu rattrapper le train, mais n'ai « réussi qu'à me faire écraser un bras. » — Est, en effet amputé du bras gauche au tiers moyen. — « A ma sortie « de l'hôpital, voulant m'étourdir, j'ai cherché à m'occu- « per de politique et j'ai fréquenté les bistrots. L'un d'en- « tre eux m'a volé 10 fr. dans la poche de mon veston... « j'ai démoli sa verrerie, on m'a lié comme un saucisson « et l'on m'a amené ici... c'est toujours les mêmes histoi-

©BIUM

« res et les plus forts qui ont raison. — Somme toute, « j'aime autant ça je serai tranquille à l'Asile... »

Effectivement, bien que B... déclare entendre fréquemment toutes sortes d' « insanités », il s'adapte rapidement aux disciplines de l'Asile, demande même à travailler, et nous utilisons parfois ses facultés calligraphiques. Il se montre curieux d'apprendre, aime discuter sur son cas, mais s'attache de plus en plus à ses convictions délirantes. Ces dernières, nées avant tout de l'interprétation morbide de troubles hallucinatoires auditifs et cénesthésiques, sont, en fait, des plus polymorphes ; elles consistent en idées de persécution familiale, de mysticisme, d'érotisme, d'influences sociologiques, de transformation personnelle. Ces idées le poussent parfois à des réactions singulières : C'est ainsi qu'il se met un jour à s'épiler cils et sourcils, sous prétexte qu'on lui affirme qu'il est femme de mœurs légères !

Mais le caractère qui semble le plus nettement spécifique des tendances psychologiques de ce malade, c'est son goût tout particulier pour les formules de pensée ironiste ou humoristique. Occupé pendant quelque temps au classement des volumes de la bibliothèque médicale, B... se donne très volontiers des loisirs pour s'intéresser à des lectures psychiatriques et pour rédiger soit des lettres, soit des articles de son crû.

Nous reproduisons ci-dessous quelques extraits d'après lesquels on pourra juger de sa verve et de la variété des genres d'ironie qu'il sait cultiver.

Voici d'abord trois longues lettres à des membres de sa famille auxquels il reproche d'avoir provoqué son internement, dans un but intéressé. Les deux premières sont surtout empreintes d'ironie froide et sarcastique ; la troisième échappe peut-être aux limites de l'ironie par son ton de révolte haineuse :

1° Cher frère,

Ne sachant plus à quel saint me vouer pour connaître la cause de mon internement, c'est à toi que je m'adresse.

Tu sais sans doute qu'on m'a conduit de force à M..., et de là à A..., où je suis à présent.

En effet, M. V..., parlant en son nom ou en celui de M. Poincaré, je ne sais lequel des deux, m'avait bien causé d'une maison de santé.

Seulement il ne m'avait pas dit qu'on serait venu me

ficeler dans mon lit, comme un renard qu'on attrape au gîte. Et c'est la raison principale de mon refus.

D'ailleurs pourquoi une maison de santé et non un hôpital, puisqu'on m'a dit que c'était pour me soigner. On pourrait tout au moins me dire en quoi consiste ma folie. Je sais très bien comprendre que ne gagnant pas d'argent je ne pouvais demeurer à la maison.

Mais pour avoir la paix, il suffirait de me donner les moyens de gagner ma vie et me laisser tranquille.

J'ai beau me creuser la cervelle, je n'arrive pas à deviner ce qu'on veut de moi. Si c'est pour être débarrassé de ma présence on a réussi, et je n'ai que des félicitations à adresser à MM. A... et Cie. Et si c'est pour autre chose, je serais curieux de le savoir.

Le plus clair résultat obtenu est que j'en arrive à haïr tout le monde, du moins à me défier de tout et de tous, et de moi par-dessus le marché.

Est-ce pour obtenir une soumission, à qui, à quoi... Si c'est dans ce but je suis à bonne école pour cela.

Ici l'obéissance absolue est de rigueur, et l'on a tous les devoirs des gens sensés sans obtenir aucun de leurs droits.

Peut-être est-ce encore pour me reposer. Sur ce point je suis également servi à souhait. Rien d'autre à faire que de me chauffer quand il y a du feu ou à grelotter quand il n'y en a point. Comme distractions on compte les heures qui séparent la 1re gamelle de la seconde, et une douche de l'autre.

Pas de tourments pour la toilette.

Les cheveux sont coupés ras, et par esprit d'imitation j'ai fait prendre le même chemin à la moustache ; l'habillement est également simplifié — des sabots, un pantalon — en ce moment percé au genoux, — un tricot — une veste et une calotte grecque.

On accorde cependant une certaine liberté pour le choix du logement en commun ou à l'isolement. Pour avoir droit à cette dernière faveur et obtenir l'accès du petit palace individuel, il faut avoir fait quelque chose, mais pas grand'chose et l'on vous y conduit militairement.

Je ne parle pas de la nourriture pour ne pas te mettre l'eau à la bouche. Mais les plats de résistance se composent ordinairement de riz cuit — parfois additionné de riz cru — et de fèves.

Quant à la viande, comme il serait trop coûteux de mettre un appareil d'optique (une loupe) à la disposition de chaque individu, on n'en voit jamais ou si peu que ce n'est pas la peine d'en faire mention.

©BIUM

Il n'y a que pour le pain qu'on est bien servi.

Nous avons un chef débrouillard, soucieux de la santé de ses hommes et il arrive à nous en fournir 300 grammes par individu.

D'ailleurs je suis nourri en 3e classe. Seulement je reste rêveur quand je pense à ce qu'on peut donner aux 4e classe.

Entre les repas, je fume des feuilles de noyer, mais pour cet exercice il faut de l'entraînement, et surtout de la modération, car si tu aspires trop violemment, la cigarette s'enflamme et te roussit les poils.

A temps perdu, on joue à cache-cache avec le chef.

En un mot je vais t'expliquer le jeu. Après mille ruses, j'arrive parfois à me procurer une pomme de terre, voire même une betterave. Alors j'essaie de la faire cuire malgré le rrrrèglement ; tu dois voir le manège : ouvrir le poêle, mettre la patate ou la retirer dès qu'on entend un bruit de clefs ou un pas suspect.

Malheureusement, le jeu n'est pas sans danger. Et on risque d'aller dans le petit logement dont je te causais plus haut, le tout agrémenté de coups et de cris. Pour dire toute la vérité, il y a beaucoup plus de cris que d'horions, mais c'est embêtant quand même.

Aussi malgré ces distractions multiples, j'ai parfois un rude cafard et je voudrais bien connaître le temps que je dois demeurer.

En attendant cette sortie tant désirée, j'économise les boutons de culotte pour les mauvais jours. En effet on m'a fourni 2 pantalons et on a même poussé l'amabilité jusqu'à me laisser les bretelles. Seulement pour avoir des boutons il a fallu que j'en attache d'une main — sans fil ni aiguilles. Alors juge un peu. Je ne t'en dis pas plus pour ne pas aggraver la crise du papier, et pour terminer, j'ajouterai seulement qu'on y vit, mais mal, surtout quand on peut gagner sa vie au dehors. Si tu pouvais me renseigner un peu, tu me rendrais un fier service.

Dans l'espoir que ma lettre te trouvera en bonne santé et que tu me répondras sans tarder.

Je termine en t'embrassant.

Ton frère B...

Au cas où tu ne connaisses pas mon adresse, la voici : *Dury-les-Amiens.*

Le père B..., qui était logé à la même enseigne que moi, vient de mourir.

2° Chère mère,

Me rendant compte du chagrin que mon absence et le manque de nouvelles doivent vous causer, je profite d'un moment de lucidité pour vous écrire. J'avais déjà fait une lettre à votre intention, mais il paraît qu'à ce moment, j'étais malade et je voyais tout en noir, ce qui fait que je ne racontais que des bêtises. Aussi le médecin, un brave homme de médecin — soit dit en passant et sans le flatter —, pour ne pas vous chagriner et dans mon intérêt —, comme toujours d'ailleurs — ne l'a pas envoyée. Ne serait-ce l'inquiétude que me cause votre santé et celle de toute la famille, je ne suis pas trop à plaindre. Mais quelqu'un a bien dit ou quelque chose d'approchant : on ne peut pas vivre heureux loin de sa famille ; ce qui fait que, malgré tout le confortable dont je jouis, je ne me plais que médiocrement dans ma nouvelle demeure. Mais c'est assez causé de moi, et je suis anxieux au sujet de M. A... et de M. D...

Faut-il quand même que le monde soit oublieux, pour ne pas dire ingrat, pour ne m'avoir pas envoyé un petit mot. Nous nous sommes cependant quittés en assez bons termes, et Emile m'a accompagné jusqu'à mon logement. Quand il m'a quitté, j'en avais les larmes aux yeux. *Je l'aurais volontiers serré dans mes bras mais je n'ai pas pu, attendu que je n'en ai plus qu'un, et de peur que je prenne froid, on m'avait de suite passé la chemise aux longues manches. Vous ne connaissez sans doute pas ce vêtement. Mais dites à M. A... que je lui promets d'en faire usage à son égard, dès que l'occasion se présentera, ce qui ne saurait tarder, du moins à mon humble avis.*

Et le petit V... est-il toujours aussi charmant, aussi aimable et gracieux. Et Mme B..., la jeune n° 1, a-t-elle mangé le poulet que je lui avais attrapé ? avez-vous aussi des nouvelles de Mme B...-F... et de son époux, mon très cher frère.

J'espère être guéri bientôt, on me fait de la thérapeutique-hydrothérapique. Vous n'êtes peut-être pas très versée dans l'art médical, — moi non plus d'ailleurs — et ces deux mots vous paraîtront des signes cabalistiques ; lisez douches et vous comprendrez.

Quand je sortirai d'ici et si M. V... vient malheureusement à retourner dans sa patrie 1re, je ne désespère pas de pouvoir le remplacer.

Le médecin m'a pris sous sa bienveillante protection, et

©BIUM

j'espère faire de rapides progrès, guérir d'abord et pouvoir guérir les autres ensuite, ce qui est plus beau, plus lucratif et surtout plus intéressant. Les infirmiers sont également très aimables pour moi. Ce sont d'anciens militaires, et la vie des camps et l'habitude du commandement leur ont endurci un peu la voix et les manières, mais, dans le fond, ce sont de charmants garçons. J'ai aussi plusieurs camarades qui s'ingénient tous à ne me laisser manquer de rien. *Les uns m'offrent leurs mégots, d'autres des restes de macaroni. Ce matin, mon préféré a poussé la gentillesse jusqu'à m'offrir une vieille chique qui traînait par terre. Je l'ai remercié chaleureusement, mais je n'ai quand même pas pu accepter.*

Je suis toujours aussi frileux qu'avant, mais nous avons un poêle qui est rouge toute la journée, et de crainte qu'on s'y brûle, on n'a pas le droit de s'en approcher à plus d'un mètre. J'espère que vous êtes en bonne santé, que vous avez du charbon, que le cheval fantôme est toujours bien portant, que Bonnot ne court plus après sa queue, etc., etc., et pour terminer, j'espère encore que vous m'enverrez un colis.

Je viens d'interrompre ma lettre un instant — oh, pas longtemps, exactement 7 m. 1/2, chronométré — le temps de prendre mon souper, car je mange toujours très vite et le plat de résistance ce soir était plutôt léger.

Mais voyez-vous, voilà que je raconte encore des bêtises.

Je voulais donc vous dire pour terminer que j'étais saturé de mégots et de chiques et que je fumerais avec plaisir de ce bon tabac, tout comme un rossignol, qu'il soit ou non garde-champêtre; et que je compte sur vous pour m'en faire parvenir aussitôt que vous pourrez.

Je termine en vous embrassant de tout cœur.

Votre fils dévoué pour la vie et au delà.

B...

Dans votre réponse vous me direz quel est le député réélu et si ma liste municipale a eu de la vogue ; à propos j'ai retourné capote, je suis redevenu conservateur — catholique — sans autre nuance bien définie.

B...

3° Chère Mère,

Si vous collectionnez mes écrits, je vous envoie une nouvelle pièce à classer — en espérant cependant que vous ne me laisserez pas commencer l'année sans me donner de vos nouvelles. Sans doute que vous êtes en bonne santé,

©BIUM

car on dit : pas de nouvelles, bonnes nouvelles. Donc c'est qu'il n'y a pas de changement.

J'ai écrit aussi à Léon. Ma lettre est restée comme celle que je vous ai adressée, c'est-à-dire sans réponse. En fait sur ma situation je n'ai rien à vous apprendre si ce n'est qu'elle n'est pas très, très brillante. Au point de vue physique, je n'ai pas à me plaindre ; mais au point de vue moral, ce n'est pas tout à fait la même chose. Je cherche toujours par quel ingénieux système on a pu arriver non seulement à me conserver, mais à me donner des sensations — parfois pas très bonnes — sans que je vois l'être ou la chose qui me parle ou me donne des sensations. Car je me crois de moins en moins fou, et sous le couperet de la guillotine je dirais encore que je suis sain d'esprit. J'en suis tellement persuadé (d'avoir toujours mon bon sens) que si l'on me propose la réforme payante — en me disant — c'est pour soigner mes voix — je refuse catégoriquement et ne sortirai de l'Asile — au moins de mon gré — que lorsque je serai renseigné. Si vous avez cette bonté vous me ferez plaisir et grandement. *La guerre, la vie chère, monoplans, biplans, etc., n'existent pas pour moi, et la quantité plus ou moins grande d'eau chaude ou froide qu'on peut me faire couler sur la tête ne changera pas mon avis.* Je suis persuadé quand même que mon état présente quelque chose d'anormal et je tâche de m'éclairer en « allant à l'église ». Là au moins est une partie de la vérité, ou alors tant pis pour moi et pour la... République.

Je répugne cependant à croire qu'on m'ait coupé le bras parce que je ne voulais pas me mettre à genoux. Ce serait parfaitement idiot et barbare.

Pour terminer, je vous souhaite la bonne année (nous sommes peut-être à Pâques mais ça ne fait rien) et vous prie de remercier sincèrement de ma part M. D..., E..., B..., J... et O. P... Au début je croyais qu'ils m'avaient rendu un fichu service, mais à présent je suis content et je n'en sortirai que réellement libre — ou les pieds devant.

Encore une fois je vous demande la vérité — et si par hasard l'heure n'était pas venue de me la dire — n'hésitez pas un seul instant — gardez votre lettre et vos nouvelles. Je croirai que vous êtes en bonne santé, et continuerai à attendre sans trop d'impatience et sans vous en garder rancune.

Je vous embrasse de tout cœur.

B...

©BIUM

Les lettres suivantes, écrites avec beaucoup moins de passion, sont plus franchement ironistes.

B... adresse à un camarade ces lignes d'assez fine humour :

Cher camarade,

Tu dois voir d'après le titre de ma lettre où je suis de nouveau logé. Après avoir tant méprisé l'hospitalité que nous accorde la princesse, j'ai été bien content d'y revenir.

La vie dehors m'était devenue par trop pénible. *Le prix exorbitant des denrées, l'accueil chaleureux que je recevais partout où je me présentais, la trop grande sollicitude de ma famille, les réminiscences de guerre, et le souvenir des grands coups que j'y avais, sinon donné, tout au moins reçus, tout cela, dis-je, joint à mon infirmité, m'a poussé à reprendre le chemin des maisons de santé.* On y est d'ailleurs beaucoup mieux qu'à N... et après 6 semaines environ de traitement — 42 jours exactement, je me sens déjà un autre homme.

D'abord je pense à mes anciens amis, tandis que dehors je ne voulais plus en entendre parler. Ainsi dans un moment de *crise aiguë, j'ai fait un feu de joie avec mon livret militaire, mes cartes et même avec ta photo.* Ici l'on me traite avec plus d'égard qu'où nous étions ensemble. C'est vrai que je suis presque dans mon pays, et il est tout naturel que les infirmiers s'intéressent à ma santé. *Parce qu'ici (faut pas confondre) ce sont de vrais infirmiers avec une grande blouse blanche, ce qui est, comme personne ne l'ignore, leur 1er attribut.* Et puis c'est beaucoup moins effrayant, et inspire plus de confiance aux malades.

Malheureusement il y a le maudit trousseau de clefs qui indique de prime d'abord pour un initié à qui l'on a affaire.

Avant de venir ici j'ai d'abord passé 18 jours à l'ombre dans le recueillement et le silence ; j'y ai réfléchi beaucoup, comme de juste, et je vais te donner le *nec plus ultra,* en n'oubliant pas que je suis dans un Asile d'Aliénés et bien qu'ayant de *l'automatisme de la pensée,* je me crois sain, sinon de corps tout au moins d'esprit : j'ai rêvé que tu habitais : Rue, — croyez mes frères, et venez-y (à l'Eglise), — et que ta bonne amie à N... était la Vierge du Puy-de-Dôme construite avec les canons pris à Guillaume (le diable) dont tu m'as envoyé la photo et que j'ai malheureusement brûlée. *N'oublie pas de me dire s'il*

©BIUM

faut ranger cela dans les délires d'imagination ou dans la folie raisonnante.

Ça m'intéresse, sinon par-dessus tout, tout au moins fortement, je compte sur toi pour me dire *la vérité*. Je ne vois plus rien autre à te raconter, et j'espère que tu es en bonne santé et que ton salaire est proportionné au coût de la vie.

Quant à moi, et c'est à la lettre, je n'ai rien à désirer pour le moment, ni pour la nourriture, ni pour le coucher, ni même et surtout pour le logement, je suis à l'abri des courants d'air.

Je t'en serre cinq.

Ton copain oublieux mais vrai. B...

A la même date, il envoie cette lettre de persiflage à Mme B..., cuisinière de l'Asile où il fut d'abord interné :

Chère Madame,

J'espère que vous ne m'en voulez pas pour le bel animal que je vous ai expédié au verso de votre photo. D'abord, comme dans tout il faut considérer le but, que l'intention fait l'œuvre, la mienne n'était pas mauvaise, et je serais au désespoir de vous avoir froissée. D'ailleurs le dromadère, appelé vulgairement chameau ou méhara, est un animal précieux pour les Arabes à tel point que les Africains aisés ont pour leur récréation jusqu'à 10 et même 12 femmes, mais possèdent rarement plus d'un ou de deux méharis. Ceci dit passons à autre chose.

Comme vous pouvez le voir, j'ai pris possession de mon nouveau domicile et je m'y sens réellement chez moi. J'y jouis de tout le confort, et la cuisinière céans nous fait des petits plats de macaroni dont je me lèche les doigts jusqu'aux coudes.

Mais les doigts de la main droite seulement, parce que la gauche n'est pas encore repoussée. Je ne suis pas de ces gens oublieux et ingrats qui oublient leurs amis et amies, c'est pourquoi je vous fais part de ma bonne fortune. Dailleurs en raison de mon état, *automatisme de la pensée*, je vous vois parfois en rêve et je ne vous écris que pour vous répéter ce que vous savez déjà. A part cela, la santé n'est pas trop mauvaise et j'ose espérer que vous êtes en bonne santé. S'il en était malheureusement le contraire, je me permettrais de vous donner un conseil que M. R... et Cie n'ont peut-être pas songé à vous donner. Ce serait... d'acheter un ratelier. En effet, le défaut de mas-

©BIUM

tication entraîne un surcroît de travail pour l'estomac, le surcharge et le fatigue à la longue, ce qui peut conduire à la neurasthénie et même dans une maison de santé dirait M. Ratinovitch (*sic*), lequel est une sommité médicale dont je ne vous souhaite pas de faire la connaissance.

Il est vrai que si vous vous faisiez interner nous serions réunis. Mais je doute fort que ce soit une compensation suffisante pour vous. Autre chose encore, ma vue baisse et je lis très mal. Si vous me répondez, comme je l'espère, faites écrire lisiblement. Car dans vos dernières lettres j'avais beau écarquiller les yeux et dilater les pupilles, je n'arrivais pas à saisir ce que vous vouliez me faire savoir !!! Ce qui ne m'empêche pas de vous aimer. La preuve en est que j'ai brûlé toutes mes autres photos et que j'ai gardé la vôtre, ou plutôt renvoyée. Aussi vous excuserez certainement ce que je puis vous dire de malséant et me répondrez sans tarder. D'ailleurs je suis dans une maison de ding... oh... ohs.

Ce n'est pas pour entorse (même à la vérité), et j'ai au moins un mérite : la franchise.

Je vous embrasse... pas partout, mais bien fort.

Votre tout dévoué.

G... B...

Entre temps, B..., tirant parti de ses lectures favorites, se livre à des essais divers de satire ou de parodie :

Malvy. Peuple Français condamné à 5 années de misères par les dirigeants.

Causes de la condamnation se trouvent entièrement dans le nom dont on l'a paré. Malvy, veut dire : 1° ne va pas à la messe ; 2° ne travaille plus comme une bête de somme, 12 et 14 heures par jour, pour un salaire dérisoire ; 3° veut que les gros bonnets mettent la main au boulot (crime impardonnable) ; 4° déclare que son sang rouge vaut le sang bleu des nobles déchus — noble est une expression tout à fait fausse — un paradoxe ; 5° ne veut plus produire d'esclaves, c'est-à-dire faire des enfants sans se sentir capable d'assurer leur sort.

Toutes ces considérations, après avoir fait longtemps gémir en vain les grands patriotes, comme Al. de Mun, ont décidé Romulus à recourir à la manière forte, et voilà l'origine véritable de la boucherie 1914-1919.

⁂

Moyens employés pour dompter Démos

1° La guerre avec toutes ses Horreurs — mais ce 1er moyen étant visiblement en faillite — attendu que les rescapés n'ont rien perdu de leurs prétentions — il fallait en trouver d'autres.

2° La religion — remède désuet.

3° Les maladies mentales — remède énergique — calmant certain préconisé par MM. .....et autres hâbleurs.

⁂

D'après Mme A..., moyen radical et énergique de remédier à la crise des chaussures (c'est une dame de l'œuvre de l'association Philanthropique Française qui nous enseigne ce remède sans égal), marcher pieds nus, et Mme porte des bottes jusqu'aux cuisses ; l'ingéniosité de nos admirables Philanthropes est sans limites ; ils le prouveront.

⁂

Rénovation de la société

Par M. ... ; l'auteur, homme de réel talent, est également un modeste : c'est pourquoi nous n'avons pas cru devoir le nommer. Disons seulement qu'il est officier de la Légion d'honneur et ex-étudiant de Faculté de Paris, élève des Charcot et autres célébrités

⁂

Dressage et hygiène des anormaux dégénérés et autres psychopathes

1° *Education et Hygiène mentale de l'Enfance*

1° De 0 à 1 an : analyse qualitative et quantitative des cellules grises (poids du cerveau), système Bertillon, appliqué à tous au lieu de Baptême. — Examen des organes de reproduction et *castration des dégénérés*. — Filtrage et triage des sensations. Les moyens de contrôle sont : 1° l'analyse de l'urine et des excréments ; 2° l'apparition des dents de sagesse.

2° De 1 an à 3 ans : Association des sensations et des mémoires. Il faut s'occuper de l'enfant dès qu'il commence à parler et lui enfoncer ces principes avant même qu'il dise papa et maman.

3° De 3 à 6 ans : 1° Classement des idées ; 2° discipline de l'attention ; moyens employés pour arriver à ce résultat : suppression du biberon.

4° De 6 à 12 ans : équilibre de la réflexion, du raisonne-

©BIUM

ment, du sentiment et de la volonté (sans commentaires), Pour ce faire : balancement rythmique de la tête, le matin, *à jeun, — à midi et le soir ;* gymnastique Hébert.

5° De 12 à 16 ans : culture *raisonnée* de toutes les facultés.

2° *Hygiène des adultes*

Synthèse des acquisitions antérieures et application subconsciente.

Corollaire : Etat de santé psychique normale entraînant l'état sociable, c'est-à-dire l'état mental de tous permettant à quelques-uns de se goberger et vivre grassement aux frais de la collectivité humaine.

3° *Conclusion*

C'est proprement l'état moral des *Boches et embochés.*

Prière de soumettre à l'Académie royale d'Amiens pour examen et approbation.

⁂

Notons enfin quelques extraits, glanés dans différentes pages de rédaction plus décousue, où le sujet s'est amusé à des antithèses burlesques, à de brèves caricatures ou à de simples jeux de mots.

1 seul son que puisse articuler un porc.
1 seul bras pr G... B...
1 seul œil à M. le Planton.
1 seul Directeur à D...
1 seul garde-champêtre à F...
1 seul caillou (mais de taille) dans mes lentilles hier soir.
1 seule couche à M. C... (épaisse).

Mais quantité de manières de soigner la folie pour la guérir ou l'aggraver.

⁂

L'Armée Française — examinée dans un de ses plus beaux spécimens — l'inénarrable R..., pseudo-Commandant du détachement de Z... (en Tunisie pour les ignorants).

Allure du dit : Pleine de distinction — en vertu de ce principe que plus la base est large, plus solide est le point d'appui. M. R... marche les pieds écartés — la pointe du pied gauche franchement dirigée vers le nord et celle du pied droit pointée vers le sud — ou réciproquement — allure propre aux oiseaux dits palmipèdes et aux gens affectés de pieds plats.

Professions exercées dans le civil : homme-sandwich, minotier..., etc...

⁂

26 février.
Vient-six-fait briller.
Viens-y faire briller.
Pronier : menteur par métier ; 1er mensonge, renier sa famille.
Fournier : faut dire la vérité, faut renouer.
Mme Boitel : je ne sais pas : triste métier que le métier d'ivrogne.

Cette observation nous paraît pouvoir donner lieu à diverses considération d'ordre clinique et d'ordre psychologique.

Cliniquement, B... réalise un *syndrome psychopatique* assez complexe. C'est, avant tout, nous semble-t-il, un constitutionnel déséquilibré, à l'intelligence assez vive, dont l'affectivité instable a causé maintes réactions impulsives délictueuses. Sur ce fonds mental lacunaire, est apparu depuis 3 ans un délire hallucinatoire à tendance systématique, orienté surtout dans le sens des idées de persécution. En l'état actuel des choses, le diagnostic pourrait tout d'abord hésiter entre les termes de « psychose hallucinatoire chronique, « *délire de dégénéré* » et délire paranoïde. Mais c'est la seconde épithète qui paraît la plus adéquate, si tant est qu'elle représente un syndrome encore classique. Elle a pour elle le mérite de suggérer un pronostic moins sévère que les deux autres, quant à l'évolution des troubles hallucinatoires ; en outre, elle cadre assez bien avec ce que nous avons dit des antécédents du sujet ; elle nous autorise enfin à faire une part aux fatigues et aux émotions de la guerre, dans l'étiologie des symptomes psychosiques les plus récents. Peut-être convient-il pourtant de se demander si B..., étant donné son caractère assez volontiers facétieux, ne met pas quelque complaisance à exagérer le côté paradoxal de son délire, ce qui compliquerait son cas d'un certain appoint pithiatique, et serait encore une forme particulière d'ironie.

Quoi qu'il en soit, les écrits que nous relatons nous semblent être de nature à pouvoir éclairer l'étude des *fondements psychologiques* de l'humour et de l'ironie, et nous permettent de fixer certains attributs spécifi-

©BIUM

ques d'une variété d'ironie qu'on peut qualifier de morbide, par contraste avec d'autres formes supérieures en qualité intellectuelle et morale.

Nous pouvons tout d'abord admettre que la faculté d'ironie *suppose un substratum psychique assez riche et assez actif*. Sa traduction en jugements dont le piquant et l'imprévu sont les mérites principaux, ne paraît guère compatible avec un déficit psychique global, constitutionnel ou acquis. On ne saurait donc constater de l'humour digne de ce nom, que dans certains cas de psychoses partielles ou d'insuffisances mentales lacunaires. A peine est-il besoin de dire qu'il n'y a pas trace d'ironie dans tous les sourires béats qui traduisent la joie passive de certains idiots ou déments. Il serait sans doute imprudent de dénier tout caractère humoristique au sourire plus mystérieux de beaucoup de déments précoces, mais l'on sait que chez ces derniers, le qualificatif « démence » comporte une acception spéciale, et que leur « conscience morbide », apparemment des plus complexes, est difficile à explorer.

Pour rester à notre sujet, et sans vouloir risquer une appréciation littéraire, qui n'est pas de notre ressort, les extraits reproduits plus haut nous permettent de pénétrer assez loin dans le mécanisme psychique de l'humour de B... Relevant de l'esprit de mot en même temps que de pensée, cet humour semble reposer, pour une très grande partie, sur des *associations d'idées par consonnance et par contraste pittoresques et imprévues,* dont témoignent les calembours, aussi nombreux que truculents, auxquels se livre le sujet. Mais cette activité psychique, de caractère hypomaniaque et fortement automatique, nous apparaît comme douée d'un *finalislisme continu, qui donne aux écrits de B... l'allure d'actes de défense contre l'hostilité ambiante* dont se plaint son esprit inquiet. Ainsi, nous sommes amenés à reconnaître avec Paulhan, que l'attitude d'ironie représente essentiellement une *réaction défensive.* C'est, dans le cas qui nous occupe un procédé très comparable aux gestes plus ou moins heureux par lesquels nombre de malades persécutés-persécuteurs organisent

BIUM

leur protection. Cette tendance finaliste confère à l'humour du sujet un degré de complexité qui l'élève bien au-dessus, quantitativement parlant, de l'esprit qu'on prête aux maniaques, malades à l'activité psychique troublée de façon plus diffuse que celle des paranoïaques. Ceci nous conduit à penser que *l'ironie pourrait servir, à l'occasion, de critère assez suggestif dans l'appréciation délicate des niveaux intellectuels.*

D'ailleurs, hâtons-nous d'indiquer que l'aptitude humoristique peut revêtir divers aspects de qualité fort inégale.

Nous pouvons en effet conclure de l'observation ci-dessus qu'en dépit d'expressions variées (calembour, sarcasme, satire, parodie, charge, etc.), l'humour de B... reste presque uniformément *railleuse, agressive et méchante.* Elle ne s'élève jamais au degré de sérénité qui vaut aux meilleurs ironistes leur ton d'élégant badinage fait de clairvoyance indulgente. S'il nous est permis de risquer à notre tour un jeu de mots, nous croyons pouvoir opposer, d'après les lignes qui précèdent, la « bonne » à la « mauvaise humour. » La première est à la seconde ce qu'est le vrai rire joyeux au rire « jaune », satanique, tout proche parent du sanglot et de la crise coléreuse. Il faut donc que nous rangions B... parmi les mauvais humoristes. Son genre spécial d'ironie, exclusivement négative, dépourvue de tout sentiment de résignation bienveillante, ne saurait en effet prétendre à l'honneur de figurer parmi les attitudes morales que le philosophe Paulhan analyse si finement dans son ouvrage intitulé « La morale de l'ironie. » (1). Par sa malveillance obstinée, l'ironie de B... est plutôt d'essence immorale ou morbide, et, comme telle, on peut la prendre pour une *perversion spéciale des instincts sociaux,* assez fréquente au demeurant, puisqu'elle semble être commune aux esprits forts, aux envieux, aux dénigreurs systématiques et aux agitateurs stériles.

(1) Un vol. Alcan édit. Paris, 1909.

©BIUM

UN CAS DE PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE
A UN JOUR D'ALTERNANCE (1)

Par A. STAROBINSKI

La psychose maniaque dépressive a été décrite et étudiée d'une façon très approfondie. Nous voulons présenter ici tout simplement un cas de cette affection mentale, très curieux par l'alternance quotidienne de la phase dépressive et de la phase maniaque. Cette alternance se fait très régulièrement depuis bientôt 30 ans.

Voici l'observation de notre malade :

M. X..., 67 ans, commerçant, veuf.

Les antécédents héréditaires sont assez chargés. Si nous ne trouvons rien de particulier du côté de son père et de sa mère, nous trouvons par contre, dans les antécédents collatéraux un des oncles maternels qui se suicide dans un accès de mélancolie ; les enfants d'un des oncles paternels présentent la psychose paranoïaque (Verfolgungswahsinn). Une des filles du malade présente également le type d'une circulaire.

Au point de vue des antécédents personnels, le malade nous raconte qu'il avait déjà à l'âge de 8 ans, des crises de dépression très nettes. Mais jusqu'à l'âge de 38 ans, malgré les crises de dépression assez fréquentes, on ne peut pas observer nettement une régularité entre l'état normal, l'état de dépression et l'état maniaque. Le malade nous affirme cependant qu'à l'âge de 20 à 30 ans, il avait très fréquement ce qu'il appelle à présent, des *bons* et *mauvais* jours. En tous cas, il était toujours très sensible et à propos de chaque événement pénible présentait des moments de dépression très marqués. Se marie à l'âge de 29 ans et se sent très bien pendant quelques années, en tout cas les moments de dépression deviennent plus rares. C'est à l'âge de 38 ans que la maladie s'installe d'une façon définitive. Le *bon* et le *mauvais* jour se suivent d'une façon très régulière.

---

(1) Travail de la Clinique « Vers-la-Rive ». *Vaumarcus*, Dr G. Liengme.

©BIUM

Le médecin qui le voit, pendant son *bon jour,* pense qu'il a de la fièvre et le traite comme un malarique (quinine, indigo). Un autre médecin contrôle la fièvre au thermomètre et trouve qu'il n'en est rien. Fait ensuite une cure chez von Monakoff qui arrive à le guérir. La guérison persiste pendant 4 ans environ et ensuite, 3 semaines après la mort de sa femme, il se réveille au milieu d'une nuit et sent que le *mauvais jour* était de nouveau là.

Avant de donner la description de l'état psychique du malade pendant son séjour à la clinique, nous voulons citer la lettre qu'il nous a écrite à propos de son état :

« Vous m'avez demandé de vous dire par écrit ce que je ressens le mauvais jour ; c'est si peu de chose que je me demande vraiment si ça vaut une communication écrite ; en tous cas, je crains que ce ne soit même pas utile, ni pour le bien d'autres malades, ni en vue d'un traitement chez moi, que je considère comme trop tardif. Actuellement le mauvais jour est chez moi un état d'apathie complète, le mieux pour moi est quand on me laisse tout à fait tranquille ; ça commence dans le courant de la nuit quand je me réveille vers deux, trois ou quatre heures ; je sommeille alors jusque vers le matin et ce petit sommeil est agrémenté d'idées plutôt noires, ou tristes ; je regrette presque régulièrement tout ce que j'ai fait ou dit, pendant le bon jour qui a précédé, mais je m'empresse d'ajouter que 24 heures après, quand le bon jour a repris ses droits, je regrette rarement, ou désapprouve rarement ce que j'ai fait ou dit, précédemment (sans vouloir dire par là que j'approuve complètement ce que j'ai fait, au contraire, *le sentiment de mon insuffisance et de ma maladresse me domine toujours, bons et mauvais jours,* mais il faut bien que je me prenne comme je suis fait, tout en ayant cherché à me corriger). Continuons le mauvais jour : j'ai bon appétit, et j'en ai presque honte, aussi les repas sont les seules actions qui me font marcher ; mais je ne vais pas volontiers à une table d'hôte. La conversation m'est désagréable et pénible, surtout quand elle n'est pas provoquée par un sujet déterminé et utile, par exemple, la visite du Docteur ou d'un ami. Il m'est très pénible de faire de la correspondance, ou un travail quelconque qui demande de la réflexion ; je puis faire ce travail, mais avec un effort qui me fatigue beaucoup et m'énerve ou me fâche. J'aime beaucoup la nature et les promenades. Le mauvais jour la promenade m'est une corvée et la belle nature ne me dit rien et ne m'offre aucune jouissance. J'aime le travail

©BIUM

manuel (la menuiserie) et la gymnastique ; lorsque je me force à faire l'un ou l'autre, ça m'exaspère, ou je travaille mal, ou je me fais mal ; mes accidents m'arrivent toujours le mauvais jour, rarement le bon jour. S'il faut que je voyage le mauvais jour, le résultat est le même comme pour le travail, je fais mal les choses. Le mauvais jour prend lentement fin vers la nuit qui le suit; il s'atténue un peu vers le soir, et disparaît pendant les quelques heures de sommeil qui le séparent du bon jour. Je dors 2, 3 ou 4 heures et lorsque je me réveille entre minuit et une heure les symptômes du bon jour se manifestent. Je travaille un peu dans mon lit, me lève volontiers de bonne heure, travaille volontiers dans la mesure de mes facultés, me promène volontiers et surtout parle beaucoup trop !

Pendant le mauvais jour : je sommeille pendant toute la journée, ma seule lecture est le journal, je m'endors dessus. Les fonctions se font toutes les 48 heures, rien ne m'intéresse le mauvais jour, ni culte, ni conférence, ni spectacle. Souvent je ne comprends pas, provoque la contradiction ou la critique, le défaut du mauvais jour s'accentue beaucoup, j'ai de la peine à parler, je ne trouve pas mes mots, il m'est difficile de penser. »

Le malade est un homme de haute taille, un peu voûté. Au point de vue physique le malade présente des varices assez abondantes au niveau des membres inférieurs et des hémorrhoïdes qui lui occasionnent des douleurs au moment de la défécation. Les hémorrhoïdes se sont rompues plusieurs fois. Le malade va à selle seulement le matin du bon jour. Il est obligé de prendre constamment des laxatifs. Les autres organes sont normaux. Rien de particulier du côté des organes respiratoires et uro-génitaux.

L'état psychique varie nettement suivant qu'il s'agit du bon ou du mauvais jour. Pendant son *bon jour* le malade présente l'aspect et le caractère des maniaques, il est excité, agité, le facies est coloré, de telle façon, comme nous l'avons dit plus haut, que les médecins qui l'avaient traité pensaient qu'il avait de la fièvre. Le malade parle sans cesse, accroche n'importe qui à son passage, salue et entre en conversation avec des personnes qu'il ne connaît pas, emploie des gros mots, comme « couillon », « merde », « foutre », « cra-

pule », « chenapan », etc. Il ne se gêne de personne, il critique et insulte tous les partis politiques et les représentants de toutes les nations. La fuite des idées est assez marquée, sans être exagérée, mais il s'éloigne très facilement du sujet de l'entretien. Pendant le *mauvais jour* le malade présente un aspect tout autre. Nous le trouvons le plus souvent dans un coin de sa chambre, triste, grelottant de froid, enveloppé de tous les manteaux et de toutes les convertures qu'il possède, il porte sa calotte et des gants chauds. Il parle très peu. Cependant quand nous venons vers lui il nous répond, mais il n'entretient pas la conversation. Avec les membres de sa famille le malade ne parle guère pendant son mauvais jour. Il est triste, abattu, malheureux, il broie constamment du « noir ».

Le malade est persuadé qu'il ne pourra jamais guérir. Quand on lui conseille de bien expliquer son état au médecin qui le traite, pour qu'il puisse le guérir, il répond catégoriquement : « Je crois que s'il s'attaque à moi il pourra m'enlever mon bon jour. » Pour ses voyages, pour les événements de famille, pour son activité professionnelle, le malade calcule d'avance et s'arrange pour que l'événement qui exige un effort, se produise pendant le bon jour.

Ce cas est très intéressant par l'alternance régulière et quotidienne des états de dépression et des états maniaques.

Le diagnostic est certain par l'ensemble des antécédents héréditaires, par l'évolution et le tableau clinique de la maladie. Certes, pendant son bon ou mauvais jour le malade ne présente pas le type d'un maniaque ou d'un mélancolique d'asile. Il est toujours assez correct, assez aimable, surtout avec des personnes étrangères. Il est arrivé pendant toutes les 30 années de sa maladie, à vivre dans son milieu familial, à accomplir son travail et à éduquer ses enfants. Mais ce cas est intéressant par la systématisation des symptômes dépressifs et des symptômes maniaques d'un jour à l'autre.

©BIUM

MUTISME ACQUIS ET PERSISTANT CHEZ UN ENFANT DE 13 ANS

Par Alfred GORDON (de Philadelphie)
Membre associé étranger
de la Société Médico-Psychologique de Paris

Le mutisme est un trouble du langage qui peut se rencontrer dans des cas très variés.

Chez les enfants, en dehors des psychoses, le mutisme est rare. Nous en rapportons ci-dessous un cas survenu chez un enfant de 13 ans qui jusque-là n'avait présenté aucun phénomène morbide important. Parallèlement avec le mutisme, nous voyons apparaître des altérations profondes de la personnalité. Cependant le petit malade reste parfaitement conscient.

A. S., âgé de 13 ans, d'intelligence moyenne, possède un dossier scolaire satisfaisant. Il a lu par hasard un livre dans lequel il était question d'un homme qui avait progressivement perdu l'usage de la parole. Peu après, ses parents remarquent qu'il parle très peu, et seulement lorsqu'il y est obligé. Cet état de choses persiste pendant six mois.

Maintenant il est totalement muet. Il n'émet ni une parole, ni le moindre son. On l'entend seulement rire parfois. Mais cela ne se produit que s'il est seul. Sa voix rappelle alors celle des bêtes sauvages et ne ressemble pas à la voix humaine. Les sons sont brefs, rudes, bruyants, interrompus. Ce rire est, il est vrai, exceptionnel, mais se déclenche sans aucune provocation. Tout effort pour faire parler le malade est vain. Il comprend cependant parfaitement ce qu'on lui dit et répond par écrit. Quand on lui demande pourquoi il reste ainsi muet, il hausse les épaules et écrit : « je ne sais pas » ; quand on lui demande s'il voudrait pouvoir parler, il répond : « non » ; s'il pourra parler un jour, il répond : « oui, mais je ne sais pas quand » ; dans plus plus an ? « Oui, mais ne suis pas sûr que ce soit dans moins de deux ans ».

Malgré tous nos efforts pour lui faire admetre que le langage parlé est indispensable pour communiquer nos pensées, il hausse les épaules et persiste à répondre par écrit : « je

©BIUM

ne le sais pas ». Il passe son temps dans sa chambre à écrire et à lire tout ce qui tombe entre ses mains ; il a un goût particulier pour les livres sérieux traitant de l'industrie et du développement des villes aux Etats-Unis. Pour apprécier son aptitude à retenir l'essentiel d'un article sérieux, nous lui en avons fait écrire le résumé : celui-ci était logique, satisfaisant et correctement écrit.

Notre malade est tellement avide de lecture qu'il consacre tout l'argent qu'il reçoit à acheter des journaux et des revues : pour ce faire, il se précipite sans mot dire vers la boutique, saisit le journal, dépose la monnaie et part aussitôt. Il apporte la même brusquerie dans tout ce qu'il fait, soit qu'il marche, ou qu'il mange, etc. Son repas à peine terminé, il monte en courant dans sa chambre, s'enferme à clef, se couche, et se met à lire. Sa lecture est rapide, précipitée ; il lit jusqu'à deux ou trois livres par jour. Même rapidité pour manger. Il ne permet à personne de le servir ; si même sa mère met quelque aliment dans son assiette, il ne le mange pas. Il se sert lui-même, mais auparavant essuie deux ou trois fois son assiette, après quoi il y entasse pêle-mêle tout ce dont il peut s'emparer. Il absorbe une quantité d'aliments très supérieure à celle des autres personnes et à celle qu'il mangeait lui-même avant de devenir muet. Il mange moins comme un homme que comme une bête.

Il exige que fenêtres et portes de sa chambre soient toujours fermées. Il obture avec du papier et des chiffons toutes fenêtres ou ouvertures. L'air de sa chambre, où il fume beaucoup, est confiné et vicié. Quand il s'aperçoit qu'on a enlevé les chiffons qui obturent les ouvertures, il s'excite violemment et fait des gestes de menace.

Il n'est pas très exigeant pour ce qui concerne sa tenue, bien qu'il ait toujours soin de son col et de sa cravate lorsqu'il attend notre visite. Il se couche avec son caleçon, mais ne supporte pas de vêtements de dessous, même en hiver. Auparavant il s'habillait correctement, avec même une certaine élégance : il est devenu nonchalant, ne prenant soin ni de ses vêtements, ni de sa toilette, sans souci d'être correct devant les personnes qu'il rencontre dans la rue, même devant les marchands de journaux qu'il voit chaque jour.

Interrogé sur ce point, il répond, toujours par écrit, qu'il ignore les motifs de son changement ; il croit même ne pas avoir changé. « Pourquoi, dit-il, devrais-je être bien vêtu, puisque je ne parle à personne ? »

En dehors de la boutique de journaux, il n'aime aller qu'au cinéma, et ses préférences vont aux scènes violentes

©BIUM

et impressionnantes, telles que les histoires de chasse en forêt, d'attaques, etc. Il n'aime pas les histoires sentimentales. Dans ses rapports familiaux, il témoigne d'un manque absolu d'affection. Il ressent une aversion particulière pour sa sœur jumelle, lui témoigne du dédain et se querelle souvent avec elle. Questionné sur ce point, il répond qu'il ne croit pas quelle soit sa sœur jumelle. Il ne témoigne pas davantage d'affection pour ses autres sœurs et frères avec lesquels il ne veut ni converser, ni jouer, et refuse leur invitation d'aller ensemble au cinéma. Il ne les regarde jamais, et quitte la maison quand il les y aperçoit. Il est complètement indifférent envers ses parents, auxquels il n'obéit pas. Il a peur de son père dont il craint les punitions ; il semble ne pas connaître sa mère qui le supplie d'abandonner ses habitudes et son mutisme. Or, il ne faut pas oublier qu'auparavant il aimait ses parents et leur témoignait la même affection qu'un enfant normal. Il les évite maintenant, et si quelqu'un tombe malade dans sa famille, il n'y prend aucun intérêt.

Cette hostilité déclarée contre sa sœur jumelle, son indifférence pour ses autres sœurs et frères, le manque total de considération pour sa mère et d'attachement à son père sont les caractéristiques les plus frappantes de son état actuel.

Il a manifesté d'une manière évidente le désir d'être séparé de sa famille, dans une lettre adressée à quelques-uns de ses parents qui venaient de quitter la maison. Après leur avoir dit qu'il était heureux de les savoir arrivés sans accident, et leur avoir souhaité « une vie heureuse dans l'avenir », il termine sa lettre en disant « salutations à tous » et signe « Anne, David, et toute la famille excepté moi ».

Dans les antécédents du petit malade, ses parents n'avaient rien remarqué, si ce n'est une énurèse datant de l'enfance. A présent encore il mouille son lit. Il est né à terme, il a commencé à marcher et à parler à l'âge normal ; jamais d'accident ni de traumatisme. Il a toujours paru sain et robuste. Il fréquentait l'école où il faisait les mêmes progrès que ses camarades. Mais il n'aimait guère à jouer et préférait rester à la maison. Toujours timide, réservé en présence des étrangers, il était très sensible aux moindres réprimandes.

Il ne témoignait d'aucune prédilection dans ses jeux ni dans ses études, il n'avait pas de tendance aux mauvaises habitudes. L'examen somatique ne révélait rien d'anormal : pas de trouble de la marche, de la station debout, de la

©BIUM

motricité, de la sensibilité. Réactions pupillaires normales ; pas de stigmates hystériques, pas de lésion du larynx, du pharynx, ni des cordes vocales.

En résumé, nous sommes en présence d'un jeune individu qui, à côté de quelques manifestations intellectuelles normales, présente certaines anomalies du jugement et des facultés affectives. Le symptôme anormal de mutisme absolu s'est installé rapidement à la suite de la lecture d'un conte où il est question de mutisme.

Nos efforts les plus énergiques pour agir sur le petit malade par la persuasion et le raisonnement ont totalement échoué.

Nous sommes en présence ici, non seulement d'un trouble de la parole, mais aussi d'une altération profonde de la personnalité. D'un côté, les réactions du malade envers ses parents ont nettement changé : non seulement il ne fait aucun cas de leurs conseils, mais il a perdu tout sentiment de reconnaissance, obéissance, respect ou affection pour eux. Il a même contracté de l'hostilité et de la haine pour un membre de sa famille.

D'un autre côté, son attitude, l'impossibilité où il est de discuter les raisons de son mutisme et les contradictions qu'il y apporte révèlent une altération profonde du psychisme de cet enfant, qui manifestait jusque-là une intelligence ordinaire.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 MARS 1921

Présidence de M. PACTET, Président

Les secrétaires et le rapporteur de la Commission d'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire ont été empêchés d'assister à la séance.

Dans ces conditions, M. le Président propose de reporter au mois d'avril la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance de février et l'élection d'un membre titulaire (adopté).

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Dr Raynier qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

Une lettre de M. le Dr Vermeylen qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger.

Une lettre de M. le Dr Rodiet qui pose sa candidature à la prochaine place de membre titulaire.

Une lettre de M. le Dr Ducosté pour le même objet.

Une lettre de M. le Dr Tidemand-Johannessen qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger (Commission : MM. Pactet, Colin, Simon).

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai reçu de notre collègue, M. le Dr Arnaud, la lettre suivante :

Vanves, 29 mars 1921.

MON CHER PRÉSIDENT,

Vous nous avez annoncé, à une de nos dernières réunions, que, faute de fonds, le prix Esquirol était désormais supprimé.

Cette suppression est doublement regrettable, et parce qu'elle fait disparaître de la liste de nos prix le nom d'Esquirol, et parce qu'elle privera un débutant aliéniste d'une satisfaction et d'un encouragement.

©BIUM

Pour retarder au moins d'une année la fâcheuse suppression, permettez-moi de restituer à la Société Médico-Psychologique les deux cents francs que j'en ai reçus, lorsqu'elle a bien voulu, il y a plus de 30 ans, hélas ! m'attribuer le prix Esquirol.

Croyez bien, mon cher Président et ami, à mes sentiments cordialement dévoués.

Ci-inclus deux cents francs.

L. ARNAUD.

M. LE PRÉSIDENT. — Je suis certain d'être votre interprète en remerciant bien vivement notre collègue M. le Dr Arnaud de sa généreuse initiative. (*Applaudissements.*) Je ne doute pas qu'il trouve des imitateurs. Ainsi sera réalisé le vœu émis par la Société dans sa séance du 27 décembre 1920. Le prix Esquirol qui a du reste été annoncé sera donc décerné en 1922. (Voir les conditions du concours dans le n° des *Annales* de janvier 1921, p. 86).

Rapport de Candidature

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, Dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Dupré, Vallon et René Charpentier, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. le Dr Allamagny au titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

Le Dr Allamagny est bien connu de vous tous. Après avoir rempli les fonctions d'interne dans les services du Dr Magnan et du Dr Vallon, il entra comme interne à la Maison de Santé de Passy que dirige notre collègue le Dr Meuriot. Il y devint successivement médecin-adjoint, puis, depuis 1917, médecin-directeur adjoint. Auteur d'une excellente thèse de doctorat sur « les Séquelles de l'Onirisme alcoolique », le Dr Allamagny est, en outre, médecin-légiste de l'Université de Paris.

Pendant la guerre, après 15 mois passés dans un bataillon d'infanterie, où il obtint la Croix de Guerre avec deux citations, le Dr Allamagny fut chargé de divers services de neuro-psychiâtrie, tant à la 3e Armée, qu'à l'intérieur.

©BIUM

C'est à l'unanimité que votre Commission vous propose de le nommer membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

M. ALLAMAGNY est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages exprimés.

Sur la nature de la démence survenant au cours de certains délires (à propos de deux cas de délire d'influence)

Par le Dr M. MIGNARD

L'évolution démentielle n'est pas rare au cours des délires avec idées d'influence et d'emprise sur la pensée. Kræpelin et ses élèves les ont étudiés comme signes de la démence précoce. Mais, l'année dernière, Logre et Heuyer, au Congrès de Strasbourg, ont fort justement mis en lumière l'existence de ces idées au cours des accès d'excitation maniaque, c'est-à-dire dans un syndrome dont l'habituelle évolution est toute différente. D'autre part, nous avons présenté devant la Société Médico-Psychologique, au mois de mars de l'année 1913, un cas de délire d'influence qui avait abouti à la chronicité sans aucun affaiblissement démentiel. Enfin l'on peut affirmer qu'il existe des bouffées délirantes curables d'une formule analogue, qu'elles prennent leur origine dans une intoxication ou une infection, une série d'émotions ou un état d'insomnie, sur un tempérament prédisposé ou non. Cela se comprend, du reste. Les idées d'influence se présentent habituellement comme l'interprétation de pseudo-hallucinations ou hallucinations dites psychiques prédominantes ; ainsi qu'habituellement dépendent les idées de possession d'hallucinations psycho-motrices, certaines idées de persécution d'hallucinations auditives, etc..... De même que le syndrome hallucinatoire, le syndrome pseudo-hallucinatoire et les délires qu'il provoque peuvent se trouver impliqués dans des troubles fort divers, tant par leur évolution que par leur étiologie.

©BIUM

Les deux malades que nous comparons aujourd'hui ne présentent ni l'une ni l'autre de démence confirmée. Mais tandis que l'une d'elles délire depuis plus de seize ans sans que l'on puisse relever trace de la moindre insuffisance dans son activité mentale, et notamment intellectuelle, la deuxième, de beaucoup plus jeune, délirante depuis une année à peine, manifeste des réactions où tous les cliniciens s'accorderont pour reconnaître les signes d'une évolution vers la démence, ainsi que l'existence, dès maintenant établie, d'un certain degré d'affaiblissement démentiel. Il nous paraît utile d'essayer de préciser cette impression clinique. Les longues séances que la Société Médico-Psychologique a données à l'étude de la démence ont montré que si ce terme répond à une réalité commune à tous les états démentiels, réalité que perçoivent les observateurs d'une manière intuitive, il est, par contre, bien difficile de s'accorder sur les caractères précis par où cette réalité s'affirme et se distingue. Un moyen de les déceler serait peut-être d'étudier la démence à l'état naissant, si l'on peut dire, et de l'étudier par la comparaison de malades atteintes de troubles analogues, mais chez lesquelles l'impression clinique dénote pour les unes la présence, pour les autres l'absence de ces caractères que l'on se propose de déterminer.

Mme H. est âgée de cinquante-quatre ans. Sa mère était très nerveuse, et dut être internée pendant quelques mois à Sainte-Anne. Elle-même fut toujours très vive de caractère. Réglée à l'âge de 13 ans, elle a toujours souffert de dysménorrhée. Mariée à un médecin à l'âge de 28 ans, elle s'exalte dans la lecture d'ouvrages scientifiques et philosophiques ; en même temps elle prend l'habitude de combattre ses douleurs menstruelles par l'usage du laudanum, qui lui procure quelques rêveries agréables. Après la mort de son premier mari, elle épouse encore un médecin, le Dr R. Elle aurait subi l'ablation des ovaires en 1895. Elle s'exalte de plus en plus dans la lecture. En 1904, elle est internée à Charenton. Elle y reste, dans le service de M. Ritti, puis dans celui de M. Marchand jusqu'au mois d'octobre 1920, époque de son entrée à l'Asile de Moisselles, où elle est depuis lors en traitement.

©BIUM

Mme H. fait remonter l'origine des troubles qu'elle ressent au moment même de son entrée à la Maison Nationale; mais ils viennent sans doute d'une date un peu plus lointaine. Ce sont surtout des pseudo-hallucinations, sentiments d'inspiration et d'arrêt de la pensée, représentations visuelles et auditives vives, allant parfois, mais rarement, jusqu'à l'hallucination vraie, troubles du même degré dans l'ordre psycho-moteur, ainsi que pour la sensibilité viscérale. Mme H. les interprète par un système délirant que l'on peut ainsi résumer : comme toutes les personnes internées dans les asiles, elle est soumise à la fois au spiritisme et au diabolisme. Le spiritisme a pour but d'élever les esprits et de les porter, d'existence en existence, vers des sphères supérieures. Le diabolisme tend, au contraire, à les replonger dans la matière. Mais, en définitive, tous deux concourent au même but excellent, car des régressions limitées sont nécessaires pour remettre l'esprit en ordre, et lui permettre des progressions nouvelles ; telles sont les raisons profondes de l'action, apparemment inférieure, qu'exercent les aliénistes sur la mentalité des personnes internées, et c'est pourquoi Mme H. peut, malgré tout, leur conserver sa sympathie.

Notre deuxième malade, Mlle D., est âgée de vingt-six ans. Nous n'avons rien à signaler dans ses antécédents, héréditaires et personnels, sinon qu'elle fût toujours, semble-t-il, portée à se tenir à l'écart. Elle a obtenu le certificat d'études, a travaillé comme couturière, puis comme employée dans un établissement de crédit. Au mois de mai 1920, elle entrait à Saint-Maurice, présentant des idées délirantes d'influence. Depuis quelque temps, pensait-elle, on agissait sur sa pensée. On l'influençait par le regard. On lui imposait des idées, et l'on tentait de lui imposer des actes, et aussi des visions et des paroles. On la gênait, par contre, lorsqu'elle voulait spontanément appliquer son attention à quelque objet. On lui détournait l'esprit. Il semble que la déviation qu'elle accusait de ses pensées se faisait surtout dans le sens d'obsessions génitales. Peu à peu, Mlle D. prend une attitude hostile, se cache sous les draps de son lit, tombe dans l'inaction, par défense, peut-on croire, contre ses persécuteurs. Transférée à l'Asile de Moisselles, où elle entre le 26 novembre 1920, ses réactions changent encore. Au début elle paraissait inquiète et troublée, elle fut ensuite hostile, maintenant elle est indifférente et comme inerte, bien que son inertie soit de loin en loin traversée par de brusques mouvements de colère. Le délire qu'elle esquisse se réduit à

©BIUM

quelques mots : elle est internée pour subir ce que l'on appelle la métempsychose ; des êtres extérieurs agissent sur sa pensée, et aussi sur son corps ; les asiles d'aliénés sont en réalité des maisons de prostitution où de prétendus médecins exercent ainsi sur leurs malades des actes répréhensibles. Elle demande sa sortie et veut rentrer dans les bureaux où elle travaillait.

Comparons maintenant les réactions de ces deux malades:

Mme H. manifeste à chaque moment une très vive intelligence. Elle lit beaucoup, Auguste Comte, Flammarion, des ouvrages de médecine et de philosophie. Elle donne des arguments originaux, et non sans valeur, dans la discussion, lorsqu'elle soutient, notamment, que ses croyances spirites ne sont pas incompatibles avec ses principes positivistes. Par ailleurs, elle est très active, fait des ouvrages de broderie fort réussis, travaille ou converse avec d'autres malades, des amies, des infirmières. Mlle D. reste presque constamment inerte et apathique, avec une expression et dans une attitude à peu près stupides. L'œil est fixe et atone, les lèvres remuent un peu de temps en temps. Elle lit peu, ne s'occupe nullement, répond de façon distraite et lointaine, presque toujours par des phrases insignifiantes, banales et toutes faites. A grand'peine on obtient un léger effort d'attention ; on s'aperçoit alors que la plupart des opérations intellectuelles restent à la rigueur possibles. Mais leur usage devient de moins en moins fréquent et se perd peu à peu dans l'inidfférence du sujet. Mlle D. en arrive à faire erreur sur le quantième de l'année, et ne s'en soucie pas davantage. Lorsque, par un petit calcul, nous le lui avons fait retrouver, elle ne s'étonne pas d'avoir vécu plusieurs semaines dans une pareille ignorance.

A l'égard du délire, l'inactivité des fonctions supérieures est aussi remarquable chez cette malade. Tandis que Mme H. imagine toujours de nouvelles explications, qui viennent enrichir le vieux système ; à propos des troubles qu'elle subit actuellement, Mlle D. ne sait que répéter d'une façon passive et monotone l'explication autrefois trouvée. L'affectivité est, du reste, toute différente dans ces deux sujets : aussi riche que nuancée chez Mme H., elle est réduite chez Mlle D. à une morne indifférence, entrecoupée de loin en loin, surtout lorsqu'on la dérange, de brusques mouvements de colère. Encore quelques mois de cette évolution et l'on prévoit le moment où Mlle D. ne manifestera jamais plus, sauf de façon tout à fait exceptionnelle, l'activité de ses fonctions mentales supérieures. La démence alors sera constituée.

©BIUM

En somme, nos malades ont éprouvé toutes deux une gêne dans leur spontanéité mentale du fait de l'influence excessive qu'exercent sur leur psychisme des phénomènes qui lui servent habituellement d'instruments, et que nous pouvons schématiquement nous représenter comme des réflexes sensori et sensitivo moteurs, splanchniques, etc..... Il en résultait des entraînements de la pensée, et des inhibitions de son exercice volontaire. Le sentiment provoqué par ces troubles, les deux malades l'ont exprimé au moyen d'idées délirantes plus ou moins riches et ingénieuses, mais analogues dans leur principe. Seulement, tandis que la première a toujours maintenu, et maintient encore, malgré ces perturbations, un actif et satisfaisant usage de sa pensée, la deuxième ne résiste plus, et laisse tomber son activité mentale vers des manifestations de plus en plus dégradées, de moins en moins sensibles, de moins en moins volontaires, de moins en moins intelligentes. Elle est encore capable, par instants, et au prix d'un effort qu'elle fuit chaque jour davantage, de réaliser quelques opérations qui nécessitent l'exercice d'un mode supérieur de la pensée, mais nous voyons venir le moment où l'habitude sera prise de n'y recourir presque jamais. Ainsi s'établiront de façon coutumière ou l'inertie mentale, ou bien un mode d'activité profondément dégradé, sauf d'exceptionnelles variations. L'état de Mlle D. offrira de cette manière l'exact tableau de la démence.

Ces observations, d'autres analogues, et les considérations qu'elles suggèrent nous amènent aux conclusions suivantes :

1° *Il faut abandonner, comme incompatibles avec l'expérience, les psychologies qui prétendent réduire la pensée à un système de réflexes plus ou moins compliqués.* Le délire d'influence manifeste précisément le contraste qui s'affirme entre la spontanéité profonde, essentielle de la pensée et le sentiment d'emprise résultant d'une excessive influence, sur cette spontanéité, de phénomènes aussi rigides, dans leur détermination, que des réflexes, aussi composés qu'ils soient.

2° *Au point de vue psychiatrique, la démence peut*

©BIUM

être considérée comme une réaction de déchéance ou de dégradation de l'activité mentale. Par cette réaction à certaines circonstances, variables selon les maladies, qui gênent son adaptation, l'activité mentale se réduit à un état voisin de l'inertie ou bien à l'exercice à peu près exclusif de ses fonctions les moins élevées ; *elle est habituelle et symptomatique de chronicité, et cependant capable de rares, mais réelles rétrocessions.*

Une telle conception de la démence est en désaccord avec celle qui fut généralement admise à la fin du siècle dernier : l'on considérait la démence comme une sorte d'idiotie acquise. Si l'on maintenait ce point de vue, il faudrait rejeter de la classe des démences la démence vésanique et la démence précoce, qui sont susceptibles de variations, comme des études expérimentales l'ont antérieurement démontré.

Mais la recherche expérimentale des variations de valeur de l'activité intellectuelle en découvre aussi de très importantes dans le cours de la démence paralytique, et parfois même de la démence sénile.

D'autre part, l'existence des rémissions plaide contre la notion qui rapproche outre mesure la démence de l'idiotie.

Il est vrai que pour les expliquer on imagine deux sortes de symptômes dans les états démentiels, les uns surajoutés, fonctionnels, confusionnels, seraient susceptibles de variation ; les autres, vraiment démentiels, seraient irréversibles.

Mais cette hypothèse n'est pas suffisante pour rendre compte des rémissions, car l'essai de distinction de ces deux espèces de symptômes échoue devant l'expérience. Aussi bien que les signes attribués à la confusion, obnubilation, désorientation, incohérence, ceux que l'on donne comme les manifestations les plus certaines de la démence, insuffisance simple dans l'exercice du jugement, du raisonnement et de la mémoire, niaiserie, indifférence affective, etc..... s'atténuent, s'effacent et disparaissent dans certaines occasions. Esquirol a fort bien dit : « L'état de l'homme en démence peut varier, celui de l'idiot est toujours le même. »

©BIUM

DISCUSSION

M. CHASLIN. — « Il m'a semblé comprendre que M. Mignard oppose le délire des persécutions avec hallucinations sensorielles au délire d'influence avec hallucinations psychiques. Or j'ai vu et publié dans le *Journal de Psychologie* du 15 décembre dernier un cas de délire d'influence où les hallucinations auditives vraiment sensorielles accompagnaient le délire et y jouaient un rôle important. Il n'y aurait donc pas une opposition tranchée sous le rapport des hallucinations entre les deux délires. »

TH. SIMON. — Deux points m'ont frappé dans la communication de M. Mignard : l'affirmation que la démence serait parfois (notamment dans la démence précoce) le résultat d'une inactivité prolongée des fonctions intellectuelles ; ce n'est là qu'une hypothèse et je me demande si elle est juste ; on voit des malades après des mois d'inactivité retrouver du jour au lendemain un fonctionnement intellectuel beaucoup plus satisfaisant ; toutefois ce n'est là qu'un détail. Un fait plus important est la tendance de M. Mignard à ne plus considérer la démence comme quelque chose d'incurable. Que cette idée soit déjà dans Esquirol, il se peut. Mais je me demande si précisément ce n'est pas revenir sur un progrès que de ne pas donner au mot démence son sens d'incurabilité.

M. ARNAUD. — L'exemple de la démence paralytique invoqué par M. Mignard me semble mal choisi puisqu'il s'agit, dans l'espèce, de troubles intellectuels résultant de lésions organiques, troubles qui peuvent tout naturellement varier si les lésions organiques se modifient ou par suite de l'entrée en action de suppléances encore mal connues.

TRUELLE. — Je me garderai de discuter le problème de la définition et de la délimitation de la Démence, soulevé à nouveau par l'importante communication de M. Mignard. C'est seulement un point étranger à l'analyse psychologique que je veux relever : la différence signalée entre les deux malades au point de vue de leur activité mentale. La plus jeune, dont le délire

©BIUM

a débuté avant l'âge de 24 ans, est tombée très rapidement dans un de ces états de passivité, de désintérêt, d'absence de spontanéité qui réalise le syndrome dit démence précoce. L'autre qui n'a déliré qu'après 40 ans a gardé, au contraire, toute la puissance de son activité psychique. Ceci n'est pas spécial au délire d'influence.

Lorsque j'étais à l'asile de Moisselles, riche en délirantes de toutes sortes, j'avais été frappé de voir certaines psychoses hallucinatoires — quelles que soient les modalités de leurs idées délirantes — aboutir rapidement à la désagrégation et à la discordance, et à un syndrome D. P. très marqué ; tandis que d'autres, semblables au point de vue des hallucinations et des formules délirantes, comportaient, au contraire, beaucoup plus longtemps une activité intellectuelle plus intense, plus variée et plus productrice. En comparant chez les malades, les âges où avait débuté leur affection mentale, j'étais arrivé à cette conclusion que, dans l'immense majorité des cas, c'étaient celles atteintes avant la 25e année qui réalisaient au maximum le syndrome discordant — ou démentiel — comme on voudra — syndrome grave en tout cas ; tandis que les autres, celles restées d'intelligence active, n'avaient commencé à délirer que beaucoup plus tardivement.

On peut voir là une application particulière d'une loi générale de pathologie : à savoir qu'un processus morbide, quel qu'il soit, provoque, toutes autres choses égales, des troubles plus graves quand il s'attaque à un organisme encore en voie de développement.

Dès lors on est amené à penser que le processus morbide x, cause de ces psychoses hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires, aura, pour l'ensemble de la fonction psychique, des conséquences d'autant plus redoutables et sera d'autant plus apte à provoquer le syndrome démence précoce, qu'il aura sévi plus précocement chez les individus.

M. Toulouse. — La communication de M. Mignard pose à nouveau cette question du diagnostic de la démence que nous avons abordée ici à plusieurs reprises avec lui-même et M. Juquelier.

©BIUM

La conception de la démence a évolué depuis Esquirol. On entendait surtout par ce terme la perte d'un « capital » de notions, c'est-à-dire un processus où le déficit de la mémoire est un élément essentiel.

Actuellement la démence est plutôt considérée comme une faiblesse fonctionnelle, la diminution des processus non pas seulement de mémoire, mais aussi d'imagination et surtout de jugement. Ce caractère de la démence n'est donc pas extérieurement différent des caractères de la confusion mentale. Là aussi il y a une diminution de ces fonctions. Mais, alors que dans la démence sénile, cette diminution est continue et irréversible, dans la confusion mentale elle est discontinue et réversible.

Cela est l'expérience clinique.

Nous avons proposé d'expliquer le syndrome confusion par le trouble d'une fonction d'adaptation des processus psychiques aux réalités, que nous avons appelée l' « auto-conduction ».

Le problème du diagnostic consiste donc à rechercher chez le malade l'état de ses possibilités à répondre et à agir pertinemment.

Le principal n'est donc pas de relever les incohérences, qui sont communes dans les deux cas, mais d'établir si le malade est capable à certains moments d'appliquer son auto-conduction et d'avoir une conduite psychique normale.

En pratique la difficulté du diagnostic est extrême. Nous savons tous que des paralytiques généraux et des séniles se présentent souvent notamment au début de leur internement dans un état d'incohérence qui fait porter un diagnostic de démence accusée. Or ce n'est là souvent, pour la plus grosse part, que de la confusion qui peut s'atténuer rapidement, démasquant le fonds mental qui est loin d'être démentiel comme il le paraissait tout d'abord.

Disons en passant que le dément ne peut pas être complètement assimilé à un imbécile. Car il a toujours un capital de notions, de jugements, un automatisme psychique supérieur dont l'imbécile est totalement dépourvu.

©BIUM

M. TRUELLE. — Tout de même, je crois que nul n'osera nier qu'il existe des cas — et ils sont nombreux — où la fonction psychique est et reste définitivement entravée, qu'elle soit simplement diminuée ou plus ou moins complètement anéantie. Et là, qu'il s'agisse de démences séniles, de démences paralytiques ou de démences dites organiques, la déchéance psychique correspondant à des lésions cérébrales destructives, généralisées ou diffuses, est irrémédiable. Il n'y a pas de « réversibilité », pas de guérison. Eh bien, ce sont ces faits que l'on a, depuis déjà pas mal d'années, décrits sous le nom de démence. C'est une pétition de principe, dit-on. Pas plus que toutes les autres dénominations. On convient tout simplement de donner le nom de « démence » à ces cas « irréversibles », bien connus, bien différenciés, et la plupart du temps très faciles à diagnostiquer dès le premier examen. Comme le disait tout à l'heure M. Simon, il n'apparaît pas que ce soit favoriser le progrès de la science que de faire table rase de ce qui est nettement acquis.

Certes, nous savons tous qu'il est d'autres syndromes où la fonction psychique est entravée ou suspendue ; et qui, plus ou moins — mais souvent moins que plus — ressemblent à ce qu'on appelle la démence ; nous savons que ces syndromes (confusion, obtusion, stupeur, dépression, inertie, ou bien même excitation, délire, etc...) peuvent à un examen superficiel en imposer pour de la démence ; qu'ils peuvent se superposer à elle chez les séniles comme chez les paralytiques ou les organiques, et la faire apparaître beaucoup plus profonde qu'elle n'est. Mais, en général, la différenciation est possible, sinon toujours aisée. Tout à l'heure, M. Toulouse, faisant allusion à ces cas, disait : le déficit intellectuel constaté peut entièrement disparaître, donc la démence est susceptible de guérir. Nous disons, nous, ce n'était pas de la démence. Il disait aussi que, d'autres fois, il y a des guérisons imparfaites et qu'il reste, « irréversible », une légère diminution, stable et définitive, de l'activité psychique. Pour nous, ce qui disparaît, c'étaient ces syndromes surajoutés, différenciables de l'affaiblissement intellectuel vrai, de la dé-

©BIUM

mence, par une étude un peu soigneuse ; et ce qui persiste, c'est la démence. Qu'il y ait des cas exceptionnels où cette différenciation, ce diagnostic, soit extrêmement difficile d'emblée, c'est entendu. Cela n'empêche pas que dans la majorité des cas, nul aliéniste un peu averti et entraîné à l'examen des malades, ne s'y trompe.

M. Toulouse. — Ce qui importe dans le diagnostic de la démence et de la confusion, c'est d'établir les symptômes vraiment spécifiques de chacun de ces états. M. Truelle insiste beaucoup sur le caractère d'incurabilité. Ce n'est qu'un signe empirique, dont nous sommes bien forcés de nous contenter, à défaut d'autres plus scientifiques, mais qui n'a pas un caractère proprement scientifique.

Car un fait n'est scientifique que dans la mesure où il permet une prévision. Lorsque, relevant chez un malade un certain désarroi mental, de l'embarras de la parole et le réflexe d'Argyll-Robertson, nous posons le diagnostic de paralysie générale, nous faisons acte de prévision. Nous pouvons affirmer à peu près sûrement que cet individu mourra dans cinq ans environ après avoir passé par une déchéance psychique et motrice progressive. Nous faisons là de la prévision et par conséquent acte scientifique.

Il importe donc de rechercher les caractères tirés de l'examen actuel qui nous permettent de dire d'avance que le malade ne guérira pas. Or ces caractères, je les cherche, je ne les connais pas.

Sans doute, comme l'a fait remarquer M. Arnaud, un psychiâtre expérimenté et habile peut souvent poser le diagnostic de démence sans se tromper. Mais ce qui m'intéresse, ce n'est pas de faire un diagnostic exact, plus ou moins intuitif, mais de savoir pourquoi je le fais. Lorsque j'en serai là je ferai acte proprement scientifique. Et du point de vue pratique, la différence est considérable. Je pourrai notamment — ce qu'actuellement avec une longue expérience je n'arrive pas à faire — enseigner à des élèves en peu de temps le moyen de poser des diagnostics exacts. Aujourd'hui, en psychiâtrie, comme dans toute la pathologie, une

©BIUM

bonne technique scientifique permet de faire faire un diagnostic par des gens médiocres beaucoup mieux que ne le peuvent des gens plus intelligents avec de mauvaises méthodes.

Mais où trouver ces caractères de démence, c'est-à-dire d'irréversibilité ? Et je réponds ici à M. Simon. Le pis est que nous ne savons rien ou à peu près rien des conditions cérébrales immédiates de ces états. Pourquoi tel état est-il irréversible et pourquoi tel autre ne l'est-il pas ? Cela tient à des altérations fonctionnelles dont nous ignorons le mécanisme. Et encore faut-il remarquer que l'irréversibilité est fonction des moyens d'action que nous pouvons avoir sur les processus pathologiques. La paralysie générale nous apparaît aujourd'hui irréversible, demain elle peut être accessible à un autre traitement.

D'une manière générale, en pathologie, les maladies analogues à la démence sont des états non pas seulement chroniques, mais organiques, et plus spécialement ceux s'accompagnant de sclérose. Or, la sclérose est irréversible dans l'état actuel de notre thérapeutique, sans qu'on puisse affirmer qu'elle le sera toujours.

Dans cette ignorance où nous sommes, il est permis et même nécessaire de rechercher par tous les moyens des éléments d'information. C'est pour cela que j'ai pensé à utiliser les réactions cardio-vasculaires de l'effort mental dans des recherches dont j'ai communiqué, en collaboration avec M. Targowla, une première série. L'idée directrice est la suivante : si un individu est incohérent quand il fait effort, il y a plus de chances pour que ce soit de la démence que de la confusion, puisqu'alors il semble donner le maximum de ses possibilités. Il ne s'agit pas de vouloir poser le diagnostic de démence par la mesure de la tension artérielle, mais de rechercher un élément qui nous renseigne sur les conditions de l'activité psychique.

Loin de mépriser ces informations nouvelles, le psychiâtre doit s'attacher à les rechercher de plus en plus s'il ne veut pas que la psychiâtrie soit refaite en dehors de lui par des cliniciens apportant dans l'analyse pathologique les procédés habituels employés pour les autres maladies.

©BIUM

M. MIGNARD. — Je n'ai pas voulu prétendre que le diagnostic de démence ne puisse pas être porté avec intérêt et justesse dans le sens qu'il implique une incurabilité probable (dans l'état actuel de nos moyens et de nos connaissances). Il me semble seulement, et c'est, je crois, ce que nous apprend l'observation, que ce sens ne doit pas être pris dans l'acception absolue d'une perte de l'intelligence considérée trop à la lettre comme un capital acquis. Lorsqu'Esquirol compare le dément à un homme qui a perdu ses biens, il entend sans doute n'user que d'une image assez lointaine, puisqu'aussitôt après il admet que l'état de l'homme en démence peut varier, contrairement à celui de l'idiot et de l'imbécile.

Il me semble aussi que l'on ne doit pas considérer les possibilités de l'activité mentale comme uniquement conditionnées par l'état du cerveau mascroscopiquement considéré. Les mêmes grosses lésions anatomiques permettent, en n'importe quelle région de l'organisme, des comportements bien différents selon l'état physiologique des tissus. Lorsqu'il s'agit des fonctions mentales, il faut tenir compte aussi, non pas des seules conditions anatomiques, mais encore des physiologiques; j'ajouterai même: des psychologiques; et des mille causes extérieures qui peuvent agir sur ces divers facteurs.

Des observations nombreuses ne nous montrent-elles pas, d'autre part, qu'un état d'inertie prolongée de l'activité mentale précède souvent la démence ?

Comparons, si vous le voulez, la démence à la cachexie. Cette dernière comporte, elle aussi, un habituel pronostic. Cependant, il n'est pas fatal. Nul ne s'étonne des guérisons, moins encore des variations. A notre avis, il en est de même de la démence ; et, dans le fait, l'expérience montre l'existence des variations.

©BIUM

Hallucinations lilliputiennes, délire et puérilisme

Par M. E. MARTIMOR

M. Leroy a décrit pour la première fois en 1909 une variété d'hallucinations visuelles présentant les caractères suivants :

« Hallucinations visuelles petites, portant généralement sur des personnages animés ;

« Hallucinations multiples, mobiles, fugaces, souvent colorées ;

« Hallucinations ayant un caractère agréable. »

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement dans le service de mon maître, le Dr Mignard, des troubles psycho-sensoriels appartenant nettement au type décrit par M. Leroy sous le nom d'*hallucinations lilliputiennes.*

C'est ce cas que nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui à la Société Médico-Psychologique.

Il nous a paru intéressant à cause de sa netteté et de certaines particularités étiologiques.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans ayant contracté la syphilis à l'âge de 5 ans. Elle aurait été contaminée par sa mère.

En juillet 1920, elle présente de la chorée avec fièvre légère, affection qui motive son admission à l'hôpital où elle est traitée par des injections de novarsenobenzol. Un Wassermann pratiqué à cette époque est négatif.

Les mouvements choréïques semblent avoir disparu assez rapidement, mais des troubles mentaux ne tardent pas à se manifester. Ils semblent avoir été caractérisés au début par un épisode confusionnel avec désordre des actes et des idées, mais déjà les hallucinations lilliputiennes apparaissent avec des caractères analogues à ceux que nous constatons actuellement. Ces troubles mentaux ont motivé l'internement à l'asile clinique où le certificat immédiat du Dr Dagonet est le suivant : « Est atteinte de débilité mentale, confusion dans les idées, hallucinations multiples. »

Transférée à Moisselles le 27 janvier 1921.

La malade se prête volontiers à l'interrogatoire et décrit avec complaisance les « petits nains » qui jouent maintenant un grand rôle dans sa vie.

©BIUM

Ces personnages extrêmement nombreux ne mesurent guère plus de 10 cm. Leurs contours et leur relief sont aussi nets que ceux des objets réels.

Ce sont le plus souvent des hommes vêtus de pourpoints rouges ou verts, de culottes bouffantes, coiffés de bonnets pointus, chaussés d'escarpins à grelots. Certains ont de grandes barbes blanches.

Leur activité est très grande. Ils dansent en rond dans la chambre, entourent souvent le lit de la malade d'une farandole échevélée.

Parfois ils font des grimaces, des contorsions bizarres et souvent la malade devient leur souffre-douleur : ils ébranlent son lit, tirent ses cheveux, brandissent des instruments de torture dont ils la menacent. A d'autres moments ils se contentent de la tourner en ridicule par une mimique très expressive.

Ces hallucinations se produisent indifféremment la nuit ou le jour, en dehors même d'états de demi-sommeil ou de distraction très profonde.

La malade voit par exemple ses nains alors qu'elle se livre à des menus travaux du ménage ou de couture ; parfois même elle interrompt l'interrogatoire pour nous désigner un coin de la pièce où elle vient de les apercevoir.

L'état affectif qui accompagne les hallucinations est difficile à analyser. Dans le fond la malade s'y complaît comme dans la lecture d'un roman passionnant. Lorsque nous le lui faisons remarquer, elle s'en défend, prétendant que les nains la rendent très malheureuse et qu'elle voudrait bien en être délivrée, mais aux malades qui l'entourent elle exprime le désir d'être seule pour mieux jouir du spectacle qui lui est offert, spectacle tantôt émouvant, tantôt amusant, tantôt empreint d'un certain érotisme.

Lorsqu'on essaie de lui démontrer le caractère pathologique de ces visions, elle semble se laisser persuader à demi, nous concède qu'elle est « peut-être un peu folle » mais bientôt après, une remarque spontanée montre qu'elle extériorise bien ses hallucinations.

Dans cette description sommaire nous nous sommes efforcés de montrer que les troubles psycho-sensoriels de notre malade rentrent nettement dans le syndrome isolé par M. Leroy sous le nom d'hallucinations lilliputiennes (1).

---

(1) R. Leroy. — *Les hallucinations lilliputiennes. Soc. médico-psychol.*, octobre 1920.

©BIUM

Il nous reste maintenant à signaler quelques particularités de l'état mental accompagnant les visions micropsiques, particularités qui nous ont paru de nature à éclairer la psychogénèse du syndrome lilliputien — au moins dans le cas qui nous occupe.

On ne peut parler d'arriération mentale chez notre malade : son niveau intellectuel est moyen et elle gagnait régulièrement sa vie comme sténo-dactylographe.

Mais le caractère est celui d'une fillette de 10 à 12 ans. Elle est timide, rougit facilement, rit et pleure sans motif bien sérieux, a, pour obtenir ce qu'elle désire, des minauderies d'enfant gâté. Elle est très suggestible. Son langage est puéril et son délire a le même caractère ainsi que nous allons le voir.

En effet les hallucinations lilliputiennes et d'autres troubles psycho-sensoriels surajoutés ont servi à édifier un délire vague de persécution.

Les nains ont été déchaînés par un médecin : « Il m'en voulait, dit-elle, parce que je pouvais pas le sentir depuis qu'il m'avait piquée dans le dos... Sœur Thérèse de l'Enfant-Jésus m'est apparue ; elle m'a dit que ce docteur me faisait du mal, qu'il me magnétisait, que c'était un ancien bagnard, un vieux rancunier. ».

Les nains malfaisants qui s'ingénient à tourmenter leur victime sont les « Celtiques » dont le chef se nomme Jésuip ; mais, à côté d'eux ont surgi les « Nabos » que Sœur Thérèse a préposés à la garde de sa protégée. — « Les Celtiques sont très méchants, dit notre malade ; quand Sœur Thérèse les gronde, ils veulent pas l'écouter ; ils me tirent tout le temps les cheveux. Quand je prie la Sainte Vierge, ils me disent : « Tu peux bien te la fiche au derrière ». Et alors ils me donnent des pensées vicieuses pour me faire faire des péchés. »

Cette puérilité qui apparaît dans les idées de persécution et dans leur expression, se retrouve dans certaines représentations mentales vives que la malade se plaît à décrire. Il lui arrive souvent de voir défiler devant elle des pays merveilleux où l'on retrouve un mélange de toutes les rêveries que les livres d'enfant peuvent évoquer : chalets suisses, temples égyptiens, paysages lunaires, déserts, palmiers, océans, baleines, toutes ces images se déroulent devant la malade ; ou au contraire il lui semble que son lit vole à travers l'espace, comme le char ailé d'un conte de fées ; et elle ne cache pas le plaisir que lui causent ces voyages merveilleux.

©BIUM

En résumé, nous nous trouvons en présence *d'hallucinations lilliputiennes typiques survenues au cours d'une bouffée délirante d'origine probablement toxique, chez une débile à caractère puéril.* — L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans ce fait que *le caractère lilliputien des hallucinations a été déterminé par la tendance aux rêveries puériles et romanesques* que nous avons pu mettre en évidence aussi bien dans l'état mental actuel de notre malade que dans son enfance.

Les conceptions délirantes sont d'ailleurs marquées au cachet de ces rêveries puériles, entretenues par la lecture de livres d'enfants ou de romans. Les nains sont extraits des histoires d'Elfes, de Gnômes ou de Lutins que la malade dit avoir lues, vêtus comme dans les images d'Epinal qu'elle a souvent feuilletées.

On remarque même dans la description complaisante des tortures promises à leur victime par les nains cette teinte de masochisme dont les rêveries des enfants sont souvent empreintes.

M. Leroy. — La communication de M. Martimor est des plus instructives. Elle prouve d'abord que les hallucinations lilliputiennes ne sont pas une rareté clinique. C'est le troisième cas relaté depuis quelques semaines. MM. Lwoff et Targowla en ont montré un cas récemment à la Société clinique de Médecine mentale chez un paralytique général halluciné (février 1921) et M. le professeur Dupré en a présenté un autre à ses leçons cliniques chez un alcoolique chronique.

De plus, M. Martimor a eu le grand mérite de faire un essai psychologique de ce trouble psycho-sensoriel, en le rattachant au caractère puéril et romanesque de sa malade. Toutefois, le syndrome lilliputien n'est pas fonction d'un état mental puéril. Le sujet de M. Salomon était un avocat, d'autres des hommes supérieurement doués (Musset) et nous n'en avons observé aucun exemple au cours du puérilisme mental.

Je considère les hallucinations lilliputiennes comme très intéressantes au point de vue de la recherche du mécanisme des hallucinations. Elles montrent la part

considérable du psychisme, allant chercher des éléments dans le sub-conscient et l'inconscient. C'est là qu'il conviendrait de chercher la psychologie du syndrome. Les états oniriques sont des délires de rêves, dans lesquels les réminiscences de l'enfance jouent un grand rôle.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire général,
H. COLIN.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

Drs Artúro Mó et G. Bosch. Nouvelle méthode de représentation graphique du Fond Mental dans les démences. — Une brochure de 20 pages avec graphiques.

Le professeur Art. Mó, de Buenos-Ayres, et le Dr G. Bosch ont repris pour la perfectionner la méthode que G. Ballet et Genil-Perrin ont fait connaître dans l'*Encéphale* de février 1914. On sait en quoi elle consiste : représenter par un procédé aussi objectif que possible l'état exact du Fond Mental, décomposé en ses facteurs essentiels : affectivité, attention, mémoire, association, jugement, activité, afin d'apprécier et mesurer sa déchéance dans les démences.

Les graphiques de G. Ballet et Genil-Perrin, très clairs, avaient pourtant l'inconvénient d'être peu maniables, et de permettre difficilement des examens comparatifs rapprochés. C'est sur l'amélioration de ce point que Mó et Bosch ont fait porter leurs efforts.

Ils ne se dissimulent pas ce qu'il y a d'arbitraire à évaluer de 1 à 5, ou mieux, comme ils le proposent, de 0 à 4, chacune des fonctions intellectuelles, selon qu'elle est abolie, affaiblie ou normale. Pourtant ils estiment que « étant donné qu'il s'agit de l'appréciation d'éléments abstraits, dans laquelle doit intervenir le facteur personnel de l'observateur, plus elle pourra s'effectuer facilement, moins elle comportera de chances d'erreurs ».

Ces réserves faites, les auteurs conservent la même classification que G. Ballet et Perrin. Voici comment ils établissent leurs graphiques.

Sur une même feuille sont disposés six groupes de cinq lignes, semblables à des portées de musiques, divisées par des traits verticaux en 24 compartiments correspondant à des périodes de 15 jours. Chacune des lignes de la portée

©BIUM

correspond, de bas en haut, aux chiffres 0, 1, 2, 3, 4, qui seront les coefficients dont nous avons parlé. Les six groupes correspondent : le 1er à l'affectivité, divisée en auto et hétéro-affectivité. Dans l'estimation de cette dernière, les auteurs mettent en garde contre les phrases d'affection stéréotypées qui feraient croire chez certains déments à des sentiments affectifs qu'ils ne possèdent pas en réalité. Le 2e correspond à l'attention, sous ses deux formes, spontanée et soutenue (volontaire) ; celles-ci sont recherchées par les méthodes de Binet, de Vaschide, de Revault d'Allonnes.

Les 3e et 4e groupes répondent à la mémoire, qui doit être étudiée après l'attention, à laquelle elle est étroitement liée. Il faut distinguer la mémoire des faits anciens et celle des faits récents ; la mémoire de fixation et celle d'évocation ; la mémoire automatique.

Puis dans le 5e groupe on indiquera l'état des association (rapidité, cohérence) et du jugement. Enfin le 6e groupe est réservé à l'activité, automatique et volontaire.

Une place est réservée également à l'indication des poids, ainsi qu'aux observations concernant le traitement, les particularités de l'état mental, etc.

Ainsi chaque quinzaine, après examen, on peut indiquer dans la colonne correspondante l état du fonds mental, et sur la même feuille, par réunion de tous ces points, on obtient un graphique unique correspondant à l'année entière.

De cette manière, non seulement on peut suivre pas à pas un cas donné, mais il est possible de grouper de nombreux documents permettant des comparaisons.

Il est entendu que cette méthode n'est indiquée que dans l'étude des démences. Mais ainsi perfectionnée elle permet de recueillir des renseignements importants relativement au type de la déchéance mentale qui caractérise chaque catégorie de démence. C'est ce que les auteurs se proposent de communiquer ultérieurement.

Louis PARANT.

Statistique de l'établissement d'aliénés de Santiago (Chili), pour l'année 1918 (D. S. LETELLIER, médecin chef).

Dans ce rapport annuel nous relevons quelques chiffres intéressants : La population moyenne de ce seul asile fut en 1918 de 2.056 malades. La proportion des malades guéris a atteint 35 0/0 du nombre des entrées. Le temps

©BIUM

moyen de séjour de ceux-là fut de 209 jours pour les hommes, de 173 pour les femmes.

Les maladies observées avaient pour cause : l'hérédité dans 36 0/0 des cas ; l'alcoolisme, 18 0/0 ; la syphilis, 8 0/0 ; la sénilité, 8 0/0 ; l'épilepsie, 7 0/0 ; l'hystérie, 5 0/0 ; la dégénérescence, 5 0/0 ; les infections, 4 0/0 ; la périodicité, 4 0/0 ; l'hémorragie cérébrale, 0,7 0/0 ; la psychasthénie, 0,3 0/0 ; la morphine, 0,2 0/0.

Enfin les criminels aliénés qui furent admis dans l'année étaient atteints de : Délire par épuisement, 1. — Hystérie, 1. — Epilepsie, 3. — Psychose d'involution, 1. — Alcoolisme aigu, 5, chronique, 1. — Délire chronique, 3. — Démence précoce, 7. — Débilité, imbécillité, 4. En tout 26.

Louis PARANT.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHOLOGIE

Le rappel des Emotions et sa valeur thérapeutique, *British Journal of Psychology. Medical Section,* n° 1, oct. 1920.

En son premier numéro, le *British Journal of Psychology* nous donne l'essentiel de la discussion poursuivie devant la section médicale de la Société Britannique de Psychologie, en février 1920.

MM. W. Brown, Myers et Mac Dougall apportent le résultat de leurs observations touchant les névroses de guerre. Les deux premiers auteurs interprètent nettement selon le dogme freudien. Mac Dougall, par contre, fait une critique heureuse de cette conception où l'on isole des éléments intellectuels affectés ou non d'un certaine charge émotionnelle ; celle-ci peut d'ailleurs se déplacer et se porter sur d'autres éléments intellectuels réalisant ainsi les transferts les plus inattendus, et qui, dans une certaine mesure, semblent dépendre de la perspicacité et de la fantaisie du psychoanalyste. En somme, on revient par là à l'ancienne théorie des « Idées » et Mac Dougall ne s'y rallie pas. Selon lui c'est un fait de dissociation psychique qui conditionne le processus. La guérison survient lorsque s'est opéré le « réajustement » à l'ensemble. Il tente une interprétation physiologique ; certains éléments nerveux

©BIUM

qui se trouvaient en action lors du choc émotif seraient fonctionnellement isolés de leurs connexions corticales, tout en demeurant reliés aux ganglions de la base, centres affectifs présumés. La suppression du contrôle cortical sur le couple ainsi constitué en favoriserait l'activité déréglée que vient exagérer encore le jeu normal des autres connexions du centre affectif. Ainsi le soldat qui a subi un choc émotif violent sous une cause réellement effrayante peut réaliser ensuite la réaction peur à l'occasion des incidents les plus futiles. Pour Mac Dougall, tous les troubles dits fonctionnels doivent être considérés comme des *amnésies* pouvant affecter le système nerveux aussi bien dans ses fonctions supérieures que dans ses fonctions plus élémentaires, purement motrices, sensitives ou sensorielles. Si la dissociation fonctionnelle porte à un niveau inférieur — ex., les paralysies simples, — il peut ne pas y avoir participation du centre affectif, et ceci expliquerait la diminution du ton émotionnel observé dans certains cas cliniques.

Albert BROUSSEAU.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 21 Mars 1921

Présidence de M. le Dr Truelle

Compte rendu de la séance

La tendance au meurtre altruiste chez les mélancoliques. — *Présentation de malades.* — M. de Clérambault présente deux malades, persécutées et déprimées, excellentes mères, ayant eu des idées de suicide qu'elles niaient, et des intentions homicides à l'égard de leurs enfants, pour la raison qu'elles les croyaient en danger comme elles ; préparatifs de meurtre, intentions avouées à des tiers ; dans un cas, commencement d'exécution. L'anxiété altruiste a pour corollaire la tendance au meurtre altruiste, exactement de même que la crainte de la mort a pour corollaire la tendance au suicide.

Délire de préjudice à thème diffus, non sénile. — Femme de quarante-cinq ans, qui, depuis la hausse du prix de la vie se croit surfaite et volée dans ses emplettes. Pas d'interprétation sur d'autres thèmes, sinon craintes d'expropriation. Possibilité de délire plus étendu ultérieurement, la malade se croyant actuellement protégée. Elle diffère des revendicateurs ordinaires en ce qu'elle n'a pas pour point de départ un fait circonscrit. Elle diffère des séniles à préjudice diffus en ce que le genre des préjudices subis est unique.

Th. Simon et V. Vermeylen. *a*) **De quelques mensurations encéphaliques et de leur signification.** — Les auteurs ont mesuré les diamètres antéro-postérieur et transversal de la tête chez une centaine d'enfants arriérés de la Colonie de Vaucluse (dont les âges réels étaient compris entre 6 et 20 ans, les âges d'intelligence entre 2 et 10 et le plus souvent inférieurs à 9). Ils ont procédé aux mêmes mensurations chez des enfants d'école, choisis seulement d'après ce fait qu'ils fussent nés dans la même année et le même mois que les enfants anormaux auxquels on les voulait comparer. Cette méthode de couplage jointe à la méthode d'évaluation en années d'âge a donné aux auteurs les résultats sui-

©BIUM

vants : 1° sur 105 couples, 83 fois les enfants normaux ont la tête plus forte que les anormaux ; 2° sur 105 anormaux, 83 ont des têtes moins développées qu'il n'est habituel de le rencontrer à leur âge.

b) **La forme de la tête et le niveau mental.** — *Présentation de courbes craniennes.* — Les courbes prises par les auteurs confirment l'impression que donne une simple vue des crânes.

c) **Courbes craniennes d'hydrocéphalie et de microcéphalie.** — Les courbes représentent assez bien les formes qu'on décrit à ces anomalies.

Sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. — M. René Targowla (service de M. Lwoff) a appliqué la réaction proposée par MM. Guillain, Laroche et Léchelle à l'étude de 55 L. C. R. d'aliénés. Elle s'est montrée négative chez 20 malades non paralytiques et indemnes de syphilis nerveuse, sub-positive cinq fois dans des cas de syphilis du névraxe (avec B. W. négatif chez un malade examiné à trois reprises) et positive chez 27 P. G. sur 26 examinés. Des deux formules atypiques (sub-positives), l'une concerne un P. G. en rémission, l'autre une P. G. fixée depuis plus de quatre ans, avec B. W. négatif dans le L. C. R., albuminose et lymphocytose légères résiduelles. La réaction n'influence ni le W., ni l'hyperalbuminose, ni l'hypercytose mais accentue légèrement la réaction de G. L. et L.

Cette réaction, du moins dans son type paralytique, est donc liée à un processus évolutif en activité, elle est même, dans quelque mesure, parallèle à son intensité. Elle paraît conditionnée par la présence de globules ou, plus précisément, de certaines globulines, car une même proportion de ces corps peut donner, suivant le cas, une réaction positive, sub-positive ou négative.

Au point de vue clinique, une réaction positive permet d'affirmer l'existence d'une P. G. P. en évolution, une réaction négative d'éliminer ce diagnostic.

©BIUM

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Paul Juquelier

Au cours d'un drame intime, notre collègue, le Dr Paul Juquelier, médecin en chef des Asiles de la Seine, a été tué par sa femme, à coups de revolver, le 14 avril 1921.

Les obsèques ont eu lieu au cimetière du Père Lachaise, le 22 avril, au milieu d'une grande affluence d'amis et de collègues, auxquels s'étaient joints les représentants de l'Administration et de nombreux infirmiers et infirmières des Asiles de la Seine.

Des discours ont été prononcés par MM. Verley, Chef du service des Aliénés ; Dupain, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse ; Leroy, Président de la Société médicale des Asiles de la Seine ; Toulouse, Vice-président de la Société Médico-Psychologique ; Truelle, Président de la Société Clinique de Médecine mentale ; Gaubert, Secrétaire général du Syndicat des Infirmiers ; Delmas, qui parlait au nom des amis du Dr Juquelier.

La place nous manque pour reproduire ces discours qui seront réunis sous forme d'une plaquette commémorative. Nous nous bornerons à insérer ici les lignes si touchantes et si affectueuses que notre collègue, Georges Lerat, médecin de l'Hospice de Nantes, nous a adressées au nom des élèves de notre collègue et ami.

La mort tragique de Juquelier nous frappe d'un coup brutal, nous laisse chancelant, obsédé par des regrets poignants et par l'image d'une personnalité des plus sympathiques, des mieux douées, qu'un décret du sort, dont l'insondable absurdité nous stupéfie souvent, vient de broyer. « Life is but a walking shadow », disait Shakespeare, et jamais sa vision décevante de l'existence, où les hommes fuient comme des ombres, ne nous a poursuivi avec plus d'insistance, à la façon d'un cauchemar.

J'ai connu Juquelier à Vaucluse, puis à Sainte-Anne, dans le service de Magnan, où, leur interne à tous deux,

©BIUM

j'ai complété, dans des conditions exceptionnelles d'enseignement, les connaissances psychiatriques acquises aux leçons du professeur Dupré et à l'Asile de Vaucluse.

Dans ce service de l'Admission, si actif, Juquelier se montrait incomparablement dévoué, attentif, patient ; avec sérieux, avec conviction, mais sans faiblesse et sans phrases de parade, il s'efforçait d'atténuer la souffrance ou l'inquiétude de ses malades ; pour ses internes, c'était, de sa part, une constante préoccupation d'éduquer leur attention, d'en faire d'abord des observateurs, des cliniciens ; voir les faits, tracer en lignes vigoureuses ce qui est essentiel au point de vue clinique, voilà ce qu'il essayait de mettre au premier plan, la première discipline qu'il jugeait nécessaire.

La clarté, la netteté de son enseignement, sa richesse d'information, frappaient immédiatement ; un des élèves préférés de Vigouroux, il nous apprenait justement avec lui à tenir une grand compte des liaisons psycho-organiques, sans essayer, dans les cas où elles sont encore obscures, de les imaginer par des hypothèses trop faciles, où l'étalage d'une symptomatologie physique ne saurait nous payer de ce qui s'appelle une explication.

Son empreinte fut forte autant que son dévouement ; et nous sommes nombreux à nous rappeler les substantielles leçons qu'il nous fit pour la préparation au concours d'adjuvat.

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris, ancien interne des Asiles de la Seine, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine, reçu en 1904 à l'Adjuvat des Asiles dans des circonstances particulièrement brillantes, Juquelier avait sa place marquée parmi les médecins-chefs des Asiles de la Seine. Il fut élu au concours de 1912.

Son activité avait toujours été grande ; dans les journaux de notre spécialité, il donnait de nombreuses publications, traductions, analyses. En collaboration avec Vigouroux, il avait publié un livre remarquablement ordonné et informé, d'intérêt médico-psychologique puissant : la *Contagion mentale,* et, un peu avant la guerre, en collaboration avec Vinchon, les *Limites du Vol morbide,* ouvrage riche de faits, et dont les conclusions sont une remarquable mise au point de questions médico-légales les plus difficiles.

La guerre survint : Juquelier, mobilisé, y donna tout son effort.

Depuis, il continuait à travailler, s'attachant également

©BIUM

à des travaux scientifiques variés et à nos intérêts professionnels.

Lorsque j'essaie de me détacher de moi-même, d'oublier ce que je lui dois, les conseils, les encouragements et, quelquefois, les paroles consolantes, sans sensiblerie et sans déguisement, et de le juger impartialement, je me dis que nul ne méritait mieux la sympathie, l'éloge et le respect. On permettra, je l'espère, à un de ses premiers internes de dire ici sa douleur.

Georges LERAT.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'Honneur. — Est promu au grade de Commandeur, M. le Dr AUGUSTE MARIE, médecin en chef de l'Asile clinique (Ste-Anne).

Sont nommés Chevaliers : M. le Dr ABÉLY, médecin de l'Asile de Châlons (Marne) ; M. le Dr MINKOWSKI, membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

CONGRÈS
DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(XXVe SESSION)

Luxembourg-Metz. — 1er-6 août 1921

La XXVe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Luxembourg, sous le haut patronage de : LL. AA. RR. la grande-duchesse Charlotte de Luxembourg et le prince Félix de Luxembourg.

Comité d'honneur : M. Mollard, ministre plénipotentiaire de France à Luxembourg ; MM. les Membres du Corps diplomatique ; MM. les Membres du Gouvernement Luxembourgeois et de la Municipalité de Luxembourg ; et les Notabilités judiciaires, administratives et médicales de Luxembourg.

⁂

Présidents du Congrès : M. le docteur Buffet (d'Ettelbruck) et M. le docteur Henry Meige (de Paris).

Vice-Président : M. le professeur Jean Lépine (de Lyon).

Secrétaires généraux : M. le docteur Forman (de Luxembourg), et M. le docteur Lalanne (de Nancy).

©BIUM

PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS

Lundi 1er août. — Matin. — 9 heures : Séance d'ouverture dans la grande salle du Palais Municipal (place d'Armes). — 11 heures 1/2 : Réception à l'Hôtel de Ville par le Bourgmestre et la Municipalité de Luxembourg. — Après-midi. — 14 heures 1/2 : Dans la grande salle de l'Athénée : 1er rapport : Psychiatrie : *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes.* Rapporteur : M. le Dr Logre (de Paris). — 17 heures : Départ en tramway pour Eich (trajet : 10 minutes). Visite des Hauts Fourneaux, de l'Institut Emile-Metz (salle de psycho-physiologie pour l'orientation professionnelle des ouvriers : système Amar). — 18 heures : Retour à Luxembourg. — Soir. — 21 heures : Réception offerte par la Ville de Luxembourg au Palais Municipal. Concert public sur la place d'Armes.

Mardi 2 août. — Matin. — 9 heures : Au Laboratoire Bactériologique : 2e rapport : Neurologie : *L'épilepsie traumatique.* Rapporteur : M. le Dr Béhague (de Paris). — 11 heures : Visite du Laboratoire. — 11 heures 1/2 : Visite des Etablissements Mercier et des caves. — Après-midi. — 14 heures 1/2 : Au Laboratoire Bactériologique : Séance de *Communications avec projections photographiques et cinématographiques.* — 17 heures : Promenade sur la Corniche et le Book, Chapelle Saint-Quirin. — Soir. — 20 heures 1/2 : Réception par le Ministre de France au Casino : Concert par les professeurs du Conservatoire de Luxembourg ; Projections : Sites du Luxembourg, Histoire de la Ville. Film de la procession dansante d'Echternach.

Mercredi 3 août. — Matin. — 8 heures : Départ en express pour Ettelbruck (33 minutes). — 9 heures : A la Maison de santé d'Ettelbruck : 3e rapport : Médecine légale : *La simulation des maladies mentales.* Rapporteur : M. le Dr Porot (d'Alger). — 11 heures : Visite de la Maison de Santé. — 12 heures : Déjeuner offert par le Gouvernement du Grand-Duché. — Après-midi. — 14 heures 1/2 : Départ par train spécial pour Colmar-Berg. — 15 heures. — Arrivée au Château grand-ducal. Réception par la famille souveraine. Garden-Party. — 17 heures 11 : Départ pour Luxembourg. — Soir. — 20 heures 1/2. — Concert par la musique militaire, sur la place d'Armes.

Jeudi 4 août. — Matin. — 8 heures : *Excursion en automobile dans le Grand-Duché* : Départ du Glacis en automobiles particulières mises à la disposition des Congressistes par leurs propriétaires luxembourgeois qui les piloteront,

©BIUM

et en auto-cars offerts par le Gouvernement. Eich, Walferdange, Mersch, Ettelbruck, Bourscheid, Heiderscheid, Esch-le-Trou, Wiltz. — 10 heures 1/2 : Arrêt à Clervaux. Visite du Château et de l'Abbaye des Bénédictins. — 12 heures : Déjeuner : Hôtel Kœner. — Après-midi. — 14 heures : Suite de l'excursion : Vallée de l'Our, Château de Dasbourg. — 16 heures : Vianden. Arrêt 1/2 heure ; visite du Vieux-Château des Nassau. — 16 heures 1/2 : Diekirch, La Rochette, Blumenthal (Suisse luxembourgeoise). — 18 heures 1/2: Retour à Luxembourg. — Soir. — 21 heures : Réception offerte par le Président et les Membres du Congrès.

Vendredi 5 août. — Matin. — 9 heures 1/2 : Dans la grande salle de l'Athénée : Assemblée générale du Congrès. — 10 heures 1/2 : Visite de la Ville, de la Fondation Pescatore, du Parc, etc. — Après-midi. — 14 heures 1/2 : Départ de la gare de Luxembourg, par train spécial, pour Mondorf-les-Bains (40 minutes). — 15 heures : Séance de *Communications.* — 17 heures : Visite de l'Etablissement thermal. — 18 heures 1/2 : Dîner à Mondorf. — 19 heures 1/2. — Soirée théâtrale offerte par la Direction de la Station Thermale. — 21 heures 1/2 : Retour à Luxembourg par train spécial (40 minutes).

Samedi 6 août. — Matin. — 8 heures (environ) : Départ pour Metz (trajet : 1 heure 20). Visite de la Ville. Réception et déjeuner. — Après-midi : 14 heures 1/2 : Séance de *Communications.*

Clôture, à Metz, de la XXVe Session du Congrès.

⁂

Le Comité de l'Association des Dames Françaises à Luxembourg se mettra à la disposition des Dames Congressistes pour leur faire visiter les curiosité de la ville pendant les séances du Congrès.

Les Membres du Congrès auront accès au Casino pendant toute la durée du Congrès.

Chaque Congressiste recevra un guide illustré de Luxembourg spécialement composé à l'occasion du Congrès, contenant un plan de la ville, une carte du pays, les itinéraires des excursions et les renseignements pratiques nécessaires. Il sera offert, en outre, à chacun, une pochette contenant 25 cartes-vues.

Passeports. — Grâce à l'amabilité de M. Reuter, Ministre d'Etat à Luxembourg, les Congressistes qui se rendront directement à Luxembourg ne seront pas astreints aux formalités des passeports et seront exemptés de tous droits.

©BIUM

Les cartes de Congressistes porteront au verso un cachet spécial avec la mension : « le titulaire de cette carte est autorisé à entrer dans le Grand-Duché et à en sortir sans payer de droits ».

Pour revenir de Luxembourg en France, il n'est pas besoin de passeport, mais une pièce d'identité est nécessaire pour démontrer la nationalité française.

Monnaie. — Les pièces de monnaie, les billets de la Banque de France et de la Chambre de Commerce de Paris ont libre cours dans le Grand-Duché.

Hôtels. — Des renseignements détaillés seront fournis sur les Hôtels et Restaurants. Chambres de 8 à 20 francs ; repas de 8 à 15 francs.

Costume. — Dans *toutes* les réceptions, la tenue adoptée sera le costume de ville ou de voyage.

Excursions facultatives

A la suite du Congrès, des excursions facultatives pourront être organisées pour permettre à ceux des Congressistes qui le désireraient la visite du champ de bataille de Verdun ou un voyage en Rhénanie, ou les deux successivement.

Il n'est pas possible d'établir, dès maintenant, d'une façon définitive, le prix de ces excursions. On peut cependant en donner l'aperçu suivant :

1° Verdun. — (*Dimanche 7 août*). — Excursion en autocar. Départ de Metz : *Fresne-en-Woëvre, Les Eparges, Verdun.* Déjeuner à Verdun. *Charny ; Cote 304 ; Montfaucon ; Consenvoye ; Vacherauville ; Bras ; La Tranchée des Baïonnettes ; Douaumont : Fort de Vaux ; Etain ;* retour à Metz. Pour 80 participants, le prix de l'excursion (tous frais et déjeuner compris) pourrait être au maximum de 120 fr. par personne.

2° La Rhénanie. — (*Lundi 8, Mardi 9, Mercredi 10, Jeudi 11 août*). — Une excursion en Rhénanie pourra, si les circonstances le permettent, être organisée, au départ de Metz, avec visite de *Mayence, Wiesbaden, Coblence, Cologne* et des *bords du Rhin.* Le prix de cette excursion, d'une durée de trois à quatre jours, ne peut encore être fixé, étant données les variations du change et du coût de la vie ; il ne semble pas qu'il puisse excéder 280 fr., tous frais compris.

Les Congressistes qui désireraient participer à l'une ou à l'autre de ces excursions sont priés de se faire inscrire le plus tôt possible.

⁂

©BIUM

Renseignements généraux

Le Congrès comprend :

1° Des *Membres adhérents*. Cotisation : 30 francs.

2° Des *Membres associés* (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un Membre adhérent. Cotisation : 15 francs.

Les Asiles d'aliénés et autres Etablissements de bienfaisance inscrits au Congrès sont considérés comme Membres adhérents.

Les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Les Membres adhérents reçoivent, avant l'ouverture du Congrès, les trois Rapports, et, après le Congrès, le Compte rendu des Travaux.

⁂

Prière d'adresser les adhésions (avec cotisations jointes), au Dr Lalanne, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

CONSEIL GENERAL DE LA SEINE

Résolution concernant le placement des aliénés de la Seine

« Le Conseil général,

« Vu le procès-verbal de la séance de la Commission de surveillance des asiles du 18 décembre 1920 ;

« Sur le rapport présenté par M. Chausse, au nom de sa 3e Commission,

« Délibère :

« L'Administration est de nouveau invitée à ne pas transférer d'aliénés de la Seine dans les asiles privés et les quartiers d'hospice, où les malades ne seraient pas confiés aux soins de médecins issus du concours de l'adjuvat. »

Bulletin municipal officiel, 30 avril 1921.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.272

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

La suppression de l'Adjuvat

Le 29 mai dernier l'Assemblée générale de l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés a demandé la suppression de l'adjuvat : cette décision a été votée à l'unanimité des membres présents à la séance, les médecins directeurs et les médecins en chef s'y trouvant en majorité. La chronique des *Annales* se doit de souligner cette date, désormais célèbre dans notre corporation, dont elle a précipité la venue en opposant à des améliorations provisoires la seule mesure qui soit d'une application facile et d'une efficacité réelle : l'unification ou plutôt la disparition des grades. A l'avenir — si, comme on est en droit de l'espérer, l'autorité supérieure se range à l'avis des inté-

©BIUM

ressés — il n'y aura plus que des médecins des asiles d'aliénés comme il n'y a que des médecins des hôpitaux : issus d'un concours unique, après en avoir subi victorieusement les épreuves difficiles, tous seront immédiatement chefs de service ; les jeunes n'attendront pas huit ou dix ans pour faire bénéficier les malades de leur science et de leur ardeur ; ils imprimeront à la psychiatrie un élan susceptible de rénover les méthodes d'examen, de traitement et d'assistance des aliénés.

Ce fut une belle séance que cette matinée de dimanche où jeunes et vieux rivalisèrent de générosité, sacrifiant à l'idée du progrès moral, les uns des intérêts matériels, les autres de puissantes prérogatives. Ce ne fut pourtant pas une révolution, comme certains le chuchotaient, une fois passé l'entraînement du vote à mains levées. Le fruit mûr, il était temps de le cueillir. Dès 1864, le médecin-inspecteur Linas déclarait que le médecin-adjoint « consume les plus belles années de sa vie dans les loisirs forcés d'une inaction officielle » et Lélut affirmait que les médecins doivent être chefs de leur service. Marandon de Montyel, en 1891, Sérieux, en 1894 et surtout en 1903 dans son œuvre capitale sur l'Assistance des aliénés, avaient mis en pleine lumière cette « aimable facétie » du stage d'adjuvat et irrévocablement prouvé son inexistence et son inutilité. Or, c'était alors l'époque où l'adjuvat ne durait pas plus de quatre ou cinq ans. Ce stage se prolongeant davantage à mesure que

©BIUM

s'élevait le niveau du concours, nul n'osait soutenir aujourd'hui la nécessité d'une si longue tutelle et l'on s'accordait à reconnaître abusif et intolérable ce sommeil de dix ans, destructeur des énergies. La chronique du mois de mars eut donc le seul mérite de proclamer une vérité tellement banale que l'on ne pensait même plus à en parler. Le rappel d'une revendication légitime si ancienne a aussitôt rallié les suffrages et éliminé tous autres projets de limitation de l'adjuvat, lesquels, d'ailleurs, par la force des choses, auraient fatalement abouti, en quelques années, à la disparition de cet emploi, tout organe qui ne fonctionne pas s'atrophiant peu à peu.

Du reste, qu'arriverait-il si l'on réduisait l'adjuvat à une période de six, quatre ou deux ans ? Le médecin-adjoint passerait médecin en chef sur place, c'est évident. Il y aurait donc transformation de poste, comme cela se fit autrefois dans la Seine, dans le Rhône et récemment à Limoges. Il me paraît difficile d'admettre que cette transformation ne soit pas définitive. Je sais bien que les Assemblées départementales, désireuses de comprimer leurs dépenses, seraient tentées de remplacer, à la première vacance, le médecin en chef par un médecin-adjoint. Mais dans les asiles recherchés — Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nancy, Rouen, Toulouse, et j'en pourrais nommer bien d'autres — le médecin-adjoint devenu médecin en chef ne demandera, neuf fois sur dix, qu'à conserver son poste jusqu'à la fin de sa carrière, c'est-à-dire pendant

©BIUM

plus de vingt ans. Il faut espérer que dans vingt ans les ressources budgétaires seront suffisantes pour que, l'assistance des aliénés mieux comprise, les Conseils généraux repoussent spontanément ce retour en arrière que serait la nomination d'un adjoint à la place si longtemps occupée par un chef. Et ainsi s'éteindrait lentement cet adjuvat auquel l'Amicale vient de porter un coup mortel.

Cette fin rapide a peut-être surpris un petit nombre de collègues et leur a laissé un grain de mélancolie, voire des appréhensions pour le régime futur. Le jour de l'assemblée aucune voix ne s'éleva pour présenter les objections que plusieurs attendaient. Cependant j'entendis quelques discrètes doléances. L'un des plus éminents aliénistes de France, qui essaya vainement d'amorcer la discussion et de ranimer les défaillances, me disait avant l'ouverture de la séance : « Les adjoints ne croient donc plus avoir besoin d'un guide ! Moins présomptueux, tout professeur que je suis, j'éprouve toujours le désir de m'instruire. » Cher maître, vous êtes bien placé pour savoir que vos élèves, même devenus chefs à leur tour, resteront vos disciples et continueront à suivre vos conseils, mais songeriez-vous à les tenir constamment à la lisière et à les priver de toute indépendance ? Laissez-moi vous conter un souvenir d'enfance. A l'époque où j'étais assis sur les bancs du lycée Ingres, à Montauban, un de nos professeurs ne manquait jamais de nous citer l'exemple de l'illustre peintre : des amis s'éton-

©BIUM

nant de le voir, à 82 ans, lui, ce virtuose du dessin, copier attentivement les chefs-d'œuvre du xv^e siècle, il répondit : « J'ai encore tant à apprendre ! » Nous admirions ce fier modèle d'humilité, mais notre petite cervelle concluait cependant que, sans être des aigles, nous ne resterions pas potaches toute la vie. — On ne bénéficie vraiment d'un savant enseignement que le jour où on l'applique soi-même, l'adaptant aux circonstances et le corrigeant au besoin. On ne saisit toute l'étendue de son ignorance que si l'on est contraint de mettre son savoir en pratique : alors seulement les présomptions les plus hardies prennent conscience de leur témérité ou de leurs utopies. On devient prudent dès qu'on a le souci de sa responsabilité.

Ces truismes répondent d'avance à une autre objection qu'insinuaient les partisans d'une réforme mitigée, objection qu'ils croyaient capable de motiver la résistance invincible de l'administration supérieure. Celle-ci ne craindra-t-elle pas, disaient-ils, de mettre à la tête d'un service, gros de responsabilités sérieuses, un jeune médecin inexpérimenté ? Dans ma précédente chronique j'ai déjà montré l'inanité de cette inquiétude et j'ai la conviction qu'elle ne se produira pas. D'abord, je le répète, le concours est hérissé d'épreuves qui permettent de décerner à bon escient un brevet de capacité. Ensuite les médecins d'asile ne seront pas des éphèbes, presque tous approcheront de la trentaine s'ils ne l'ont dépassée. Mais voici un argument décisif que me

©BIUM

fournit un choix récent de l'administration elle-même. Cette dernière, sachant que les aliénés traités dans les quartiers d'hospice ne diffèrent en rien de ceux qui sont soignés dans les asiles publics, s'efforce, on le sait, de les confier à des médecins du cadre. Elle vient précisément de nommer à Agen un des lauréats du dernier concours, sans lui imposer le moindre stage préalable. Le jury a pu apprécier suffisamment les qualités de ce jeune confrère pour certifier qu'il sera à la hauteur de sa tâche. Mais ne croit-on pas que dans ce quartier d'hospice, où des négligences regrettables ont, ces temps-ci, nécessité une inspection, cette tâche sera plus ardue que dans un service d'asile public toujours bien tenu ? Dans le quartier d'hospice, où, encore une fois, les obligations médicales sont les mêmes qu'à l'asile, le médecin en chef est seul, entièrement livré à lui-même ; il peut être obligé de trancher immédiatement des questions délicates, de résoudre à l'improviste des problèmes compliqués ; il peut être appelé à prendre d'urgence des initiatives sans le secours de quiconque.

Dans un service d'asile public, au contraire, le jeune chef aura toujours à ses côtés un aîné, dont il ne sera plus le subordonné mais qu'il s'empressera néanmoins de consulter toutes les fois qu'un cas litigieux l'embarrassera. Aussi bien, cette collaboration n'existe-t-elle pas déjà dans la plupart des asiles où il y a plusieurs médecins en chef ? Dans nombre d'établissements une habitude heureuse, une tradition respec-

©BIUM

table celle-là, s'est établie : les chefs de service se réunissent une fois par mois, une fois par semaine, tous les jours même, pour discuter les questions d'intérêt général, pour se communiquer les incidents ou les difficultés qui surgissent, pour s'entr'aider en un mot. Ces réunions donnent au plus ancien ou au plus capable, non seulement un prestige incontesté, mais une sorte de droit de regard librement consenti par tous ceux qui reconnaissent cette nécessité continue de s'instruire dont on parlait tout à l'heure ; en même temps elles créent un échange amical d'idées d'où ne peut sortir qu'un mieux-être pour les malades. Cet enseignement mutuel n'est-il pas très supérieur au stage déprimant trop longtemps en vigueur ?

Reste une dernière objection d'ordre financier, non formulée, mais plausible pour certains : la mesure proposée n'aura-t-elle pas de fâcheuses répercussions sur le budget départemental ? Elle n'en aura aucune, ou du moins pas plus que si l'on avait limité l'adjuvat à huit ans. En effet il n'y a rien de changé dans les classes et dans les traitements. A ce point de vue, le désintéressement des adjoints mérite qu'on y applaudisse : exclusivement attachés à grandir leur situation morale et leur dignité professionnelle ils ont renoncé à toute augmentation de salaire. Leur abnégation les a même conduits à voter une demande d'indemnité, d'ailleurs très justifiée, non pour eux-mêmes, mais pour ceux de leurs collègues qui assument la direction d'un établis-

©BIUM

sement en plus de leurs fonctions médicales. — S'il m'était permis de m'adresser à l'autorité supérieure, je me montrerais, sur ce sujet, plus royaliste que le roi, oserai-je dire. La disparition des deux catégories de médecins devrait entraîner, à mon sens, une légère révision des traitements et de l'avancement, si légère qu'elle n'apporterait pas la moindre perturbation dans l'équilibre budgétaire. Pourquoi maintenir l'augmentation de 800 francs tous les deux ans dans les quatre dernières classes et ensuite l'augmentation de mille francs tous les trois ans dans les cinq premières ? Serait-il excessif de souhaiter que la neuvième classe soit portée à 8.000 francs au lieu de 7.800 et qu'une augmentation de mille francs soit donnée tous les deux ans ? On atteindrait ainsi en dix-huit ans, c'est-à-dire vers la cinquantaine, la première classe de 16.000 francs. Cet avancement biennal existe dans la Seine et il est inscrit comme une possibilité, rarement réalisée il est vrai, à l'article 15 du Décret de 1910. Autrement onéreuse aurait été la proposition de limiter l'adjuvat à quatre ans.

Un inconvénient plus sérieux de la suppression de l'adjuvat a été signalé. Nombre de médecins adjoints seront nommés sur place médecins chefs et notamment ceux qui occupent les meilleurs postes, lesquels, de ce fait, seront pendant longtemps inaccessibles aux jeunes. Qui devrait s'en plaindre ? sinon précisément les jeunes, dont on prend la défense malgré eux, et qui, là encore, sacrifiant leurs intérêts immédiats à l'ave-

©BIUM

nir de la collectivité, ont combattu surtout pour leurs sucesseurs. Cet inconvénient me semble trop étroitement lié à la période transitoire qui va s'ouvrir pour qu'il soit possible d'y porter remède. Etablir, comme d'aucuns le proposaient, un classement des asiles, serait, à mon avis, nuisible et arbitraire. Pour quelle raison tel asile du Centre serait-il supérieur à tel asile du Nord ou du Midi ; pourquoi, classer Bron ou Maréville à la première classe et Saint-Lizier ou Saint Alban à la dernière ? Les uns et les autres se valent : ce n'est pas toujours dans les établissements les plus peuplés en malades et en médecins que se trouvent les situations les plus difficiles et les plus maigres ou au contraire les plus agréables et les plus rémunératrices. C'est affaire de convenances et de goûts personnels. Laissons à chacun le soin de se fixer d'après ses préférences : c'est la meilleure façon pour que les malades soient bien soignés et l'asile bien gouverné. Sans doute faudra-t-il attendre longtemps le poste de son choix, mais peu à peu le mouvement se régularisera, les mutations reprendront et mieux qu'aujourd'hui l'on connaîtra les vacances éventuelles. Au lieu de faire à Rouen, par exemple, deux périodes, la première de 35 à 40 ans, la seconde de 50 à 65, on n'y viendra qu'une bonne fois dans la quarantaine. Est-ce un mal ?

Le seul danger qu'il importe d'écarter — et l'administration n'y faillira pas — me paraît être celui-ci. Pour ménager les deniers départementaux, des Conseils généraux voudront supprimer

©BIUM

quelques postes actuels de médecin-adjoint. Cette tendance, pour aussi rare qu'elle soit, il convient de la prévoir et d'en empêcher la satisfaction en spécifiant que le nombre des lits d'un service ne peut dépasser un chiffre déterminé. Le Dr Paul Faivre, inspecteur général, dans son remarquable rapport sur le personnel médical, déplorait, en 1911, l'insuffisance numérique des médecins dans trop d'asiles et il rappelait que le Conseil supérieur de l'Assistance publique a adopté la résolution suivante : « Le nombre moyen des aliénés qui peuvent être confiés à un seul médecin traitant ne doit pas dépasser 400 à la condition que les entrées annuelles ne s'élèvent pas à plus de 200. » A la veille du jour où la réforme projetée va, si elle est acceptée, réorganiser les services d'aliénés, on ne saurait trouver meilleure occasion d'appliquer strictement cette résolution sans laquelle, de l'avis même des inspecteurs généraux, le médecin en est réduit à une rapide promenade dans la plupart des divisions et n'arrive pas à suivre tous ses malades.

En résumé, de quelque manière qu'on l'envisage, on ne peut que se féliciter du vote unanime des médecins aliénistes et souhaiter qu'à la prochaine réunion de la Commission spéciale il soit pleinement ratifié.

J. Capgras.

©BIUM

LES FORMES VERBALES

DE

L'INTERPRÉTATION DÉLIRANTE

Par le Dr Paul GUIRAUD

Médecin-adjoint des Asiles

De toutes les constructions délirantes, celles qui sont basées sur des interprétations se rapprochent le plus du mode normal de la pensée ; elles peuvent même s'élaborer en un système assez vraisemblable. A ce point de vue Sérieux et Capgras ont pu dire avec raison que le délire d'interprétation est un type de « folie convaincante ».

Il existe cependant des formes d'interprétation dont l'absurdité est évidente d'emblée. Nous voulons parler des interprétations par association verbale dans lesquelles de la simple analogie du son des mots le malade passe à l'identité des choses qu'ils représentent. Tous les auteurs qui se sont occupés des interprétateurs ont remarqué leur tendance à jouer sur les mots. Sérieux et Capgras signalent que « le sujet emploie des phrases à double sens, exprime sa pensée sous forme de calembour ou de rébus ».

Ces formes verbales de l'interprétation délirante doivent être étudiées au point de vue de la clinique et du mécanisme psychologique.

I. — Sémiologie

Cliniquement, on peut décrire les variétés suivantes :

1° Les allusions verbales,
2° Les relations kaballistiques,
3° Les homonymies,
4° Le raisonnement par jeux de mots.

©BIUM

1° *Les allusions verbales.* — Cette première forme peut être considérée comme une transition vers l'interprétation verbale pure et s'observe assez fréquemment dans le délire d'interprétation classique. Les malades se figurent que leurs ennemis ou l'entourage cherchent à leur faire comprendre certaines choses par des objets ou des mots à double sens. « Mon mari a laissé sur sa table de nuit une tabatière en corne, c'est pour me faire comprendre que j'en portais. » « Ma belle-sœur m'a envoyé treize œufs par colis postal en mettant mon nom à la paroi inférieure de la boîte, c'était pour me faire comprendre que j'étais une femme en dessous et que des personnes comme moi il y en a treize à la douzaine. » Un jaloux, recevant une lettre tachée, dit : « que la tache a été faite volontairement pour lui apprendre que son honneur a été taché ».

Dans cette première variété, il y a bien interprétation verbale en ce sens que la consonnance analogue de deux mots suffit à provoquer la liaison des idées qu'ils représentent. Mais d'un autre côté, le raisonnement est encore rattaché à la logique commune et même à la vraisemblance puisque les malades croient que cette allusion par calembour est faite *volontairement* par des personnes mal intentionnées. De mauvais plaisants dessinaient bien des cornes devant la maison de M. Bergeret pour lui faire comprendre son infortune.

2° *Les relations kaballistiques.* — Dans cette forme, le malade utilise surtout les chiffres pour trouver des rapprochements inattendus. Le jour de sa naissance, le numéro de sa maison, la date ou le nombre des années de son internement lui rappellent des anniversaires historiques : révolutions, coups d'état, guerres passées ou futures qu'il incorpore à son délire.

Un de nos malades (M., Obs. III) écrit au Doyen de la Faculté de médecine :

« Vu mon internement à date fixe, le 2 décembre 1901 (cinquantenaire coup d'Etat), vu la date de ma naissance, 25 février 1866 (révolution de 1848), en

©BIUM

emploi maison Akar, 19, rue de Cléry puisque 19 sans 1 (1901)... Exactement nouvelle lune fin 1901... je vous prie de bien vouloir poser à l'Assemblée compétente la question suivante : Pourquoi y a-t-il des gens qui viennent au monde à date fixe et pourquoi deviennent-ils fous à date fixe ?... ».

Une interprétatrice (1) trouve dans la perte d'une pièce de quarante sous la preuve qu'elle est restée quarante ans sans connaître son père. La même malade, en faisant des additions multiples et complaisantes de son âge, de certains chiffres représentant la naissance de ses filles, etc... reste convaincue qu'elle a prévu les dates des principaux événements de sa vie.

De même un malade de Beaussart (2) attache de l'importance aux chiffres fatidiques 19 et 86. Il trouve qu'un mystère rattache Beaussart à sa mère puisque leurs deux noms sont symbolisés par le chiffre 86. Ce nombre est obtenu tout à fait artificiellement par des calculs compliqués basés sur les lettres qui lui sont favorables.

3° *Les Homonymies.* — L'interprétation verbale par homonymie consiste à rapprocher ou à assimiler deux ou plusieurs personnes par suite de l'identité de leurs noms ou de leurs prénoms.

L'observation suivante montre combien ce mode de raisonnement peut donner d'extension au système délirant.

Obs. I. — G. E., dont le père a été interné pendant deux ans à l'Asile de Rodez, était jusqu à l'âge de trente ans un bon ouvrier ébéniste ne présentant d'après sa femme qu'un peu de nervosité. A ce moment, G. fut pris soudainement d'un accès d'agitation violente qui guérit après un traitement de quinze jours à l'Asile de Rodez. Quatre ans après, il fit un nouvel accès avec agitation et inquiétude au cours duquel il essaya de se suicider en se jetant sous les roues d'un camion. Son état s'améliora rapidement et au bout d'un mois il put reprendre ses occupations.

(1) *Société clinique de Médecine mentale,* mai 1911.
(2) *Société clinique de Médecine mentale,* mai 1912.

©BIUM

Deux ans plus tard une nouvelle crise d'un mois se produisit qui le laissa taciturne et irritable. Il avait des idées de jalousie, menaçait et frappait sa femme, se mêlait des affaires de ses voisins. La nuit il se promenait dans sa chambre, criant et chantant.

Le 6 mars 1912, G. quitta son domicile, pénétra dans une église du voisinage, grimpa dans la chaire pour faire un sermon, s'empara d'un crucifix et sortit en chantant des cantiques. Il fut arrêté et interné à l'Asile de Braqueville.

Au début de son séjour, il présentait un état d'excitation hypomaniaque avec une volubilité extrême, de l'agitation motrice, de l'irritabilité et en même temps de multiples idées délirantes de jalousie, de persécution, de dépossession d'un héritage. L'excitation s'améliora assez vite, les idées délirantes restant plus tenaces.

Actuellement, sept ans après son internement, G. s'est habitué à la vie de l'Asile. Il a conservé une compétence professionnelle intacte et s'occupe activement à des travaux d'ébénisterie. On ne trouve plus trace de l'état cénesthésique triste qui le poussa jadis à une tentative de suicide. Au contraire il est continuellement satisfait de lui, convaincu de sa supériorité, condescendant, jovial, loquace. Il accueille d'habitude très aimablement l'entourage, mais il a aussi de l'antipathie pour certaines personnes contre lesquelles il s'irrite facilement.

A côté de cette excitation hypomaniaque s'est développé un système délirant qui s'appuie sur de nombreuses interprétations verbales.

G. pense avoir joué un bon tour à ses anciens patrons qui ne voulaient pas tenir compte de ses conseils, à ces Messieurs de la Faculté et de l'Université qui l'ont obligé d'installer d'une façon ridicule l'éclairage électrique de la Bibliothèque. Il a eu la bonne idée de venir à l'Asile et s'est « accrédité » avec le Directeur et les Médecins. Il fait ainsi partie d'une organisation très puissante surtout depuis la guerre où ces médecins ont obtenu de nombreux galons et décorations. « Nous n'avons qu'à nous présenter à l'Université le képi en tête pour faire voir qui nous sommes. » Il trouve cependant que l'Administration qu'il aime est trop débonnaire, surtout pour les malades qui ne travaillent pas. Il refuse de faire les réparations dans « ces quartiers de paresseux ». « Vous devriez, dit-il, vous dépêcher de les renvoyer chez eux ou mieux au cimetière. »

Les idées de jalousie ne jouent plus qu'un rôle effacé et épisodique.

©BIUM

G. est maintenant surtout préoccupé par des questions d'héritage, de dépôts dans les sociétés financières et enfin par l'influence de plus en plus grandissante de personnages qui lui ont été hostiles, influence qu'il contrebalance heureusement par ses nombreuses relations.

Au nom du Peuple français il rédige de copieux mémoires en style judiciaire pour réclamer spécialement contre les grands établissements de crédit qu'il appelle « sociétés d'accréditement ». Voici un exemple résumé de sa façon de raisonner: « Il appert, dit-il, que le Sieur G. Marc Jean Joseph Emile assistait il y a 20 ans à un incendie en sa qualité de pompier. Le Sieur Armance Laurent, adjudant à la Compagnie de Sapeurs-pompiers, lui donna une grande marque de confiance en se faisant suppléer par lui dans une ronde et même lui dit que par « autorité il le nommait son remplaçant après décès et qu'il lui léguait son sabre, sa dragonne et son képi... » *Donc* le Sieur G. Marc Jean Joseph Emile constatant à Braqueville la présence d'une *pompe* à incendie et les *pompes* funèbres de Braqueville, fait une opposition formelle à la *Société Générale des Pompes* funèbres, rue Lafayette, Toulouse, qui se mettait en représentation directe avec la *Société Générale* d'accréditement général, sise rue de Metz à Toulouse *ce dont* ne pouvant accepter cette fusion... »

Dans d'autres écrits il réclame huit actions mexicaines à des établissements financiers et surtout à un notaire, M. Lacombe, son principal persécuteur, qui « s'est servi de procédés déloyaux envers toutes les classes de la société, tant au point de vue militaire, civil, commercial, etc... ». Ce notaire est maire de son pays et a une fille dont le prénom est France. Par son nom Lacombe, il a réussi à « fusionner » avec une foule d'autres Lacombe, l'un marchand de vin, l'autre employé de commerce, l'autre propriétaire, à Paris, à Toulouse, à Montpellier, etc... Ces fusions ont considérablement augmenté l'influence de Lacombe et provoqué les événements les plus désastreux : ruines, divorces, internements.

« Continuant ses exploits ce même Lacombe devient : maire, mère, père, pair de France et fusionne avec une famille Ca. dont une fille s'appelle également France. »

« Procédant toujours par homonymie », ce même Lacombe a enfin fusionné avec l'impératrice de Russie puisque France Ca. a une sœur qui s'appelle Olga.

Et enfin G. en relisant son mémoire y ajoute au crayon une dernière fusion : le fils Ca., employé de Préfecture,

©BIUM

s'occupant de finances, « faisait la fusion par la Trésorerie Générale Universelle ». Cette dernière fusion entraînait l'accréditement à la Trésorerie Générale et, chose plus grave, cette extension progressive de la puissance de Lacombe empiétait de nouveau dans le domaine de G. « puisque le Directeur de la Trésorerie Générale possédait un remarquable buffet de salon qui était la *représentation* d'un bahut fabriqué par G. et primé au concours de Rodez. Lacombe se mettait donc en représentation avec lui et à son insu par le rayon de l'ameublement »

Il faut remarquer le sens particulier des termes *fusion, représentation* et *accréditement.* Ces mots ont pour G. une signification spéciale différente du sens normal. La « fusion » par homonymie ajoute à une personne les relations, la puissance de l'homonyme. Le malade finit par les fondre en un seul ennemi. La « représentation » groupe plutôt des objets qui se ressemblent : on entre en représentation par des meubles semblables, par des maisons voisines, en habitant dans la même rue, dans la même ville, etc... Enfin « l'accréditement » est pris dans son sens le plus étendu de crédit, d'influence, de relation. On est accrédité dans une banque par un dépôt, mais on est aussi accrédité avec l'armée si on a été mobilisé, avec la Faculté, si on est docteur ou étudiant. Cette extension du concept a été déjà signalée par l'école de Zurich et par Blondel.

La construction délirante de notre malade est tout entière basée sur des rapprochements verbaux ; il n'a jamais présenté ni hallucinations, ni illusions. Ses idées de préjudice ne sont jamais allées jusqu'à la persécution physique par voix, machines mystérieuses, influence télépathique, etc...

En dehors du thème délirant, l'activité intellectuelle est intacte, la mémoire est parfaitement conservée, le raisonnement étudié par la résolution de problèmes, par la construction de syllogismes, est normal, de même que l'orientation, la tenue et les sentiments affectifs.

Le début par trois accès probables de manie et la persistance d'un état hypomaniaque font de cette ob-

©BIUM

servation une forme mixte de psychose périodique et de délire d'interprétation, association déjà signalée par Specht.

L'interprétation par homonymie doit être distinguée de la simple association verbale qu'on peut rencontrer dans la manie et certaines formes de démence précoce. Dans ces cas, un mot en évoque un autre de consonnance identique, mais l'idée ou la personne représentée par ce dernier mot ne font que se succéder sans liaison dans l'esprit du malade. G., au contraire, est convaincu que les fusions verbales qu'il fait, assimilent complètement les divers personnages évoqués qui deviennent tous des incarnations de son persécuteur Lacombe. L'analogie verbale est pour lui une véritable preuve comme si elle résultait d'un rigoureux syllogisme. Les *donc*, les *par conséquent* dont il émaille ses écrits montrent qu'elle a pour lui la valeur d'un argument décisif.

4° *Les raisonnements par jeux de mots.* — C'est la forme d'interprétation verbale de beaucoup la plus fréquente. Tantôt il s'agit d'un véritable calembour. La similitude de deux mots suffit à établir pour le malade un lien réel entre deux idées et prend la valeur d'une preuve. Tantôt le mot est décomposé en fragments qui par rapprochement avec des mots consonnants donnent une explication morbide du mot initial.

Nous allons citer des exemples de ces deux variétés.

Obs. II. — B. E. a été interné en mai 1894, à l'âge de 27 ans. Tranféré à l'Asile d'Auxerre, il s'en est évadé en 1905 et a été rapidement réintégré à l'Asile de Vaucluse. Le certificat signale à ce moment qu'il est atteint de dégénérescence mentale avec idées de grandeur et de persécution, interprétations et hallucinations, loquacité incohérente, multiples jeux de mots.

A l'heure actuelle les symptômes sont à peu près les mêmes. B. a élaboré un délire extrêmement complexe parfois inintelligible à cause de la transformation de son langage.

Il se croit apparenté à Mme Vve Boucicaut, qui avait versé pour lui au bureau des rentes de la rue de Valois 500.000 francs en or, à 3 0/0, ce qui doit rapporter 15.000 francs en tout. Mais de cette somme, B. n'a droit

©BIUM

qu'à un tiers, soit 2.500 francs par semestre ; les deux autres tiers doivent « sur sa signature » appartenir à trois professeurs du service de santé pour « soins d'intelligence ». Il faut dire que souvent ces trois professeurs deviennent les Trois Mousquetaires, en particulier Aramis. Ils sont dirigés par M. de Bourneville qui, par voix téléphonées, donne des ordres et des conseils à B. Tout irait bien ainsi sans le service secret de suggestion. Ce service dirigé par Legrand Dussaulle et par le frère de B. le persécute depuis fort longtemps. Par le tube Roentgen on l'électrocute, on le travaille, on lui a fait perdre les dents, on l'a amaigri et surtout on le sodomise. Par simultané d'opération on lui a crevé un œil. Tout cela est fait par *sein chimique* et par *tauromachie*. Ces deux néologismes semblent représenter pour lui des violences d'ordre sexuel. Ses douleurs sont souvent désignées sous le nom d'*hypondiarques*.

Les 5.000 francs ne lui ont jamais été payés ; c'est que Legrand Dussaulle qui devient successivement Le Grand du Sault, le Grand Dû, le Baron, le Baron de Morcerf, etc... n'accepte pas de lui rendre des comptes et veut garder pour lui tout l'argent de Mme Vve Boucicaut qui est sa parente et a jadis sauvé de la prison son grand-père, le Baron Saint-Julien du Sault.

Le grand Dussaulle veut avec ces rentes épouser Rose Caron. Il a déjà racheté le Beaujolais (propriété naturelle de Beaujot).

Depuis son internement B. réclame donc oralement, par écrits et par affiches, la punition du service de suggestion, son tiers et rentes, l'autorisation de se marier, une bonne cuisinière pour le servir, dans le genre d'une nommée Marguerite de Pont-sur-Yonne.

A côté de M. de Bourneville il a pour le soutenir toute la Grande-Bretagne à laquelle il a rendu de grands services, le Ministère de la Guerre pour lequel il a perfectionné le fusil Lebel. S'il lui est impossible d'obtenir satisfaction entière, il demande à transiger : quelques acomptes sur sa fortune lui suffiraient et lui permettraient de rétrograder vers le Nord pour installer une maison de bronzes d'art et de phonographes.

En attendant B est tranquille à l'Asile. Il ne veut plus s'évader puisque Sir Francis Bertie le lui a recommandé et il travaille régulièrement à fabriquer des briquets et autres objets métalliques avec une grande habileté. Il reste tracassé par les voix et les machines du service de suggestion et protégé par M. de Bourneville.

©BIUM

En dehors de son thème délirant sa mémoire, son raisonnement, son orientation sont normaux. Il s'intéresse à tous les événements de l'Asile, lit et commente les journaux et incorpore les nouvelles à son délire. Son langage, au point de vue professionnel, et dans la conversation ordinaire, est logique comme structure et comme intonation et contraste étrangement avec l'incohérence de l'exposé de ses idées délirantes.

L'interprétation par calembour est pour B. la façon la plus habituelle de donner de l'extension à son délire.

Aramis, un des trois professeurs-mousquetaires, est comme lui persécuté physiquement. Dans un dessin, B. le représente étendu le ventre ouvert, les entrailles arrachées. Il écrit : « On l'a *curé* », et il figure à côté du dessin un prêtre assisté d'enfants de chœur portant des croix. Un *curé* a donc participé à cette opération.

Un prétendu ordre de sortie aurait été signé par Gambetta et *Cusinier*, « ce qui prouve, écrit B. : 1° qu'en savoir-faire je suis *cuisinier* et représente aussi *cuisinière* ». On sait qu'il demande souvent une bonne cuisinière (dans le genre de Marguerite).

L'arrestation de Landru lui rappelle les crimes dont il est victime et comme Landru a été arrêté à Gambais, il affiche :

Ici l'on tue en *Landru*
contre l'ordre *Gambai* tta.

Cherchant des fiancées parmi toutes les femmes qu'il voit dans l'Asile, il est très préoccupé par l'idée de mariage. Aussi en faisant une carte où se trouvent dessinées l'île de la Réunion, l'île Maurice et l'Australie, il écrit en matière de conclusion : « *Réunion, Maurice, Adélaïde* (*Australie*) et au-dessous : comme vous ne mariez pas par entreprise commerciale vous ne *réunissez* pas *Maurice* à *Adélaïde*. »

Le nom de Legrand Dussaule lui fournit une série de calembours.

Dussaule a été réuni par consonnance au village de St-Julien-*du-Sault* dans l'Yonne. Ce St-Julien-du-Sault est devenu on ne sait comment baron et grand-père

©BIUM

de Legrand-Dussaule. Saint-Julien finit par s'écrire « sein » et ainsi le baron intervient dans les préoccupations sexuelles de B. qui pense souvent à des femmes à gros seins qu'il appelle les corsetières et aussi à *sein chimique* qui représente l'idée de fausse femme et de sodomie subie par lui.

Obs. III. — M. F. a une sœur atteinte de délire de persécution internée à Saint-Lizier.

En 1901, une artiste italienne avait été assassinée dans un hôtel, 52, boulevard de Clichy. La veille du crime, M. était allé voir sa fiancée, pharmacienne à Reims. A son retour il passa 52, boulevard de Clichy pour saluer le patron de l'hôtel qu'il connaissait bien et lui laissa une carte, ignorant ce qui s'était passé. Il n'apprit le crime qu'en lisant les journaux, puis revint voir le patron par curiosité. Celui-ci lui dit: « J'ai vu descendre l'assassin ». Bientôt après, M. remarqua qu'on le regardait de travers dans la maison où il travaillait ; on le regardait « d'un air commandé par la police ».

Dans la nuit du 2 décembre 1901 il fit une foule de réflexions. D'abord il avait laissé une carte, 52, boulevard de Clichy, c'était une preuve qu'il y était allé. Ensuite il avait remarqué qu'un employé de sa fiancée, vêtu de gris, avait un air et une barbe étranges. Il avait cru le reconnaître rôdant d'un air embarrassé dans divers restaurants. De plus il s'était aperçu que sa malle avait été dérangée ; on l'avait donc fouillée, et comme il possédait un vêtement gris, l'employé de sa fiancée avait dû prendre ce vêtement pour commettre le crime.

Enfin le mot du patron de l'hôtel : « J'ai vu descendre l'assassin » était une allusion directe à lui, M. Il se décide à prendre la fuite mais il a l'impression qu'il suit un chemin « comme tracé d'avance par la police ou sa fiancée ».

Il achète un rasoir pour se suicider puis renonce à son idée et se rend à la Préfecture de police pour se justifier.

Peu à peu, le délire se complique. M. comprend pourquoi on a voulu le mêler à cet assassinat. Il est propriétaire d'une maison maudite à Orsay. Cette maison ayant autrefois appartenu à un israélite, M. Lévy, ne peut pas être possédée par un catholique. Tout Paris dépend de cette maison qui date de 6.000 ans. C'est une affaire gouvernementale. La maison, bien située, pourrait être remplacée par un vaste immeuble qui agrandirait Orsay et ferait concurrence à Versailles. Le gouvernement a dû apprendre qu'il avait

©BIUM

l'intention d'y commencer des réparations et lui en a voulu.

Les astronomes entrent bientôt en jeu. Sa maison était peut-être destinée à un rendez-vous d'astronomes et l'on sait que ces derniers sont souvent des hommes de gouvernement, par exemple M. Poincaré. Il existe donc un fil astronomique dans toute cette affaire. Il l'a compris en voyant la lune à Bicêtre. L'astronomie s'occupant du cours des astres et du calendrier a certainement arrangé sa vie d'avance puisque toutes les dates importantes de son existence sont historiques : 2 décembre, 25 février...

Les interprétations rétrospectives deviennent multiples et de nombreux raisonnements par jeux de mots et décomposition syllabique se multiplient. En même temps, M. devient récriminateur, violent et manifeste de nombreuses idées de grandeur. Il envoie des problèmes, raisonnables d'ailleurs, à diverses autorités pour leur prouver sa lucidité. Enfin il affirme qu'il est un sujet prédestiné et que depuis le 19 novembre 1903 il a fait un coup d'Etat intellectuel et qu'il est Charlemagne, le Chef de l'Etat en France. Il devait être assassiné, mais il a eu le dessus. Ses idées de grandeur sont instables et intermittentes et correspondent aux périodes d'excitation. Une autre fois il nomme Victor Napoléon empereur, quelque temps après, ayant vu une figure de femme à une fenêtre du voisinage il reconnaît la Grande Duchesse Olga sa parente.

M. ne semble pas avoir de véritables hallucinations. On l'avertit par signaux, il transmet sa pensée par une sorte de télégraphe sans fil et reçoit la réponse sous forme d'intuition.

Le fonds mental est bien conservé, l'orientation et la mémoire sont normales. M. ne travaille pas mais il observe tout ce qui se passe dans la cour, fait des réclamations judicieuses, écrit parfois aux autorités pour demander sa sortie. Il lui arrive d'exciter volontairement les débiles de sa section.

M. décompose les noms propres et leur trouve une signification en rapport avec son délire. Ce sont, dit-il, des *étymologies*.

Par exemple, il comprend bien qu'il devait être malheureux à Paris, puisque en prononçant le nom avec l'accent alsacien on obtient : Baris, ce qui signifie que le bas peuple y rit et par conséquent se moque des gens. De même, le médecin, complice de ses persé-

©BIUM

cuteurs, n'est qu'un paysan endimanché puisque dans Archambault, il y a Bault, donc Bauer, donc paysan.

B. (Obs. II) fait aussi des étymologies : M. Dide devrait le faire sortir et le lui a promis. En renversant les syllabes, on trouve :

Di-de
Dé-dit

Il doit donc être un homme sans dédit qui ne revient pas sur sa parole.

L'économe, M. Salinié, contribue à le persécuter et à le salir. En effet :

Sali-nié

Le Président de la République a dû s'occuper de ses affaires financières puisque :

Sadi Carnot représente Sadi Car-notaire.

On veut l'obliger à s'expatrier à Para au Brésil, on l'envoie donc au

Para-dis perdu.

Cette décomposition littérale ou syllabique n'est pas spéciale aux noms propres. M. (Obs. III) entendant un jour un idiot pousser des cris inarticulés le frappe parce qu'il a compris Poa, Poa : P. représente Panama, O. Orsay, A. Alsace, mots qui sont pour lui des allusions désobligeantes.

Une autre fois, voyant un infirmier avec un col en *celluloïd,* il en conclut que le jeu de dames dont il se sert lui a été envoyé d'Allemagne par Loulou, la fille de son patron. En effet, en prononçant toujours avec l'accent alsacien, celluloïd représente : *c'est Loulou lloyd* (lloyd étant la Compagnie de navigation qui a transporté le colis).

Une autre de nos malades, à côté de nombreuses hallucinations psycho-motrices utilise des interprétations de ce genre. Elle est Jésus-Christ fait femme et la République : « En effet, je me suis livrée à de nombreux amants, donc la raie de mon fondement a été publique, donc je suis la République. »

Les interprétations verbales, quand elles sont fréquentes, donnent au langage une allure particulière qui contribue à l'incohérence. Si l'on ne tient pas

©BIUM

compte des assonnances qui unissent les affirmations du malade, on est étonné de voir apparaître dans son discours des éléments inattendus, des véritables coq-à-l'âne. Les événements courants de l'Asile ou de la politique sont très souvent introduits dans le délire à l'aide d'associations verbales.

II. — Mécanisme psychologique

Il s'agit maintenant de rechercher par quels mécanismes psychologiques se forment les interprétations verbales si riches dans certains délires.

a) *Interprétations avec justification logique*

Les auteurs (1) ont déjà rattaché certaines variétés au « symbolisme », en particulier les interprétations sur les nombres. L'analogie de ces constructions morbides avec certaines théories symboliques parascientifiques ou philosophiques est, en effet, frappante.

Sterne a publié une « Cognomologie » ou art de reconnaître le caractère des gens d'après leur nom. Les astrologues croyaient que le signe du Zodiaque qui coïncide avec la naissance d'un individu influe sur son caractère. Saint Augustin (2) lui-même pensait qu'il y avait une relation entre le nombre 4 et le corps humain, puisqu'il était composé de 4 éléments. Inversement toute chose composée de 3 éléments était d'ordre spirituel.

Capgras et Trénel (3) étudiant les interprétations par analogie numérique, les ont rapprochées des théories des kaballistes pour lesquels « les lettres hébraïques sont strictement correspondantes aux lois divines qui ont formé le monde. Chaque lettre représente un être hiéroglyphique, une idée et un nombre. Combiner des lettres, c'est donc connaître les lois ou les essences de la création ».

Tous ces systèmes de pansymbolisme ont une base

---

(1) *Société clinique de Médecine mentale*, mai 1911.
(2) Saint Augustin, *Sermon sur le Psaume VI.*
(3) *Société clinique de Médecine mentale*, mai 1911 (Leroy et Capgras. — *Symbolisme dans une psychose interprétative*).

©BIUM

fausse, mais ils sont construits de façon cohérente et essaient de donner une explication logique des faits. Comme l'a montré Ribot, le caractère fondamental du symbolisme mystique est l'intensité de l'état affectif faisant découvrir une idée cachée dans tout phénomène.

De même, on rencontre des malades qui présentent le délire suivant : « Il existe entre divers événements, diverses personnes des relations réelles qui se traduisent par des ressemblances de mots, des analogies de nombres. Le vulgaire ne peut pas comprendre ces relations, mais elles apparaissent clairement à un esprit subtil. » Une pareille situation s'observe chez certains de nos interprétateurs verbaux : ceux qui trouvent partout des allusions verbales et beaucoup de ceux qui procèdent par relation kaballistique. Comme les philosophes symbolistes, ces malades construisent un petit système assez cohérent et logique. Les uns se croient entourés d'ennemis, de mauvais plaisants et ils expliquent par des intentions malveillantes et préméditées de l'entourage toutes les allusions qu'ils découvrent. Les autres admettent que dans l'univers tout se passe par relation numérique, tout est prévu à date fixe ; ils justifient leur système en multipliant ces coïncidences de nombre. Notre malade M. (Obs. III) écrit à l'Académie de médecine : « Pourquoi y a-t-il des gens qui viennent au monde à date fixe et pourquoi deviennent-ils fous à date fixe ?... Pour les docteurs qui ne verraient là que des chiffres n'ayant rien à faire avec la médecine, je tiens des renseignements plus précis à leur disposition. »

Tous ces malades ont l'impression d'être très intelligents, très perspicaces puisque d'emblée ils trouvent une foule d'analogies, de relations, d'allusions là où un homme ordinaire ne voit rien d'anormal. D'où vient cette tendance pathologique ? Capgras l'explique par une exagération déviée du sens critique. « L'esprit faux de l'interprétateur, dit-il, a indépendamment de tout facteur émotionnel une tendance spontanée à rechercher l'explication de coïncidences fortuites... Si la cause provocatrice du délire semble bien être un trouble affectif qui déclenche des aptitudes interpréta-

©BIUM

tives, latentes jusque-là, c'est la perversion intellectuelle qui transforme le jugement passionnel en idée délirante et le fixe irrévocablement. » Cette hypothèse d'une intelligence congénitalement construite pour découvrir des relations mystérieuses inexistantes nous semble inutile.

D'abord l'étude des antécédents des malades ne montre nullement que « dès leur enfance ils faisaient des hypothèses en apercevant de petits détails » en dehors de tout facteur affectif. Ensuite et surtout il faut remarquer que cette tendance interprétative est exclusivement localisée au thème délirant, même dans les formes avancées dont nous parlerons plus loin. Si M. (Obs. III) considère son médecin comme un paysan c'est qu'il a compris qu'il s'associait à ses persécuteurs. G. (Obs. I) procède par homonymies ou jeux de mots à l'égard du personnel de l'Asile parce qu'il le range parmi ses protecteurs, mais dans la vie courante il raisonne comme tout le monde. B. (Obs. II) enfin fait des jeux de mots sur presque tous les noms propres qu'il rencontre dans les journaux, mais infailliblement ses conclusions sont en rapport avec son délire.

L'intensité d'un état affectif prévalent nous paraît la seule cause des interprétations verbales que nous étudions en ce moment (allusions et relations kaballistiques). Chez nos malades, son action intervient sur les processus intellectuels d'une façon encore plus importante que chez les interprétateurs ordinaires et provoque une « polarisation » non seulement de l'association des idées, mais aussi de l'association des mots. Au lieu de se grouper suivant les lois de la logique comme chez l'homme normal, au lieu de se grouper au hasard comme chez le maniaque, les idées et les mots tendent toujours vers le sentiment délirant.

Sans doute, tous ces raisonnements sont absurdes aux yeux d'un homme normal, mais peut-on dire qu'il y a perte du sens critique. Mettez le même malade en présence d'un problème de mathématique à sa portée, d'un raisonnement complexe mais indifférent, il les résoudra sans difficulté. Le sens critique n'a donc pas disparu entièrement ; il est masqué par l'intensité de l'état affectif, mais seulement dans le domaine du

©BIUM

délire. Il en est de même pour les idées délirantes d'autres malades, du mélancolique par exemple, qui sait avec certitude qu'il est coupable ou que de grands malheurs le menacent sans pouvoir en donner une justification logique. L'homme normal en train de subir une « expérience religieuse » n'est pas entravé davantage par son sens critique parce qu'il est saisi par une conviction, par une évidence plus puissante, mais d'un autre ordre que l'évidence intellectuelle.

Quand il a éprouvé cette nouvelle certitude affective résultant d'une liaison de mots consonnants ou de nombres égaux, notre malade qui a conservé son sens critique, son besoin de logique essaie de la mettre en harmonie avec le reste de sa personnalité, de la faire entrer dans un cadre intellectuel. C'est alors qu'il admet l'hypothèse d'allusions faites volontairement par des personnes malveillantes ou de relations entre les nombres et des choses extérieures. Comme un savant qui veut justifier une hypothèse, il multiplie les exemples favorables. Le sens logique obéit à la tendance affective, mais la force à prendre une apparence intellectuelle.

En somme, les caractéristiques des interprétations verbales de ce premier groupe sont : 1° la polarisation de l'association des mots par l'état affectif ; 2° la perte localisée du sens critique ; 3° un essai d'harmonisation entre la nouvelle certitude affective et l'intelligence.

b) *Interprétations sans justification logique*

Beaucoup d'interprétateurs verbaux, par relations numériques, par homonymies, par jeux de mots entrent dans un second groupe. Chez eux, on ne rencontre aucun essai de vérification, aucune explication générale, aucun système. De la consonnance des mots, ou de leurs fragments, jaillit une certitude indiscutée que le malade n'essaie pas de coordonner logiquement avec ses processus intellectuels. Lacombe devient pair de France puisqu'il est père d'une fille nommée France (Obs. I) ; B. (Obs. II) est sali par M. Salinié, économe, puisque Sali-nié, il est bon cuisinier puisque l'ordre de sa sortie a été signé par M. Cusinier, etc... Aucune

©BIUM

théorie générale entre les noms des personnes et leurs actions ne vient étayer ces raisonnements. Ils méritent le nom d'interprétation seulement parce que les *donc*, les *par conséquent* et autres prépositions de relation logique sont conservés, ce qui donne au langage un masque syllogistique. Mais derrière ce masque, il n'y a ni doute critique, ni essai de groupement systématique ; le rapprochement des idées se fait d'emblée avec la certitude de l'évidence. Cette certitude a été élaborée dans la profondeur de l'inconscient affectif et en sort absolue, la fonction logique est réduite à un résidu : l'habitude d'exprimer nos pensées sous forme de raisonnement. Il n'y a plus essai d'harmonisation entre la nouvelle certitude affective et l'intelligence qui continue à grouper et à diriger les pensées en dehors du délire.

Ces mêmes malades, en effet, si absurdes dans l'exposé de leurs conceptions de persécution ou de grandeur continuent à être de bons travailleurs, s'intéressent à tout, ont une mémoire excellente, restent capables de résoudre des problèmes assez difficiles.

Comment expliquer ce contraste ?

A notre avis, on ne peut conclure qu'une chose : c'est que ces délires chroniques se développent comme de véritables néoplasmes psychologiques. De même que les tumeurs malignes ont des lois cytologiques spéciales différentes de celles des tissus normaux voisins, de même les éléments du thème délirant s'organisent suivant des lois toutes différentes de la psychologie normale. Ce qui domine dans ces processus psychologiques morbides est l'intensité du potentiel affectif ; leur groupement s'effectue suivant un automatisme exalté et dirigé par la tendance affective ; ils brisent les cadres intellectuels pour apparaître à nu dans le conscient ou revêtus seulement de haillons syllogistiques. C'est alors qu'apparaissent les caractères signalés par l'école de Zurich et par Blondel, l'extension affective du concept, les néologismes, les formules stéréotypées dont nous avons cité des exemples dans nos observations.

Nous pensons que cette conception peut jeter quelque lumière sur la question si débattue de la démence

©BIUM

de certains délirants chroniques. Si on les examine par leur délire, on est frappé par l'absurdité des constructions maladives, l'incohérence du langage, les néologismes et l'on pense à un affaiblissement intellectuel. Si, au contraire, on observe leur excellente mémoire, leur conduite, leur activité professionnelle presque toujours conservée, on tend vers l'affirmation contraire. Cette situation s'observe aussi bien chez des interprétateurs purs que chez des hallucinés. Les observations de délire chronique très prolongé avec hallucinations sans démence ne sont pas rares (Chaslin, Séglas, Kræpelin (1), Dide). Il est facile de remarquer que les démences légitimes, qu'elles soient surtout intellectuelles (paralysie générale, démence sénile ou organique) ou qu'elles frappent plutôt l'activité et l'affectivité (Démence précoce) sont des lésions globales de tout le psychisme.

A mesure que le délire progresse, on peut observer une véritable involution de l'interprétation délirante vers l'affirmation purement affective. Notre malade M. (Obs. III), les premiers jours de sa maladie, sentait qu'on devait l'accuser d'un crime. Il croyait que l'attention de la police avait été attirée par une de ses cartes de visite déposée à la maison du crime, il faisait une interprétation délirante à type passionné ; plus tard, il est arrivé aux interprétations étranges de coïncidence des dates de sa naissance ou des numéros de son habitation avec des événements historiques ; il essayait encore d'harmoniser ses convictions avec la logique en admettant l'existence d'hommes prédestinés dont la vie est tracée d'avance par des relations numériques, plus tard enfin il est arrivé aux calembours absurdes (celluloïd : c'est Loulou qui l'a envoyé par le Lloyd) sans aucun essai de justification. Cette succession montre le refoulement progressif du sens critique par l'état affectif pathologique.

Les jeux de mots qui prennent la forme d'un raisonnement sont la dernière concession au mode logique de la pensée.

---

(1) KRAEPELIN. — *Conception des paraphrénies.* Voir HALBERSTADT, *Revue de Psychiatrie*, 1912.

CBIUM

Documents Cliniques

A PROPOS DES ABCÈS DE FIXATION

On connaît le mot d'E. Duclaux que les diastases « ont détrôné la cellule ». Le professeur Lambling, de Lille, a très clairement exposé dans son précis de biochimie l'état de nos connaissances actuelles sur les diastases leucocytaires et je ne pourrai mieux faire ici que de le citer.

Rapprochant ces actions diastasiques des leucocytes des idées que j'ai exposées dans différents articles sur la Lymphothérapie (1), j'ai pensé à modifier la méthode actuelle des abcès de fixation de manière à faire profiter l'organisme des actions diastasiques leucocytaires.

Je citerai d'abord textuellement le passage du *Précis de Biochimie* du professeur Lambling sur l'autolyse pathologique.

« On a établi nettement le rôle de l'autolyse dans la « résorption si rapide de l'exsudat fibrineux qui, dans « la pneumonie, remplit les alvéoles pulmonaires. Ici, « il y a, comme on dit, hétérolyse, c'est-à-dire que les « diastases ne proviennent pas de l'organe lui-même, « mais des leucocytes. Au début de l'hépatisation « grise, ceux-ci, en effet, envahissent en masse l'exsu- « dat et le dissolvent *par l'action des diastases qu'ils* « *fournissent en se détruisant eux-mêmes.* Il est pro- « bable que le même mécanisme intervient dans le « ramollissement des thromboses.

« Les leucocytes sont, en effet, riches en diastases « diverses, diastase protéolytique, chymosine, amylase, « lipase, oxydases (Achalme, Ascoli). Du pus frais,

(1) V. *Paris-Médical ; Monde Médical* (avril 1920). *Gazette des Praticiens* (Lille), 15 avril 1921.

©BIUM

« additionné d'un antiseptique, se liquéfie rapidement « à 37° avec apparition des produits de l'autolyse des « protéines et des nucléo-protéides (acides aminés, ba- « ses puriques). Il digère aussi par hétérolyse des « flocons de fibrine ou des fragments de tissus (pou- « mon, rein, muscle) qu'on lui ajoute. De là, le pou- « voir de ramollissement qu'un foyer purulent mani- « feste autour de lui, mais seuls les tissus qui sont « déjà atteints dans leur vitalité, sont ainsi dissous. « Les tissus sains résistent, témoin les parois de l'al- « véole pulmonaire pendant l'autolyse de l'exsudat. « Ainsi s'explique aussi l'apparition dans les urines « des produits de cette autolyse (albumosurie de la « pneumonie, pendant l'évolution des gros abcès ou le ramollissement des tumeurs, excrétion urique). »

Comment donc faire profiter l'organisme de l'action de ces diastases leucocytaires ? Une occasion se présenta pour moi d'expérimenter une tentative dans ce sens. Je reçus, en effet, il y a peu de temps, dans mon service, une femme atteinte de confusion hallucinatoire aiguë, ou plutôt d'un véritable délire aigu. Les parents de cette malade apportaient une lettre du médecin traitant que je reproduis ci-après : « Mme R., « que je vous envoie, a été vue pour la première fois « par moi dans la nuit du dimanche au lundi, il y a « 7 jours. Elle était malade, paraît-il, déjà depuis 5 ou « 6 jours, et le confrère, qui l'avait vue, avait diagnos- « tiqué : albuminurie, oreillons, eczéma de la face. « Quand j'arrivai auprès d'elle, je trouvai une femme « dans un délire aigu avec, non un eczéma, mais un « érysipèle de la face entièrement généralisé, et je ne « pense pas qu'elle ait eu les oreillons, mais plutôt un « engorgement des ganglions du cou. La température « des 4 ou 5 premiers jours a toujours été entre 39 et « 40. Pouls rapide. Pas de sommeil et agitation tou- « jours très grande. Ayant demandé une consultation « au confrère, nous avons pensé qu'elle faisait de l'in- « fection streptococcique. Toutefois, comme depuis « vendredi, la température est redevenue normale, je « me demande si ce délire n'est pas dû à son affection « rénale et j'ai pensé qu'elle serait mieux entre vos

©BIUM

« mains pour y subir le traitement approprié. Voici « ce que je lui ai fait : Régime lacté, sérum anti-strep- « tococcique. Collobiase d'or sous-musculaire. Abcès « de fixation que je n'avais pu ouvrir hier. Bains « chauds, toutes les 5 heures. »

Je rédigeai ainsi le certificat légal immédiat : « Dé- « lire aigu, Onirisme, Hallucinations constantes sur- « tout de nature mystique. Etat général grave. »

La malade présentait, en effet, un abcès de fixation à la cuisse gauche, non ouvert. Je me contentai d'ordonner des pansements humides à l'eau bouillie, et, dans l'idée de laisser agir les diastases leucocytaires contre la toxi-infection provocatrice du délire aigu, je n'ouvris pas l'abcès.

La situation ne réalisait-elle pas les meilleures conditions de l'autolyse ? Il s'agissait, en effet, de pus frais, additionné d'un antiseptique. Ne fallait-il pas laisser les leucocytes fournir les diastases en se détruisant eux-mêmes ?

L'abcès se résorba peu à peu sans production de fièvre, et la malade dont l'état, à l'arrivée, était des plus alarmants, revint à un état physique et mental parfaits. Elle a quitté l'asile. Le certificat de quinzaine portait : « Amélioration très nette. La conscience est revenue. Etat général n'offrant plus d'inquiétudes. »

Encouragé, j'ai traité depuis deux cas semblables par la méthode des abcès de fixation que j'ai laissés se résorber ; le résultat a été excellent. Je puis encore citer un succès à propos d'un jeune garçon qui présentait, plusieurs jours après une chute sur la tête, une fièvre élevée et un coma complet. Le jeune malade a complètement guéri.

Je suis disposé à agir encore de même dans les états de confusion, dans tous les cas de toxi-infections délirantes. Mais je demanderai à l'avenir une analyse des urines pour contrôler la réalité de l'autolyse des leucocytes producteurs de diastases par la présence de l'albumosurie. Je demanderai encore la recherche quantitative de l'excrétion urique. On sait, en effet, qu'au cours de la leucémie, où il y a digestion intra-sanguine de globules blancs, l'élimination d'acide uri-

©BIUM

que peut atteindre de ce fait, en vingt-quatre heures, 5 grammes et plus encore (Lambling, *Biochimie*, page 370).

J'ajoute encore qu'à mon avis, l'injection habituelle d'un centimètre cube d'essence de térébenthine n'a pas besoin d'être atteinte. J'ai obtenu des effets très suffisants avec un quart de centimètre cube et je suis disposé à diminuer encore cette dose d'après l'état général des malades et les chances d'une réaction qu'on risque de ne pas obtenir en injectant une trop forte quantité à un organisme affaibli.

Certains médecins redoutent les abcès de fixation à cause de cas graves d'infections secondaires toujours possibles après l'ouverture d'un abcès. La méthode de la non-ouverture me paraît mettre le malade à l'abri de ces accidents.

Je dirai, en terminant, qu'à mon avis ce procédé serait logiquement employé dans les thromboses (phlébites, hémiplégies par embolies, même ramollissements cérébraux par endartérite).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 AVRIL 1921

Présidence de M. TOULOUSE, Vice-Président

M. le Dr Pactet, président, retenu dans le Jura par ses obligations de conseiller général, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

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

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

M. ARNAUD demande la parole et fait la proposition suivante : Messieurs, le mois prochain doit avoir lieu la célébration du centenaire de la fondation de l'asile de Bloomingdale Hospital, le plus ancien asile des Etats-Unis. Nos confrères américains, désireux de voir représentée à cette solennité la médecine mentale française, ont fait choix du Professeur Janet, qui a accepté de se rendre en Amérique. Estimant qu'il importe de resserrer les liens formés pendant la guerre entre les Etats-Unis et la France, M. Janet, empêché d'assister à la séance, m'a chargé de vous demander de l'autoriser à porter aux sociétés qui le recevront le salut et l'expression des sentiments cordiaux de la Société Médico-Psychologique.

M. le Président appuie cette proposition et la met aux voix. La proposition de M. Arnaud est adoptée à l'unanimité des membres présents.

M. LE PRÉSIDENT exprime l'émotion ressentie par tous à la nouvelle de la mort tragique du Dr Juquelier, membre titulaire et, depuis plusieurs années, secrétaire des séances de la Société, et donne lecture du discours suivant prononcé par lui aux obsèques au nom de la Société Médico-psychologique.

©BIUM

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DU Dr JUQUELIER PAR LE Dr TOULOUSE AU NOM DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE LE 22 AVRIL 1921

Une collaboration très étroite de pensée me vaut aujourd'hui le douloureux devoir d'adresser un dernier adieu à notre ami, au nom du Bureau de la Société Médico-psychologique, dont il était le secrétaire. Mes collègues parleront de son action dans les autres sociétés professionnelles, et aussi de sa valeur comme médecin des asiles de la Seine.

Juquelier appartenait à ce groupe distingué de jeunes aliénistes issus du concours spécial de la Seine. Il fut un des premiers candidats ; et sa nomination fut accueillie par nous tous comme particulièrement heureuse pour la corporation. C'était un excellent clinicien, d'une forte culture psychiatrique, acquise durant ses années d'internat, d'abord chez mon regretté ami Vigouroux et à l'Infirmerie spéciale, puis dans le service de Joffroy, dont il fut le chef de clinique, enfin à l'Admission, où il devint l'assistant de Magnan. Aussi son service était-il très apprécié des internes qui profitaient de ses leçons claires et documentées.

Esprit lucide, servi par un langage précis et élégant, il savait exposer ses idées et critiquer celles des autres par la plume comme par la parole.

Sa thèse apporta en 1903 une *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication*. Il mettait à profit les travaux de Klippel et de Vigouroux pour montrer l'importance des troubles viscéraux dans la genèse des psychoses. Par là son premier travail portait le sceau d'une personnalité bien orientée dans la voie de la psychiatrie moderne. Ce mémoire reçut une médaille de bronze de la Faculté de Médecine.

Toute une série de ses travaux se rapporte à la démence précoce et à la confusion mentale, deux points essentiels de l'étude des psychoses.

Chargé en 1917, avec Capgras et Bonhomme, d'un rapport à la *Société clinique de Médecine mentale* sur

©BIUM

la confusion, il fit un travail remarqué qui attirait le problème dans le domaine des conceptions fonctionnelles.

Ce fut l'origine d'une collaboration très fructueuse entre nous et d'où sortirent les communications que l'année dernière nous fîmes, avec Mignard, à la Société médico-psychologique, sur l' « Auto-conduction, la Confusion et la Démence. Il avait su se dégager des habitudes mentales qui empêchent beaucoup d'aliénistes cultivés de voir que la plupart des psychoses chroniques sont surtout un trouble de l'application des processus mentaux, trouble qui donne souvent un faux aspect de démence. Nos communications furent établies après de longues discussions entre nous trois. Et le sens clinique très sûr de Juquelier nous fut un auxiliaire précieux. Nous lui devons beaucoup pour la mise au point de ces conceptions. Et c'est à lui que revient une large part de l'intérêt que nos communications ont paru susciter chez nos collègues.

Tout récemment, il rédigea les chapitres de la confusion mentale, de la manie aiguë et de la psychasthénie dans le *Traité de Médecine* de Sergent.

Il fit aussi en 1904, avec son maître Vigouroux, un livre pour l' « Encyclopédie Scientifique » sur la *Contagion mentale*. Ce livre est une des meilleures études — très large et très clinique — des troubles mentaux communiqués de cerveau à cerveau.

Une grande part de son œuvre a été consacrée à des questions concernant la médecine légale. C'est de ce point de vue qu'il a étudié l'aliénation mentale et le divorce, la responsabilité au cours de l'épilepsie, et surtout le vol, dont il a fait avec J. Vinchon une étude originale et complète, publiée en 1914 chez Alcan sous le titre : *Les limites du vol morbide*.

Juquelier avait le goût du journalisme médical et il apporta longtemps sa collaboration à la *Revue de Psychiatrie* comme secrétaire de la rédaction, Membre du *Syndicat de la Presse scientifique* et de l'*Association des Ecrivains scientifiques*, il a beaucoup publié dans les revues techniques et générales.

©BIUM

Se prodiguant pour nos sociétés scientifiques et professionnelles, il fut pendant de longues années le secrétaire dévoué de la Société médico-psychologique ; et ses comptes rendus des séances étaient toujours rédigés avec objectivité, mettant en lumière sans le déformer ce qui était essentiel dans les opinions échangées au cours des débats.

Excellent collègue, de caractère égal et très probe, Juquelier était de ceux dont on pouvait dire avec certitude qu'on ne leur connaît pas d'ennemis. Et, tandis que sa vie extérieure semblait se définir par la stabilité et le calme, un ferment de discorde ruinait la paix de son foyer et menaçait sa propre existence. Par là se confirme encore la maxime grecque qui ne voulait pas qu'on proclamât un homme heureux avant qu'il n'eût terminé le cycle de ses jours.

Ainsi un être de haute valeur, dont la formation demanda quarante années d'efforts continus, riche d'un passé fécond et porteur d'un avenir brillant, a été anéanti en un instant dans des circonstances encore obscures, mais où s'est évidemment manifestée une réaction anormale et absurde. Et sa fin apporte une douloureuse justification à ceux — dont il était — qui dernièrement se groupèrent pour chercher des moyens de lutte méthodique contre ces réactions dangereuses et évitables.

Devant cette destinée poignante, nous ne pouvons aujourd'hui que nous incliner, en emportant le fidèle souvenir d'un éminent collègue aimé de nous tous, et en confondant notre chagrin avec l'immense peine de sa vieille mère, de sa sœur et de son beau-frère et aussi de son frère qui va apprendre, loin de France, la sombre tragédie dont nous sommes encore tous émus.

M. le Président propose ensuite de lever la séance en signe de deuil. La séance est levée à 4 heures 20.

©BIUM

2e SÉANCE

Présidence de M. TOULOUSE, Vice-Président

M. HENRI COLIN, Secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Allamagny, qui remercie la Société de son admission parmi les membres correspondants ;

2° Une lettre de M. le Dr Georges Petit, médecin de l'asile de Bourges, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant (Commission composée de MM. Marchand, Mignot et Vallon) ;

3° Une lettre de M. le Dr X. Abély, médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant (Commission composée de MM. Capgras, Leroy et Truelle) ;

4° Une lettre de M. le Dr Antheaume, dont je vais donner lecture :

Paris, le 19 avril 1921.

MON CHER SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,

Notre collègue Arnaud a pris l'heureuse initiative d'assurer la continuation du prix Esquirol en mettant à la disposition de la Société Médico-psychologique les 200 francs qu'il a jadis reçus en qualité de lauréat ; de cette manière, le prix Esquirol sera décerné en 1922 suivant la tradition habituelle. Je tiens à imiter son exemple en mettant à la disposition de la Société Médico-psychologique pour 1923 les 200 francs que je reçus jadis en qualité de lauréat.

Veuillez, je vous prie, faire part à nos collègues de cette décision qui, je l'espère, sera imitée.

Veuillez agréer, mon cher Secrétaire général, l'expression de mes sentiments les plus confraternellement dévoués.

ANTHEAUME.

M. le Président remercie M. Antheaume et exprime l'espérance que le généreux exemple de MM. Arnaud et Antheaume sera imité, permettant à la Société de

©BIUM

continuer à décerner, suivant la tradition, le prix Esquirol. (*Applaudissements.*)

5° Une lettre de M. le Dr Meige, secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris, donnant connaissance à la Société Médico-psychologique du programme de la Réunion Neurologique annuelle qui se tiendra à Paris les 3 et 4 juin 1921, sur l'initiative de la Société de Neurologie, et demandant les noms des membres de la Société Médico-psychologique qui désirent être invités et participer à ces travaux. La Société Médico-psychologique décide de remercier M. le Secrétaire Général de la Société de Neurologie de cette invitation. S'inscrivent aussitôt pour participer à la Réunion Neurologique annuelle des 3 et 4 juin 1921, outre le Bureau de la Société (actuellement composé de MM. Pactet, Toulouse, Colin et René Charpentier), MM. Arnaud, Briand, de Clérambault, Legrain, Meuriot et Semelaigne.

M. Henri Colin. — L'ordre du jour porte : Célébration du Centenaire de la découverte de la Paralysie générale. Il y aura cent ans en 1922 que Bayle a publié sa thèse sur l'arachnitis et vous savez que nos collègues étrangers et en particulier nos collègues anglais se préoccupent de célébrer solennellement ce qu'ils appellent la plus grande découverte neurologique du siècle. La question sera posée à la prochaine réunion de la *Medico-Psychological Association* en juillet prochain.

Votre Bureau a pensé qu'il convenait de réunir les différentes Société de Médecine Mentale dans une séance qui pourrait avoir lieu ici-même, au siège de la Société Médico-Psychologique, le mardi 31 mai prochain, ainsi que cela s'est produit une fois déjà, au cours de la guerre. Dans cette séance pourront être discutés les moyens les plus propres à célébrer le centenaire d'une découverte toute française. Si la Société partage cet avis, des invitations seront adressées à la *Société Clinique de Médecine Mentale* qui a déjà laissé prévoir son adhésion, et à la *Société de Psychiatrie.*

La Société, consultée, approuve à l'unanimité cette proposition.

©BIUM

M. H. COLIN. — La deuxième question inscrite à l'ordre du jour a trait à l'organisation d'une « semaine psychiatrique ». Pour ma part, je n'aime pas beaucoup ce terme de semaine, mais il me paraît possible d'instituer tous les ans, comme le fait la Société de Neurologie, des séances spéciales qui pourraient occuper une ou deux journées et auxquelles pourraient être conviés, en dehors de nos membres correspondants, les membres associés étrangers de la Société. Si vous le voulez bien, cette question pourra également être débattue à la séance spéciale du 31 mai. (*Assentiment.*)

Rapports de Candidatures

M. RAYMOND MALLET. — Messieurs. Vous avez chargé une Commission composée de MM. Arnaud, Chaslin, Leroy, Truelle et Mallet de vous présenter un rapport sur la candidature à la place vacante de membre titulaire de MM. Mignard et Bussard, tous deux membres correspondants de la Société.

Sans doute, partagez-vous l'étonnement de votre Commission en constatant que M. Mignard dont vous avez remarqué la féconde activité au sein même de la Société n'en est pas encore membre titulaire. Vous savez que cette activité se répand encore à la Société Clinique de Médecine Mentale dont M. Mignard est membre titulaire, à la Société de Psychiatrie dont il est membre correspondant et aussi dans les nombreuses revues de psychiatrie et de philosophie auxquelles il collabore.

Médecin en chef des asiles de la Seine, M. Mignard poursuit l'étude des problèmes de psychologie pathologique vers laquelle s'est trouvé tout naturellement attiré l'ancien licencié ès lettres philosophie, et ses dernières communications ici-même, seul ou en collaboration avec M. Toulouse et le regretté Juquelier, montrent qu'il s'est hardiment attaqué au problème particulièrement ardu de la nature de la démence.

Votre Commission, Messieurs, n'a pas besoin de vous rappeler les titres qui justifient la candidature de

©BIUM

M. Bussard qu'elle a le regret de ne pouvoir présenter aujourd'hui qu'en deuxième ligne.

Election : Nombre de votants : 22. — Majorité absolue : 12.

Ont obtenu : MM. Mignard, 21 voix, élu ; Bussard, 1 voix.

M. le Dr Mignard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre titulaire de la Société Médico-Psychologique.

M. Simon. — Messieurs, vous avez désigné une Commission composée de MM. Colin, Pactet et Simon, afin de vous fournir un rapport sur la candidature de M. le Dr Tidemand Johannessen comme membre associé étranger. Ancien interne des hôpitaux de Christiania, M. Tidemand Johannessen est docteur en médecine de cette Université. Il a été pendant la guerre médecin-chef de l'ambulance des skieurs norvégiens et il a fait à ce titre la campagne dans les Vosges. Il a publié dans les *Annales* du Touring-Club de France un article sur le fonctionnement de cette ambulance. M. le Dr Tidemand a fait, d'autre part, cette année, une communication avec M. le Dr Roubinovitch sur le réflexe oculo-cardiaque chez les hydrocéphales, et il poursuivait dans le service de l'un de nous une étude sur la capacité vitale des enfants arriérés (étude qui va être prochainement publiée), quand il a reçu sa nomination comme médecin-adjoint à l'Asile de Dikemark près Christiania. Pendant un récent séjour à Paris, notre collègue a fréquenté nos services d'aliénés et nos cliniques psychiatriques ; la tournure psychologique de nos méthodes l'avait intéressé, et il serait vivement désireux de conserver des relations avec ceux d'entre nous qu'il a ainsi connus. Lui-même nous apportera les courants d'idées de la Norvège relatifs à l'aliénation. Votre Commission émet donc à l'admission de M. Tidemand comme membre associé étranger l'avis le plus favorable.

Election : Nombre de votants : 19. — Majorité absolue : 10.

©BIUM

M. TIDEMAND JOHANNESSEN, 19 voix, élu.

M. le Dr TIDEMAND JOHANNESSEN, ayant obtenu l'unanimité des suffrages exprimés, est élu membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique.

Note sur quelques cas anormaux de mélancolie

Par Ph. CHASLIN, P. CHATELIN, I. MEYERSON

Nous avons eu l'occasion de voir quelques cas s'éloignant, mais chacun différemment, du type le plus habituel de la mélancolie. Pourtant, malgré leurs anomalies, ils peuvent, croyons-nous, y être rattachés, si on entend par mélancolie un syndrome dans lequel une émotion, la tristesse, l'anxiété et la dépression ou l'excitation circonscrite forment le fond essentiel du trouble mental. Nous en rapporterons trois.

La première observation est celle d'une folie intermittente avec délire de persécution. Il ne s'agit nullement d'une variété de ces états mixtes dont Lalanne a fait une étude d'ensemble dans sa thèse (1), associations diverses du délire de persécution avec celui d'auto-accusation. Non. Il s'agit de persécution pure avec teinte mystique, sans aucune auto-accusation. Dubourdieu (2), d'une part, et de l'autre Bessière (3), dans leurs thèses, ont rapporté des cas qui se rapprochent du nôtre, particulièrement l'observation VI (p. 76) du premier auteur et l'observation II (p. 50) du second. Pourtant cette forme ne paraît pas avoir attiré suffisamment l'attention, si nous en jugeons par ce passage du manuel de Psychiatrie le plus récemment paru : (Les idées de persécution) « n'ont jamais, « quelle que soit l'époque de leur apparition, qu'une

(1) G. LALANNE. — *Les persécutés mélancoliques*, Thèse de Bordeaux, 1897.

(2) DUBOURDIEU. — *Contribution à l'étude des délires de persécution, symptomatiques de psychose périodique*, Thèse de Bordeaux, année 1908-1909. Bordeaux, 1909.

(3) BESSIÈRE. — *Paronoïa et Psychose périodique*, Thèse de Paris, année 1912-13. Paris, 1913.

©BIUM

« importance de second ordre » (1). C'est ce qui nous décide à rapporter l'histoire de notre malade.

Dirons-nous avec Bessière que l'aspect à la fois mélancolique par l'émotion et persécuté par la couleur du délire est dû à la « constitution paranoïaque » préalable de la malade, atteinte de « psychose périodique » (2) ? Cet auteur, après avoir mentionné de nombreuses théories, se rattache finalement à celle-là. Il semble que Mme L., d'après son mari, ait toujours été craintive plutôt que méfiante. Il est d'ailleurs peu prudent de se fier aux renseignements des familles.

Mais voici l'observation extrêmement résumée :

Mme L..., âgée de 37 ans, arrive à la consultation, en octobre 1915, présentant un aspect de stupeur ; elle demeure immobile sur sa chaise, répond à peine aux questions d'une voix monotone, basse et lente.

On apprend, par son mari, que la malade est habituellement d'un caractère triste, souffrant de métrite, de maux d'estomac, mais que, au début de sa maladie (en juin 1915), elle a été excitée pendant plusieurs jours ; elle croyait que ses voisins étaient des espions ; elle craignait que l'on ne fasse sauter la maison ; très loquace, racontant de nombreux souvenirs anciens... Cet état persista jusqu'au mois de septembre environ, époque où la malade fut prise de demi-mutisme. Elle croyait alors que la farine était empoisonnée ; elle trouvait que la pendule, le piano sonnaient faux et que ce n'était pas naturel... Elle chercha à ce moment à s'empoisonner en avalant un produit photographique.

Depuis quelques jours, Mme L... se croit accusée par tout le monde d'avoir écrit une lettre anonyme à une de ses amies. « Il me semble, murmure-t-elle, que tout le « monde se moque de moi, que l'on m'en veuille ». Elle croit en outre qu'il y a des machines sous son lit qui la troublent la nuit.

La malade entre dans le service le 4 novembre. Son état de dépression diminue. Cependant, son aspect reste triste, elle a parfois des larmes dans les yeux, elle parle très peu, paraît très fatiguée. Elle maigrit. Elle s'anime seulement

(1) DURAND, article : *La mélancolie*, in *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Psychiatrie, T. I., 1921, p. 166.
(2) BESSIÈRE, loc. cit., p. 154.

©BIUM

pour dire qu'elle n'est pas coupable de ce dont on l'accuse. « J'ai la conscience nette », répète-t-elle souvent.

Peu à peu, pendant les semaines suivantes, son attitude change. Mme L... devient hostile, elle se redresse, prend des airs hautains. Elle se plaint des infirmières, dit qu'on l'accuse injustement de voler des vêtements, on lui fait mille tracas, on l'empêche de dormir, on la persécute par télégraphie sans fil. Elle revient toujours sur la lettre anonyme, cause de tous ces malheurs et proteste avec énergie de son innocence. Il est difficile de savoir si elle a des hallucinations. Dans la journée, elle ne fait rien, néglige sa toilette, vit à l'écart. Cependant, elle a parfois des impulsions qui la portent à frapper ses voisines en interprétant leurs propos comme des accusations. Environ quatre mois après son entrée, une amélioration assez rapide se produit. L... s'occupe, reconnaît qu'elle a été malade, que toutes ses idées étaient des « bêtises... bonnes à faire rire et pleurer ». Elle dit qu'elle entendait des voix. Elle sort paraissant bien guérie le 15 avril 1916.

Deuxième entrée le 10 mars 1920. Mêmes symptômes : grande dépression avec demi-mutisme, essai de suicide en avalant de la teinture d'iode. Puis les idées de persécution sont réapparues, on lui fait la transmission de pensée, on veut lui faire du mal, on agit sur elle ; dans le service, comme la dernière fois, elle devient hautaine, agressive. L'accès dure quinze jours. Elle sort au bout d'un mois très bien remise et revient quelque temps après pour remercier des soins qu'on lui a donnés.

Le 17 novembre 1920, elle revient consulter. De nouveau déprimée, elle dit qu'on la poursuit avec une machine, et qu'elle est en communication avec des esprits qui la troublent. Elle a voulu, cette fois encore, se suicider, après avoir écrit une lettre à son mari disant : « On me poursuit « toujours, mais je meurs heureuse, n'ayant rien à me « reprocher. »

Notre service étant fermé, elle entre dans celui du docteur Séglas. Elle vient de sortir guérie de ce troisième accès.

Voici une deuxième malade d'un genre différent sur laquelle nous serons très brefs. Ce qui nous a paru intéressant et anormal dans son cas est la conservation parfaite de l'état somatique qui contraste avec l'intensité de l'émotion. Et l'on sait s'il est classique de rencontrer dans la mélancolie des troubles somatiques.

©BIUM

« C'est peut-être de toutes les psychoses celle où l'on « en observe de plus fréquents et de plus variés », dit Masselon (1).

L'affection remonte vraisemblablement déjà à plus de neuf mois, et d'après les renseignements du mari et de la famille, elle s'est développée par transition insensible à partir de l'état ordinaire de la malade.

Mme S.., âgée de 40 ans, entre dans le service le 16 septembre 1920.

Le mari nous explique que sa femme voit toujours « le point noir dans toutes choses ». Elle rit très rarement. D'après une vieille amie, Mme S... a toujours eu peur de mal faire, d'être grondée, elle a toujours été un peu bizarre. Elle aurait été d'ailleurs maltraitée par sa mère. Elle s'est mariée il y a quinze ans et a eu une petite fille qui est morte à six mois. Pendant la grossesse, elle était singulière et se tapait sur le ventre, disant qu'elle ne voulait pas d'enfant. Etablie avec son mari dans un pays étranger, elle s'occupait à diriger un atelier de broderie en véritable artiste, mais son intelligence était médiocre pour les choses de la vie courante ; elle n'a jamais pu écrire correctement la langue du pays où elle habitait. Pendant la guerre ni grands chocs ni grandes émotions, son travail l'absorbait, elle se surmenait et devint nerveuse à la fin. L'état des choses força le ménage à vendre son fonds et à revenir en France. En juin, le mari et la femme s'installent pour quelque temps dans le midi. Là, Mme S... se montre triste, inquiète de l'avenir, bien qu'il n'y eût pas lieu de l'être, d'après le mari. Rien ne l'intéresse, rien ne lui plaît. L'état physique est excellent. On revient à Paris, la tristesse augmente peu à peu. C'est alors que très probablement il y a manifestation des premières idées délirantes, si nous en croyons des confidences faites par la malade à sa belle-sœur et que le mari a ignorées. La malade dit qu'elle n'a jamais aimé son mari et se le reproche. Puis la tristesse augmente, il y a de l'anxiété, de l'insomnie ; une douzaine de jours avant son entrée dans le service, elle fait une tentative de suicide qu'elle avoue ; elle essaie de s'étrangler avec une cravate ; puis elle essaie de se frapper avec des ciseaux et un couteau. Elle regarde la fenêtre avec insistance. Elle manifeste des idées délirantes : « Je « les ai tués tous les deux » (son frère et sa belle-sœur).

(1) R. Masselon. — *La mélancolie*, Paris, 1906, p. 47.

©BIUM

Elle prétend qu'elle a mis le feu au monde, qu'elle a arrêté le monde. Elle a l'air effrayé ; elle craint que son mari ne l'abandonne ; elle devient de plus en plus anxieuse, si bien qu'on finit par l'amener à la Salpêtrière.

Pendant les premiers temps, elle paraît effrayée et anxieuse, et sauf le premier jour où on lui fait avouer ses craintes d'avoir arrêté le monde et ses idées de suicide, on n'arrive à tirer d'elle aucune réponse aux questions qu'on lui pose. Elle se cache la tête avec les mains, s'enfouit sous ses couvertures et sanglote. Elle mange d'abord difficilement la nourriture de la maison, mais avant de se décider à la nourrir à la sonde, on autorise le mari à apporter des provisions. Elle les mange en se cachant sous ses draps. Or, une première chose est frappante : la malade est dodue, fraîche, elle n'a pas d'état gastrique, malgré l'intensité de l'émotion. Une autre particularité est que presque dès le début de son séjour, elle se lève régulièrement chaque matin, pour aller aux W. C. et faire une toilette très soignée et très complète. Elle se recouche ensuite et reste dans son lit la tête cachée sous les couvertures, en gardant un mutisme presque absolu. Le seul trouble somatique noté est la suppression des règles.

L'état s'est amélioré graduellement à partir de janvier ; la malade, dont les règles ont réapparu, reste levée une grande partie de la journée, mais elle pleure constamment et la mimique accuse toujours une grande tristesse. Mme S... reste assise en flexion, la tête cachée dans ses mains, et appuyée au lit ou au mur dans l'attitude du plus profond chagrin. Les idées d'auto-accusation sont beaucoup plus faciles à faire exprimer. Au milieu des larmes, elle s'accuse d'avoir trompé son mari en intention, d'avoir volé, d'avoir été une mauvaise commerçante qui vendait trop cher, d'avoir fait et de faire le malheur de sa famille. Elle ne parle plus du feu et d'avoir arrêté le monde. Elle reçoit bien son mari, mais lui dit *vous* depuis deux mois « parce qu'elle n'est pas digne de lui ; parce qu'elle est coupable envers lui, etc... » D'autre part, elle est toujours très correctement habillée, même soignée (1) ; elle engraisse peu à peu ; elle dort convenablement. Bref, elle continue à être, malgré cette émotion qui n'est nullement une apparence, mais est très réelle et intense, dans un état physique florissant, qui ne paraît en somme jamais avoir été atteint.

(1) Une particularité intéressante signalée par son infirmière est la suivante : la malade garde la tête basse et son air désolé tout en se coiffant minutieusement ou en mangeant fort bien et très proprement.

©BIUM

La troisième malade est d'une interprétation beaucoup plus difficile. Il nous a paru cependant qu'elle pourrait être considérée comme une mélancolique, bien qu'à sa dépression anxieuse se soient surajoutés des symptômes tels que puérilisme, maniérisme, attitudes et propos extravagants, discordants. Le tout s'est développé sur un fond de débilité mentale incontestable, qui a particulièrement frappé l'un de nous, lorsque celui-ci a rencontré dans la rue, après sa sortie du service, la malade paraissant guérie. Cette complication par ces symptômes inhabituels serait à comparer avec celle que Séglas (1) a constatée chez des maniaques et dont nous-mêmes avons vu plusieurs exemples frappants. Truelle en a montré un cas à la Société Clinique de Médecine Mentale (2). Ils rentrent probablement dans les états mixtes de Kræpelin (3).

Mlle Le..., institutrice, âgée de 47 ans, entre dans le service, placée d'office, le 26 mars 1919. Les renseignements fournis par sa sœur nous apprennent que la malade a toujours été d'une faible santé, elle avait des maux de tête fréquents et a été soignée à partir de 1905 pour neurasthénie. Elle a perdu sa mère en 1896. Vers le mois de janvier 1918, elle croyait qu'on se moquait d'elle. Fatiguée, elle prend en février un congé qui continue jusqu'à son placement. Elle perd son père, en avril, ce qui lui cause une grosse émotion. Les bombardements de jour et de nuit la laissaient indifférente. Pendant le mois de juillet, elle craignait que l'on vînt couper ses cheveux ; elle accusait sa sœur de l'empoisonner avec de l'arsenic ; son médecin lui avait ordonné d'ailleurs auparavant des piqûres de strychnine. A ce moment, aucune idée d'auto-accusation, d'après sa sœur. Elle maigrit constamment depuis l'année 1917. Fin juillet, elle reconnaît, paraît-il, qu'elle perd la tête. En

(1) J. SÉGLAS. — *Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques chez les débiles. Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1914.

Dans deux cas tout récents, l'un intermittent, l'autre continu, malgré l'existence de la débilité mentale avérée, il nous a été difficile d'être assurés qu'il ne s'agît pas d'hébéphrénie.

(2) TRUELLE. — *Folie intermittente simulant la démence précoce. Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, mars 1920, p. 69.

(3) Cet auteur a une théorie que nous ne discuterons pas ici.

©BIUM

octobre, apparition des idées de culpabilité et mystiques. Cet état continue jusqu'au 18 mars 1919, date où la malade s'est mise toute nue et a superposé deux poufs pour enjamber le balcon de la fenêtre. C'est alors qu'elle est conduite à l'infirmerie spéciale, puis à Sainte-Anne d'où elle est transférée à la Salpêtrière.

Très anxieuse, elle présente des idées d'auto-accusation fort accentuées et cherche à se frapper, à s'écorcher, pour se mortifier ; elle se reproche d'avoir fait un sacrilège à sa première communion et d'avoir laissé mourir sa mère, l'ayant mal soignée dans la dernière maladie de celle-ci. Ce sont des gémissements et des pleurs continuels. On est obligé de lui maintenir les mains pour l'empêcher de se faire du mal. Elle est un peu désorientée et incohérente. Elle est très maigre, digère mal ; l'état physique est très défectueux ; il y a un peu d'albumine dans l'urine ; elle refuse d'ailleurs de manger, et on est obligé de la nourrir à la sonde pendant une quinzaine de jours.

Elle se comporte donc comme une mélancolique avec une grosse émotion. Elle présente bientôt aussi quelques apparences hallucinatoires, très vagues et passagères, comme il est de règle chez les mélancoliques, mais au bout d'un mois environ il s'y mêle des actes vraiment discordants, qui s'accentuent par la suite et finissent par attirer avant tout l'attention. Par exemple, on a noté ce qui suit le 21 mai. Elle dit : « Mes voix m'ont appelée « misérable ». Elle ajoute tout bas : « En dedans de moi. Je ne sais pas où. « J'ai peur de vous, mes voix me disent que vous êtes « Satan. Elles me font marcher sans les entendre..... Pen- « dant un temps je les entendais..... Depuis ta naissance « tu as fait du mal. » La malade se met à chanter : « Ah ! tu sortiras, Biquette, Biquette !... »

On lui demande ce que cela veut dire. Elle reprend :

« Je ne sais pas, les voix ne m'ont rien dit. Elles font « tout aller comme elles veulent... Tu comprendras toujours « de travers... Quand je suis dans le bain, elles m'ordon- « nent d'en sortir. On va te mettre sans mémoire..... »

A un autre moment, elle dit : « Ah ! j'entends ma sœur, « je la vois là en noir. » La malade présente un instant la mimique hallucinatoire. Pendant qu'on l'interroge la vision (?) a disparu. « Deux ou trois fois devant moi, j'ai « vu ma mère sur mon lit de mort. »

Par instant, elle fait des grimaces, des gestes désordonnés comme si elle jouait la comédie et se livrait à des exagérations et à des extravagances voulues. Au milieu d'une

©BIUM

phrase, elle s'arrête, fait une grimace, une moue d'enfant qui va pleurer, puis reprend rapidement sa physionomie un peu triste et répond tranquillement à une autre question. Ou bien elle s'arrête, tend les mains dans un geste d'effroi : « Vous êtes Satan ! mes voix me le disent. » Elle se tait, puis elle ferme à moitié les paupières, les yeux révulsés, les deux mains étendues à plat exécutent un mouvement alternatif de pédale : « Je fais la pendule, dit-elle, je ne sais pourquoi. » A d'autres moments ces mouvements bizarres sont accompagnés de lamentations ; elle se met à genoux, fait une longue prière à mi-voix, l'interrompt brusquement, fait une grimace et dit : « J'entends mes voix ».

23 mai. — Elle prétend avoir vu sa sœur à droite et à gauche d'elle ; à droite, elle est belle, à gauche, elle pleure.

Un autre jour, le 27 mai, la malade parle spontanément : « Mes voix m'ont dit : tu aurais pu encore te sauver si tu « avais refusé l'œuf (qu'on lui avait donné à manger) ; au « lieu de te mortifier tu as voulu manger, sans ça tu aurais « vendu tes deux poulets, poulets... et tu aurais eu du lait, « du lait, mais maintenant, ton gosier est trop grand. » Sans transition, elle s'écrie : « Oh ! ma pauvre maman, c'est pour elle ! » Elle se traîne sur les genoux, les mains jointes. On l'invite à aller s'asseoir, elle pousse un cri aigu « hi ! » et toujours à genoux, recule vers sa chaise : « Oh ! je m'en vais à reculons ! » Après un moment de tranquillité, Mlle Le... s'exclame sur un ton de terreur et de désespoir : « Oh ! ces infirmières ! » et ses deux mains tendues montrent en face deux infirmières à une fenêtre de la Pitié. Elle ajoute : « C'est drôle, je ne pourrai jamais monter « là-haut. » On a l'idée, ayant des bouts de papier, de lui faire faire des cocottes, bateaux, salières, etc..., avec eux. Tout en poussant des cris suraigus, douloureux et stridents « hi ! hi ! », elle se livre à ce travail, elle se critique elle-même : « Non ! celui-ci est mal fait, n'est pas bien plié, « etc... ». Par instants, elle se lève, crie et se promène à petits pas, à la façon d'un jouet mécanique.

A d'autres moments, elle a marché en travers ou à reculons, avec des gestes saccadés ou maniérés, un parler enfantin. A d'autres, elle se livre, comme une démente précoce, à des litanies déclamatoires : « J'ai vu mon père, ma « mère, ma sœur, mes amis, mes collègues, des voitures, « des infirmiers, des animaux, des choses ! » rabâche-t-elle. Elle pousse ses cris suraigus dont elle est incapable d'expliquer le motif et sans signe d'anxiété soudaine. Il lui

CEIUM

arrive souvent aussi de se frapper, d'essayer de se faire du mal et on est obligé de la surveiller continuellement à ce point de vue. Elle ressasse d'ailleurs aussi ses idées de culpabilité ; elle a mal soigné sa mère, Dieu la punit, il faut qu'elle expie ses sacrilèges. « Je voudrais tant prier ! » Le tout est absurde, enfantin, grotesque et exprimé, même dans les moments pathétiques, avec une pauvreté de mimique faciale bien frappante. Souvent, il est difficile de garder son sérieux devant le spectacle de ces manifestations.

Elle passe ainsi quatre mois. En septembre, son état physique s'améliore ; elle crie moins, gémit moins ; les extravagances cessent complètement ; elle a l'aspect d'une mélancolique classique. En novembre, elle se met à travailler, et fort bien, mais elle présente encore des idées d'autoaccusation. L'état physique est bon ; elle a engraissé notablement. Elle demande à sortir pour aider sa famille à qui elle se reproche d'avoir nui par ses fautes et son entrée à la Salpêtrière. Elle sort enfin le 11 décembre à peu près complètement remise, la famille ayant pris ses dispositions pour la surveiller étroitement jusqu'à guérison complète.

Discussion

M. de Clérambault. — La malade du Dr Chaslin me paraît bien être une délirante à double forme, présentant des états mixtes, mais chez qui l'état maniaque n'aurait pas encore été nettement constaté. Le fait de manifestations facétieuses au cours d'un état de torpeur et de mutacisme est bien typique.

Récemment j'ai fait le diagnostic de manie sur un état exactement semblable, où l'élément maniaque était encore moins prononcé. La malade se présentait muette, rigide et torpide à la fois, avec opposition, catatonisme, apparence d'idéation figée ; on aurait pu la croire anxieuse. De menus signes, tels que l'aisance tonique et la rectitude du regard, nous firent soupçonner la manie ; une expérience nous parut, en outre, le prouver : traînée par nous et contrainte à courir de long en large, elle fit, spontanément, des pas de plus en plus rapprochés et vifs, comme si elle eût voulu se parodier elle-même, et s'arrêta dans une pose des plus contournées. Dans ces mouvements et attitudes,

©BIUM

plusieurs modalités maniaques étaient visibles : complexité motrice, perception avivée de ses facultés motrices, autoscopie, et réactions réciproques de tous ces facteurs. Le lendemain, notre malade se présentait comme une hypomaniaque complète, et son dossier nous la montrait comme une malade à double forme. Elle avait gardé un souvenir très détaillé de toute la séance de la veille.

Souvent le diagnostic de manie doit être fait sur des signes négatifs, ou pour mieux dire sur le fait de signes négatifs (mutacisme, immobilité, etc.) associés à de l'hypertonus. Parmi les aspects larvés de la manie, je mentionnerai la solennité et le formalisme à l'état calme. Solennité maniaque et formalisme maniaque nous ont souvent mis sur la voie du diagnostic. Ces aspects nous semblent être plus fréquents chez les malades à double forme. Les auteurs classiques ne les signalent pas.

Je compte traiter prochainement ce sujet, les Signes Négatifs de la Manie.

La conception des états mixtes semble être regardée encore par quelques-uns comme subversive. Je rappellerai qu'elle se rencontre, très explicitement développée, dans Guislain, qui lui-même cite une liste d'auteurs l'ayant formulée avant lui.

M. Chaslin. — La malade dont j'ai relaté l'observation a présenté un état mélancolique avec état anxieux, idées délirantes d'auto-accusation, et ce n'est qu'à la fin de l'accès que le diagnostic a pu être fermement (?) établi, mais jamais on n'a pu penser à la manie. C'est pour cela que je la soumets à votre observation.

M. de Clérambault. — Pour ce que j'ai vu, l'anamnèse, la conscience de la maladie, l'humour et la causticité permettent de faire le diagnostic (1).

La malade présentait aussi un symptôme sur lequel j'ai l'intention de revenir un jour, je veux nommer la « solennité ». Beaucoup de maniaques présentent de

(1) La vérification a permis de se rendre compte que la malade dont l'observation a été rapportée par M. Chaslin n'est pas la malade que M. de Clérambault a cru reconnaître.

©BIUM

la solennité avec hypertonus, léger négativisme, mépris pour l'ambiance. Le mutacisme avec solennité est un trait clinique important de la manie.

M. LEGRAIN. — Il est toujours très périlleux de discuter longuement sur un cas que l'on n'a pas médité. Les cas que vient de rapporter M. Chaslin sont très intéressants ; ils ne paraissent pas cependant être superposables. En outre, il serait très important d'avoir des renseignements sur l'état des malades dans les périodes intercalaires. Le syndrome « intermittence » mérite de retenir un moment l'attention. Dans nos services, ce sont les paroxysmes que nous voyons, que sont les malades dans l'intervalle ? Je voudrais demander également à M. Chaslin si les malades présentaient à chaque accès la même allure clinique, les mêmes idées délirantes ?

M. CHASLIN. — Ces malades ne sont, en effet, pas superposables, ce sont des singularités cliniques diverses que j'ai apportées. Dans les périodes intercalaires, ma première malade reste plutôt triste et craintive. Elle vient me voir et me remercier dans l'intervalle de ses crises, et paraît normale intellectuellement. Les idées délirantes chez les intermittents se retrouvent souvent les mêmes dans les accès successifs, tout comme dans les délires à éclipse décrits par M. Legrain.

M. TOULOUSE. — Je ne puis que m'associer à ceux de nos collègues qui ont trouvé très intéressante la communication de M. Chaslin. Je serais heureux de savoir ce qu'il pense des états mixtes ; il y a là des formes complexes dans lesquelles on trouve des éléments de différentes formes. Quel est, sur ce sujet, le résultat de son expérience clinique ?

M. CHASLIN. — Au point de vue clinique, il y a des cas de manie et de mélancolie, dont le diagnostic se fait sans hésitation. Il y a, au contraire, des cas qui se présentent sous un aspect particulier. Par exemple, j'ai vu une double-forme présenter des idées de persécution bizarres et étranges, des pseudo-hallucinations, puis des idées d'auto-accusation, et une phase maniaque typique est brusquement apparue. Une autre ma-

©BIUM

lade, dont l'internement date de cinq ans, présenta un état typique de manie ; elle avait fait antérieurement un accès de mélancolie et, dans la période intercalaire, de passage, quelque chose de bizarre que j'appellerai, si vous le voulez, un état mixte. D'autre part, j'ai vu, comme Séglas et Truelle, des maniaques qui, tout à coup, font des excentricités et sont très différents des déments précoces : me plaçant au point de vue clinique, j'appelle ça des formes anormales et non, comme Kræpelin, des états mixtes, car je n'accepte pas sa théorie.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Cette notion des états mixtes remonte à Guislain qui a décrit la présence simultanée de signes mélancoliques et de signes maniaques.

M. TOULOUSE. — Je crois que le terme d'état mixte est un moyen commode de classer ce qu'il n'est pas facile de classer actuellement. L'analyse minutieuse des cas montre beaucoup d'états mixtes.

M. LEGRAIN. — Etant donnée la difficulté qu'il y a de discuter des communications intéressantes comme celle de M. Chaslin sans avoir, sous les yeux, le texte de l'auteur, j'émets le vœu que le bureau étudie une procédure permettant de discuter les communications après qu'elles ont paru dans les *Annales Médico-Psychologiques*.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le Bureau est tout à fait de l'avis de M. Legrain. Il y a un grand intérêt à ce que des communications importantes restent à l'ordre du jour de la Société et que la discussion soit ouverte quand le texte de l'auteur peut être lu dans le *Bulletin* de la Société. Aussi est-il procédé ainsi : si M. Legrain veut bien relire l'ordre du jour de la présente séance, il verra que deux anciennes communications, parues dans le *Bulletin*, sont portées à cet ordre du jour pour suite de la discussion. On peut même regretter que les membres qui ont demandé leur maintien à l'ordre du jour n'aient pas repris cette discussion. De même, suivant le désir exprimé par M. Legrain, l'intéressante communication de M. Chaslin restera à l'ordre du jour et M. Legrain sera inscrit pour la discussion.

©BIUM

Encéphalite épidémique et divorce (Contribution à l'étude médico-légale des formes mentales de l'encéphalite épidémique)

Par M. Georges PETIT,

Médecin-adjoint de l'asile de Bourges

La médecine légale des formes mentales de l'encéphalite épidémique constitue actuellement un chapitre encore presque inédit de cette affection. Aussi nous a-t-il paru de quelque intérêt de rapporter à la Société l'histoire d'un divorce dont la procédure est basée tout entière sur des réactions psycho-motrices déterminées incontestablement par l'évolution d'une encéphalite épidémique à forme mentale. Si, — comme il est fréquent de l'observer au début des affections mentales, — la nature pathologique de ces réactions n'a pas été entièrement méconnue, leur caractère et leur gravité ont été manifestement déformés et atténués par un entourage familial soucieux avant tout d'autres intérêts que de ceux de la malade. Les incidents pittoresques, mais déplorables, qui précédèrent et déterminèrent le mariage, et où se révélèrent avec âpreté quelques-uns des traits habituels à la mentalité paysanne, jettent un jour assez particulier sur ce petit drame familial.

A la fin de l'année 1919, la malade qui fait l'objet de cette observation et qui est âgée actuellement de 25 ans était, depuis plusieurs années, domestique chez un commerçant d'un petit village du Cher. Bien que lourdement tarée au point de vue de ses antécédents psychopathiques (grand'mère paternelle condamnée aux travaux forcés pour un infanticide commis dans des circonstances certainement pathologiques, mère sujette à des alternatives d'excitation et de dépression, oncle maternel alcoolique et déséquilibré, père alcoolique), la jeune fille était considérée comme normale par son entourage. De physique et de caractère agréables, intelligente (elle avait été reçue la première du canton au certificat d'études), laborieuse, pieuse,

©BIUM

d'une scrupuleuse honnêteté, d'une conduite à l'abri de tout reproche, elle jouissait, paraît-il, de la confiance de ses patrons et de l'estime de tous. Econome et rangée, elle se montrait également docile, affectueuse, serviable et bonne pour sa famille. Or, celle-ci venait de décider de lui donner un mari. Le choix de la famille s'était porté sur un cultivateur des environs, d'âge convenable et surtout de fortune assez enviable, qui, par surcroît, était, par alliance, déjà apparenté à la sœur de la jeune fille. Les préliminaires des accordailles furent conclus, les fiançailles décidées, et le mariage fixé à une date prochaine. Respectueuse des décisions de sa famille, la jeune fille accepta docilement l'union projetée et accueillit de bonne grâce les assiduités de son fiancé ; elle finit même, nous avoua-t-elle par la suite, par éprouver pour ce dernier un sentiment assez tendrement affectueux pour lui faire envisager sans répugnance la perspective du mariage prochain.

Cependant, au début de janvier 1920, la jeune fiancée fut soudain prise d'une inquiétude inexplicable. Il lui semblait, nous expliqua-t-elle ultérieurement, que « quelque chose s'était modifié en elle », que ses idées et ses sentiments n'étaient plus les mêmes ; elle se rappelait, avec désespoir, ses tares familiales, dont elle n'ignorait pas l'importance et la gravité sociales, et qu'elle tenait cachées soigneusement ; elle se remémorait le souvenir des fautes vénielles de sa jeunesse et les jugeait soudain énormes et impardonnables. Elle s'apparaissait tout à coup anormale, « différente des autres », et son mariage lui semblait dans ces conditions devenir tout à fait impossible. Elle s'ouvrit de ces scrupules à sa famille qui, effrayée de ce revirement subit, s'efforça de rassurer la jeune fille. Mais ce fut en vain. Elle ne dormait plus. Une angoisse continuelle étreignait son cœur et comprimait sa poitrine. Parfois, elle gémissait ou pleurait longuement, en répétant inlassablement : « Je ne veux pas me marier... je ne peux pas me marier... » En même temps, elle ressentait dans tout le corps une sensation de fourmillements intenses généralisés, mais plus accentués

©BIUM

au niveau de la tête : « Cela lui bouillonnait dans le crâne qui était serré comme dans un étau et qui lui faisait un mal affreux ». Elle éprouvait incessamment des vertiges, des éblouissements ; et par moments, elle se sentait toute hébétée : « Je me voyais devenir folle ». Emue quand même par la persistance de ces troubles, la famille se décida à mander un médecin : celui-ci parla d' « état nerveux » et prescrivit des potions calmantes. D'ailleurs, scrupules, craintes, anxiété, troubles cœnesthésiques, s'atténuèrent bientôt pour disparaître complètement après une durée totale de quinze jours.

Trois semaines plus tard, vers le 10 février, les mêmes symptômes (insomnie, troubles cœnesthésiques, sentiment d'étrangeté, etc.) réapparaissent avec une intensité encore plus marquée. Ils s'accompagnaient cette fois de diplopie, de secousses myocloniques intenses des membres et de la face, et bientôt d'un véritable état choréique avec maladresse, mouvements désordonnés, titubation et même chutes à terre à l'occasion de la marche. « J'étais secouée tout entière comme si j'avais eu la danse de St-Guy », nous dit ultérieurement la malade. En même temps, les idées de teinte dépressive, d'auto-accusation et surtout d'indignité prennent un caractère obsédant presque constant, s'accompagnant de crises anxieuses violentes durant lesquelles la malade pousse des cris et des gémissements lamentables, déclarant qu'elle va devenir folle, qu'il lui est absolument impossible de se marier dans cet état, qu'il faut rompre le mariage et rendre sa parole à son fiancé. Cette idée d'incapacité matrimoniale, assez justifiée cependant, et que la malade répète comme un leit-motiv durant ses crises anxieuses de plus en plus fréquentes, trouve aussi peu d'écho que d'approbation dans l'entourage familial. Bien que les potions calmantes du médecin n'aient pas plus d'effets que la thérapeutique hydrothérapique instituée par une sœur d'un hôpital voisin appelée à la rescousse, on répète à la malade avec insistance que tout ce qu'elle ressent est « nerveux », qu'elle doit « s'arracher ces idées de la tête », que cela passera avec le

©BIUM

mariage. Parents, voisins, amis, se succèdent tour à tour pour la sermonner et la morigéner. « Va-t-elle de la sorte, pour de simples « crises de nerfs », manquer pareil mariage avec un homme riche et considéré ? D'ailleurs, la date du mariage est toute proche maintenant. » Tous les frais sont faits... la messe et le dîner de noces sont commandés... On ne va pas tout rompre maintenant... Que dirait-on dans le village ! Une tante et la sœur de la malade insistent particulièrement pour la faire revenir sur sa décision : elle va déshonorer la famille par ce refus soudain et immotivé..., elle va les brouiller avec toute la famille du fiancé... etc. Le fiancé, d'ailleurs, a assisté à quelques-uns des paroxysmes anxieux et aux crises myocloniques ; et ses sentiments, comme ses intentions, ne varient point pour cela. Son amour, sans doute, plane au-dessus de pareilles contingences... ; peut-être, ne doute-t-il point, lui aussi, que le mariage ne constitue le souverain remède à ce débordement, pourtant impressionnant, de « crises de nerfs ».

Quoiqu'il en soit, c'est dans de telles circonstances que le jour du mariage arrive. Le matin même de la noce (6 mars 1920), la malade, obnubilée, angoissée, tremblante, agitée par moments de secousses myocloniques, ayant des troubles diplopiques presque constants, déclare encore en sanglotant qu'elle ne peut se marier dans cet état ; elle n'est même pas capable, remarque-t-elle, de se vêtir seule... Qu'à cela ne tienne, lui répond-on, on va l'habiller... On la revêt, en effet, de ses vêtements de mariée, on la traîne au banquet qui précède la cérémonie. Pendant le repas, reprise de scrupules morbides encore plus accentués, elle quitte la table et va se cacher dans l'hôtellerie. Après de longues recherches, on la retrouve blottie au fond d'une écurie, où elle supplie encore d'avoir pitié de son désarroi physique et mental et de ne pas la marier dans de pareilles conditions. « Tu n'as qu'à dire oui », lui objecte sa famille. C'est dans ces conditions invraisemblables, et pourtant véridiques, que les cérémonies du mariage furent accomplies. Et l'on ne saurait s'étonner que, pendant la nuit même de ses noces,

©BIUM

la jeune mariée se soit enfuie, à demi-vêtue, par la fenêtre de la chambre nuptiale, pour aller se réfugier au domicile de ses parents où elle passe le reste de la nuit, sur une chaise, harcelée par ses parents courroucés qui cherchent vainement à la ramener près de son époux, pleurant et délirant au milieu d'accès bruyants d'anxiété qui se répètent sans cesse les jours suivants. On se décide alors, trois jours après son mariage (9 mars 1920) à la conduire à l'Hôtel-Dieu de Bourges où elle est hospitalisée. Là, le syndrome psycho-organique s'éclipse totalement au bout de quelques jours, et la malade rentre dans sa famille (20 mars 1920). Celle-ci tente alors un nouveau rapprochement conjugal ; mais au bout de quelques jours, les idées d'auto-accusation, d'indignité, auxquelles s'ajoutent maintenant quelques idées de persécution et de l'hostilité plus ou moins justifiée à l'égard de son mari, réapparaissent en même temps que les crises anxieuses, les troubles oculaires, les secousses myocloniques ; et la malade est de nouveau hospitalisée à l'Hôtel-Dieu. C'est de là que, après plusieurs rémissions et une nouvelle intermission de plusieurs jours, et en raison de ses crises d'anxiété de plus en plus fréquentes accompagnées parfois de réactions psycho-motrices violentes, la malade est transférée, à fins d'internement, à l'asile de Bourges où nous l'observons depuis le mois de juin 1920.

Je n'insisterai pas davantage sur l'histoire clinique de cette malade que j'ai rapportée en détails à la dernière séance de la Société de Psychiatrie (1). J'ajouterai seulement que la malade présente une forme mentale prolongée, oscillante, rémittente et intermittente d'encéphalite épidémique, actuellement encore en évolution, et au cours de laquelle les syndromes organiques les plus divers (ophtalmoplégies transitoires, crises de somnolence, syndromes choréiques, myocloniques, paralytiques, pseudo-parkinsoniens) se

(1) G. PETIT. — *Forme mentale prolongée, oscillante, rémittente et intermittente de l'encéphalite épidémique* (présentation de graphiques). Comm. Soc. de Psychiatrie 21 avril 1921.

©BIUM

succédèrent, se combinèrent ou s'associèrent, concurremment avec des syndromes psychiques aussi polymorphes que variables (crises d'anxiété, idées délirantes multiples, onirisme, confusion, syndrome délire aigu, etc.). Après plus de quinze mois d'évolution, ces troubles psycho-organiques ne s'accompagnent d'aucun signe d'affaiblissement intellectuel ou de dissociation affective ; la mémoire reste intacte, la lucidité est parfois complète, et c'est au cours de ces intervalles lucides, durant lesquels la malade présente une conscience remarquable du caractère pathologique de son état, qu'elle a pu nous donner, à diverses reprises, tous les détails que nous avons rapportés sur sa malheureuse histoire.

Nous ajouterons, au point de vue médico-légal, que le 5 novembre 1920, nous recevions, au nom de la malade, signification, par ministère d'huissier, d'un jugement du tribunal servant de conclusion à une procédure commencée dès le mois de mars à la requête du mari. Cependant que la malheureuse malade parcourait le cycle de sa lamentable odyssée, toute une procédure judiciaire suivait parallèlement son cours : requête du mari à fins de tentative de conciliation (27 avril 1920), ordonnance de non-conciliation par défaut (11 mai 1920), assignation en divorce (2 juin 1920), jugement du tribunal autorisant le mari à faire la preuve des faits articulés (14 juin 1920). Or, le mari appuyait sa demande en divorce sur les faits suivants : « Pendant les fiançailles, la jeune fille s'était toujours montrée réservée à son égard ; pendant la nuit du mariage, elle avait quitté son mari en passant par la fenêtre sans que l'acte conjugal ait été consommé ; la jeune fille a cohabité pendant plusieurs jours avec son mari, mais s'est toujours refusée à accepter l'acte conjugal ; dans la suite, elle s'est réfugiée chez ses parents et a refusé d'habiter avec son mari ; elle a été hospitalisée pendant dix jours à l'Hôtel-Dieu d'où on l'a renvoyée comme non malade, etc. Le procès en divorce est encore en cours ; et un mandataire *ad litem* a été nommé pour soutenir les intérêts de cette malheureuse, victime en cette circonstance de l'inconscience

©BIUM

et de la cupidité de sa famille autant que de l'incompréhension plus ou moins égoïste du mari.

Pour terminer, j'ajouterai quelques détails sur les réactions psycho-motrices de la malade, qui auraient pu aboutir à des actes médico-légaux si l'internement n'avait été effectué assez rapidement. Nous avons déjà signalé la fugue si dramatique qui marqua la nuit nuptiale ; d'autres tentatives de *fugues* se produisirent également durant son séjour à l'Hôtel-Dieu ; à l'asile, ces tentatives se sont répétées un grand nombre de fois ; elles surviennent généralement, soit durant des épisodes confusionnels, oniriques ou panophobiques, soit au cours de crises anxieuses durant lesquelles la malade réclame avec violence sa liberté pour retourner dans sa famille ; elles se sont accompagnées parfois de bris de vitres, d'actes de violence agressifs commis sur les personnes qui essayaient de l'arrêter : c'est ainsi qu'à plusieurs reprises la malade a frappé ou saisi à la gorge des infirmières qui tentaient de s'opposer à ses raptus violents. A trois reprises également, et durant des crises d'anxiété, elle a fait des *tentatives de suicide* en essayant de s'étrangler avec son mouchoir ou avec des débris de vêtements ou de literie qu'elle avait dilacérés. Elle a présenté également de la *sitiophobie* déterminée par les mêmes idées de suicide et a dû être alimentée plusieurs jours à la sonde. Enfin, durant ces derniers mois, pendant une période de lucidité presque complète et de sédation relative des troubles psycho-organiques (qui a coïncidé, il est vrai, avec une boulimie continuelle que ne parvenait à apaiser aucun supplément de nourriture), la malade s'est rendue coupable, à plusieurs reprises, de larcins d'aliments pratiqués aux dépens des autres malades de la salle ; la malade accomplissait ces *vols* soit avec cynisme et sans se cacher, soit parfois avec une préméditation nettement concertée. Aux observations qu'on lui faisait à ce sujet, la malade se contentait de nier, ou, prise sur le fait, elle donnait pour s'excuser des prétextes manifestement mensongers. Cette tendance au vol, apparaissant à une période où la malade se montrait la plupart du temps extrême-

©BIUM

ment lucide et consciente, contraste assez vivement avec la scrupuleuse honnêteté que chacun s'accordait à lui reconnaître avant l'évolution de son encéphalite épidémique.

Discussion

M. Marcel Briand. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Georges Petit. L'auteur a noté l'existence de la boulimie parmi les symptômes. Je désirerais savoir si la malade présentait de la glycosurie et quels renseignements ont donné les ponctions lombaires ?

M. Georges Petit. — Les urines ne contenaient pas de sucre. Deux ponctions lombaires ont été pratiquées ; les résultats qui nous ont été communiqués par le Dr Essbach sont les suivants : la première fois, pas de glycorachie et 20 lymphocytes par millimètre cube ; la deuxième fois, des traces de sucre et 2 à 3 éléments par millimètre cube.

J'ai observé également de la boulimie dans un autre cas d'encéphalite léthargique.

M. Marcel Briand. — La communication de M. Petit est très intéressante, cliniquement d'abord et ensuite par les considérations médico-légales qu'elle soulève. J'y retrouve un certain nombre de signes d'encéphalite léthargique que j'ai signalés ici et dans d'autres Sociétés, notamment les troubles de la sensibilité cutanée qui vont jusqu'au prurit, la boulimie, que notre collègue H. Colin a confirmés, de l'anxiété, des impulsions au suicide, une sorte de délire aigu et, malgré tout ce cortège délirant, des intervalles de lucidité. Ces derniers peuvent donner lieu à des considérations médico-légales autres que le divorce. En effet, les malades atteints d'encéphalite épidémique, à forme délirante, peuvent accomplir des actes coordonnés, susceptibles de faire douter de leur irresponsabilité. Or ces intervalles lucides n'ont rien de commun avec ceux dont il est question dans le code civil à propos des aliénés. D'autre part, l'instance en divorce, ouverte contre la malade de M. Petit dans

©BIUM

les conditions qu'il vient de nous faire connaître doit être retenue comme un argument contre le divorce des aliénés.

M. FILLASSIER. — Je trouve cette observation très intéressante, tant au point de vue médical que médico-légal. A ce dernier point de vue, si le divorce avait été plaidé avant l'internement, il est vraisemblable qu'il aurait été prononcé aux torts de la femme : le refus de remplir ses devoirs conjugaux, constituant, d'après une nombreuse jurisprudence, l' « injure grave ».

Elle est internée : la loi française n'admet pas le divorce d'une telle malade.

Mais, par contre, le mandataire *ad litem* ne peut-il pas, tout en défendant l'action en divorce, introduire une instance pour annulation par vue du consentement ?

M. le Dr G. Petit répondrait certainement au désir de la Société, en la tenant au courant des suites juridiques de cette affaire.

M BONNET. — Quelle fut la marche de la température ? La malade a-t-elle présenté de la persistance de la fièvre comme dans le cas de M. Leroy, dans lequel la fièvre dura pendant plusieurs mois.

M. GEORGES PETIT. — Lors de son entrée à l'asile, la malade présentait du délire aigu, de la confusion, de l'agitation intense avec 38°, 38°5. La température tomba ensuite assez rapidement à 37°, 37°5. J'ai fait plusieurs abcès de fixation ; en dehors de ces abcès, il ne fut pas noté de température supérieure à 37°, 37°5. Actuellement, on note 37°, 37°5, 37°8 maximum.

M. MARCEL BRIAND. — Je suis heureux de constater que M. Petit a noté, comme je l'ai fait moi-même dans des cas analogues, que sa malade présentait à certaines périodes le tableau clinique du délire aigu.

M. Fillassier vient de nous donner la formule vraie. Ce n'est pas de divorce qu'il devrait être question dans l'espèce qui nous est soumise, mais d'annulation de mariage. Le mandataire *ad litem* de l'intéressée arriverait facilement à faire admettre, par le tribunal,

©BIUM

que cette malheureuse jeune femme était hors d'état de donner valablement son consentement à son mariage, le jour où elle s'est présentée devant l'officier d'état civil et que son refus d'accomplir l'acte conjugal n'a pas d'autre cause.

M. LEGRAIN. — L'instance en divorce n'est pas recevable.

Sur un cas de Délire d'Interprétation

Par Xavier ABÉLY
(Asile de Châlons)

J'ai l'honneur de vous présenter un cas de Délire d'Interprétation, digne d'intérêt par son origine et son évolution :

M. T... est âgé de 54 ans ; il exerce la profession de marchand de confections. Le père est mort paralysé ; une sœur est déséquilibrée. Le malade lui-même s'est montré depuis son enfance susceptible, méfiant et orgueilleux. Il a contracté de bonne heure des habitudes alcooliques. Il s'est marié à 26 ans et a continué à boire. Des idées de jalousie sont apparues un an environ après le mariage, mais seulement d'une façon intermittente, sous forme d'accès, coïncidant avec des abus de boisson. C'est en revenant du café ou à la suite d'un banquet que les scènes ont lieu. Au cours d'une soirée, où l'on avait bu pas mal de champagne, M. T... croit remarquer que sa femme danse presque exclusivement avec le même invité ; il lui semble qu'on le regarde d'un air ironique ; il croit entendre chuchoter : « Emmenez donc le mari au buffet ; vous voyez bien qu'il gêne sa femme. » Furieux, il accable Mme T... de reproches et l'entraîne en faisant claquer les portes. Dans l'intervalle de ces états paroxystiques, le malade se montre doux et calme ; tout en restant méfiant et soupçonneux.

Quatre ans environ après le mariage, le délire de jalousie s'installe cette fois en permanence ; M. T..., en effet, tient depuis cette époque des carnets où il note très régulièrement tous les indices de l'infidélité de son épouse, ainsi que le nom de ses amants supposés ; les plus minimes incidents sont enregistrés et interprétés. Ces carnets forment un recueil remarquable des interprétations les

©BIUM

plus variées : Comme le malade dirige un commerce important, les visites des clients, leurs paroles, leurs gestes alimentent inépuisablement le délire ; tel voyageur vient offrir des marchandises avec une fréquence vraiment curieuse ; tel client ne vient acheter que quand Mme T... est seule au magasin.

Le malade note cependant que ces indices très probants ne représentent pas encore une certitude absolue ; il simule alors un voyage et revient deux jours après dans la nuit ; il ne découvre rien d'anormal, mais pense que sa femme a été prévenue.

Les excès alcooliques continuent toujours ; citons cette anecdote :

En 1914, lors de l'avance allemande, les habitants de S... (résidence du malade) s'attendaient à être envahis ; M. T... groupe quelques amis, et par un sentiment de haut patriotisme, il vide avec eux le contenu des caves du village, pour qu'il ne tombe pas aux mains de l'ennemi. (Nous devons ajouter que les Allemands n'entrèrent jamais à S...).

En 1915, à la suite de malaises divers, le malade se décide à consulter un médecin qui diasgnostique le diabète. Cependant, M. T... se montre de plus en plus délirant et interprétateur et ses réactions deviennent plus dangereuses. Il achète un revolver et menace de tuer sa femme.

Un nouveau facteur du délire ne tarde pas à faire son apparition ; le malade ne l'a pas noté sur ses carnets ; mais, après bien des réticences, nous en obtenons l'aveu formel : depuis quelque temps, M. T... a perdu peu à peu ses facultés viriles et sous l'influence combinée de l'alcoolisme et du diabète, il est devenu complètement impuissant. Il est évident que cette complication a exagéré les tendances jalouses du malade et a contribué à renforcer son délire. M. T... exerce maintenant une surveillance continuelle sur les sorties, sur la correspondance de sa femme. Il lui permet pourtant d'aller deux fois à Paris, chez sa fille ; mais c'est en réalité un contrôle qu'il veut instituer ; il interroge successivement, par la suite, la mère et la fille sur l'heure d'arrivée, l'emploi du temps, et, comme il surprend quelques divergences, il en tire d'évidentes conclusions. Par un enchaînement fatal, une terrible complication diabétique survient alors : une cataracte double, progressivement envahissante et qui lentement aboutit à la cécité presque complète. C'est désormais l'exaspération délirante portée à son paroxysme ; sa femme peut se livrer

©BIUM

impunément à la débauche ; il ne pourra plus maintenant contrôler ses actes.

Le délire, bien que de plus en plus riche, se systématise de mieux en mieux et se localise toujours davantage. Au lieu d'attribuer à sa femme plusieurs amants, sa jalousie se concentre désormais sur un seul et c'est dans le cadre de cette seule intrigue qu'il poursuit ses interprétations de plus en plus serrées. Tout d'abord, il remarque que l'amant supposé, M. H... passe bien souvent devant le magasin et que sa femme sort fréquemment sur le pas de la porte sous le prétexte de vérifier l'étalage. Dans une promenade, M. T... manifeste le désir de changer de trottoir ; c'est pour mieux apercevoir la maison de M. H... Peu à peu, la trame de l'adultère se précise ; l'imagination du malade s'exalte à mesure que diminuent ses relations visuelles avec le monde extérieur ; les amants s'enhardissent ; les rencontres, qui d'abord avaient lieu à l'extérieur, se font maintenant dans la maison même de M. T... M. H... ne vient d'abord que le jour, puis il se décide à pénétrer la nuit. Le malade trouve ouvertes des portes qu'il avait fermées la veille, les verroux ne sont pas poussés comme d'habitude. Dès lors, il ne dort plus ; il écoute les craquements de l'escalier ; il croit pouvoir préciser aussi les heures d'arrivée et de départ de M. H... Une nuit, il lui semble apercevoir une lueur et s'écrie étonné : « Tiens, du feu » ; le lendemain, dans la rue, croisant M. H..., il entendit celui-ci demander à son compagnon : « Voulez-vous du feu ? », allusion aussi évidente que narquoise à la scène de la veille. Le délire s'étend peu à peu à tout l'entourage ; la demoiselle de magasin et le domestique sont « des complices rétribués » ; celui-ci, à l'heure matinale où l'amant quitte la maison, choisit ce moment précis pour scier du bois, afin d'étouffer le bruit de ses pas. Le délire devient également rétrospectif ; le malade reprend ses carnets, les complète par ses souvenirs ; il comprend aujourd'hui bien des faits dont le sens lui avait échappé ; il arrive, par des rapprochements de date, à conclure que ses enfants ne sont pas de lui. Ses réactions deviennent de plus en plus violentes : il barricade les portes de sa maison ; il adresse des plaintes au commissaire de police ; il injurie et menace M. H... ; il accumule dans des cachettes un véritable arsenal. Un jour, exaspéré, il se précipite sur sa femme, et l'aurait étranglée, sans l'arrivée des voisins. M. T... est alors interné.

A l'Asile, il se montre plus calme, mais la conviction en

©BIUM

la réalité du délire reste absolue. Il n'y a pas le moindre affaiblissement intellectuel. Le malade a soin de s'exprimer et d'écrire avec une correction, une logique et une clarté remarquables. Il sait se montrer réservé dans ses actes et ses paroles. Il écrit à la justice des lettres modérées, mais parfaitement argumentées ; il donne les détails les plus circonstanciés, les dates les plus précises, cite des noms de témoins, Il essaie d'intéresser la presse à son cas. Au cours d'une visite judiciaire, un magistrat est impressionné par la logique de son exposé, Au point de vue physique, nous constatons un syndrome diabétique (glycosurie, polydipsie, polyphagie), associé à une atrophie du foie et à des troubles d'insuffisance hépatique. Il s'agit d'une cirrhose alcoolique dont la relation avec le diabète, bien que certaine, ne peut être nettement précisée. Il existe enfin une cataracte double presque complète.

Cette observation nous a paru intéressante à un double point de vue : 1° étiologique ; 2° nosographique.

I) Au point de vue étiologique, elle montre clairement la genèse d'un délire et la valeur relative de ces deux facteurs : la prédisposition, les causes occasionnelles.

Le facteur prépondérant, capital, c'est l'hérédité, le terrain, la prédisposition paranoïaque. Le facteur occasionnel, c'est l'alcoolisme qui a agi en favorisant les erreurs de jugement par l'affaiblissement de l'autocritique ; et surtout en orientant les conceptions délirantes vers les idées de jalousie, apparues au cours des accès subaigus. Le diabète, conséquence à peu près certaine de l'alcoolisme, est venu accélérer l'extension du délire et le renforcer dans sa forme première en augmentant la méfiance du malade par la cataracte et en surexcitant sa jalousie par l'impuissance.

L'étiologie de ce délire comprend donc un élément fondement : la prédisposition paranoïaque, qui aurait pu rester quasi-latente, et un élément occasionnel : l'alcoolisme, qui a mis en jeu cette prédisposition et lui a fourni sa formule : la jalousie, alimentée encore par des complications secondaires.

II) Au point de vue nosographique, cette observation

©BIUM

pose le problème du diagnostic entre le Délire d'Interprétation idéopathique et un Délire d'Interprétation symptomatique : le Délire de jalousie alcoolique qui est, on le sait, basé surtout sur des interprétations. S'agit-il ici d'un Délire alcoolique ? Nous estimons qu'on peut répondre : Non. On ne retrouve aucun des caractères propres, indiqués par Sérieux et Capgras ; des interprétations jalouses alcooliques. Celles-ci, en effet, gardent le stigmate de l'affaiblissement intellectuel ou du désordre psychique qui les conditionne : elles sont absurdes, énormes, le plus souvent obscènes; elles manquent totalement de systématisation. « Enfin le délire jaloux alcoolique n'a pas une marche continue et progresse par accès paroxystiques liés aux abus de boisson. » Pour Rogues de Fursac, « les cas de soi-disant délires alcooliques qui deviennent chroniques ne sont que des erreurs de diagnostic ».

Nous avons donc à faire à un Délire d'Interprétation idéopathique. Tous les caractères classiques de cette forme nosologique se rencontrent dans notre observation : l'absence de tout affaiblissement intellectuel, la prolifération des interprétations, la richesse en éléments objectifs, la systématisation de plus en plus précise, l'extension du délire, la rétrospectivité, la dialectique, la vraisemblance pouvant entraîner la conviction.

On peut, dès lors, mesurer à sa juste valeur le rôle de l'alcoolisme : il a seulement déclenché le délire en provoquant un accès subaigu de jalousie alcoolique ; mais le terrain étant éminemment propice, l'idée délirante, ainsi semée, a germé. En somme, l'éclosion et le développement de ce Délire d'Interprétation peuvent se comparer au processus d'un Délire systématisé postonirique.

M. Capgras. — L'observation communiquée par M. Abély met en relief un facteur du Délire d'Interprétation qui nous échappe d'ordinaire. Il est certain que le caractère paranoïaque a toujours le rôle étiologique fondamental. Cependant on peut se demander si l'alcoolisme surajouté agit uniquement comme cause occasionnelle à la faveur d'un onirisme qui oriente le

©BIUM

malade vers les idées de jalousie. L'intoxication chronique n'aurait-elle pas en outre une influence directe sur la constitution elle-même, dont elle aggraverait les tendances en exaltant l'hyperesthésie affective d'une part, en desserrant le frein de l'auto-critique, d'autre part ? De même qu'on cite des cas de dégénérescence acquise, on rencontre des exemples de transformation du caractère par une intoxication prolongée ou même par un ébranlement unique mais violent. J'ai publié, avec Bessière, le Délire de persécution hypocondriaque d'un soldat territorial qui, à la suite d'une commotion, devint un interprétateur des plus nets, alors qu'auparavant il se faisait remarquer par son bon sens et sa bonhomie.

La coexistence du diabète n'est pas non plus un fait négligeable. Comme l'alcoolisme, il incline aux idées de jalousie et parfois il suscite de nombreuses interprétations d'ordre génital. J'ai observé en 1910, à Ville-Evrard, une femme de quarante ans, diabétique héréditaire, qui élabora un délire de persécution érotique essentiellement constitué par l'analyse comparée des soupirs, des spasmes et des sensations voluptueuses, de leur intensité et de leur localisation. Méconnaissant sa frigidité, elle accusait son mari, non seulement de la tromper, mais surtout de ne plus savoir pratiquer une intromission complète de tous les organes ; elle l'obligeait à multiplier et à varier les expériences qu'elle dénaturait ensuite. Tous les malaises qu'elle éprouvait, céphalée, gastralgie, prurit, herpès, provenaient, à son sens, de l'insuffisance de l'acte vénérien et se modifiaient suivant que l'éréthisme portait sur le clitoris, sur les petites lèvres ou sur le vagin. Elle avait imaginé un symbolisme caractéristique : voyait-elle un papier bleu, c'était une allusion au gland ; un papier rouge, allusion au clitoris. Le régime et la diminution de la glycosurie amendèrent des troubles mentaux qui duraient depuis plus de trois ans. Honteuse ensuite d'avoir révélé des détails trop intimes, elle devint réticente, tout en gardant ses convictions.

©BIUM

Un cas de mort subite chez un aliéné. Pneumonie. Lésions des capsules surrénales. — MM. BEAUDOIN et DUBOURDIEU attribuent la mort subite à une insuffisance surrénale aiguë.

Note sur le traitement de la Paralysie générale par le Néo-Salvarsan. MM. QUERCY et ROGER. — Les résultats observés ont été les suivants : Persistance des signes physiques et psychiques, amélioration de l'état général. Irréductibilité du Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Dans quatre cas sur sept, retour rapide de la lymphocytose à la normale et prompte réapparition de la lymphocytose après la cessation du traitement.

Psychothérapie : Applications diverses. — M. le Professeur CHAVIGNY (de Strasbourg) préconise l'emploi de la psychothérapie en médecine générale. Il en a retiré de bons effets dans des cas d'anorexie, de dyspepsie. Il a pu faire disparaître des troubles moteurs, des contractures, etc., etc.

Note sur l'emploi du gardénal dans l'épilepsie. — MM. QUERCY et SIZARET confirment les résultats obtenus par MM. Raffegeau, Maillard, etc.

Conception générale de la psychose maniaque dépressive. — D'après M. STAROBINSKI, la psychose périodique est constituée par :

1° La constitution psychasthénique, le terrain sensible, émotif qui favorise les oscillations du niveau mental sous l'influence des événements variés.

2° L'auto-suggestion du malade qui prévoit et craint le retour de la phase dépressive. Ces deux facteurs apparaissent nettement dans les cas frustes qu'on rencontre fréquemment dans les cliniques psychothérapiques.

3° La création des automatismes qui se déclenchent rythmiquement sous l'influence des facteurs déterminés (1).

La séance est levée à 6 h 30.

Le Secrétaire des séances,
René CHARPENTIER.

(1) La place nous manque pour publier ces différentes études qui paraîtront ultérieurement dans le corps du journal.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Leçons Cliniques et Thérapeutiques sur les maladies des femmes, par le Dr Paul DALCHÉ, médecin de l'Hôtel-Dieu (Paris, 1921, 1 vol., 380 pages. Vigot frères, édit.).

Ce gros volume de Gynécologie médicale représente la substance de l'enseignement du très distingué spécialiste qu'est le Dr Dalché. La première partie, intitulée « Maladies des Femmes et Troubles nerveux », intéresse plus directement notre spécialité. L'influence si fréquente des affections du système nerveux sur l'appareil sexuel est évidente autant que l'influence de certaines affections de l'appareil génital sur l'état nerveux des malades : il en résulte parfois des états complexes dans lesquels il est difficile d'attribuer à chaque élément la part qui lui est due. Les influences les plus fréquentes sont celles qu'exercent la suggestion hystérique, pithiatique, les troubles réflexes, la neurasthénie, la névrose d'angoisse, les psychoses diverses, l'épilepsie, le goître exophtalmique et les affections organiques diverses du système nerveux. Dans un très intéressant chapitre consacré à la névrose d'angoisse, M. Dalché distingue la névrose d'angoisse primitive des angoisses-symptômes dans lesquelles le phénomène, cantonné dans des réactions très localisées, somatiques et viscérales, ne s'accompagne pas d'anxiété ni d'un trouble psychique quelconque. Et l'on doit se garder de confondre les accidents génitaux uniquement produits par la psychonévrose avec une affection réelle de l'utérus devenant cause de l'angoisse-symptôme.

L'action des glandes endocrines, des diverses causes prédisposantes et provocatrices est ensuite passée en revue par M. Dalché qui discute la théorie de Freud, l'influence de l'insatisfaction et des préoccupations génésiques, des obsessions, de la puberté, de la grossesse et de la ménopause.

Les *accidents génitaux par troubles nerveux* sont ensuite étudiées en détail et parmi eux la dysménorrhée, les douleurs intermenstruelles, l'hypéresthésie, l'anesthésie, la frigi-

©BIUM

dité, les phénomènes congestifs, les métrorragies, l'aménorrhée si fréquente au cours des psychoses, la leucorrhée, l'hydrorrhée, les spasmes. Pour terminer ce chapitre, l'auteur étudie l'influence de l'âge, les rapports de la ménopause et des états d'angoisse, les pseudo-organopathies.

Vient ensuite l'étude des *troubles nerveux d'origine médicale*. Ces troubles sont extrêmement nombreux et variés ; les fonctions utéro-ovariennes jouent un tel rôle dans l'organisme et dans l'esprit de la femme que la moindre perturbation devient capable de retentir au loin. Les céphalées sont très fréquentes : céphalées menstruelles ou permanentes, céphalées hypophyso-génitales sur lesquelles l'auteur avait déjà insisté antérieurement, syndrome de fausse tumeur cérébrale, céphalée pubérale, céphalée de croissance, céphalée de la ménopause. Fréquents aussi sont la rachialgie, les douleurs lombaires, les névralgies diverses, les poussées fluxionnaires des centres nerveux, corollaires de troubles de la menstruation. On peut rencontrer des névroses telles que l'épilepsie menstruelle : Il faut s'arrêter à cette intéressante et nouvelle conception du *morbus sacer*. M. Dalché estime qu'il existe des épilepsies d'origine pluriglandulaire pour lesquelles le corps jaune et la menstruation jouent le plus grand rôle ; il en cite un certain nombre d'exemples cliniques. Cette épilepsie mentruelle peut se manifester soit par de grandes attaques, soit par des équivalents. Si la vie génitale de la femme n'est pas une cause d'hystérie comme le croyaient les auteurs anciens, ses troubles ont cependant une influence sur l'apparition des accidents pithiatiques. La neurasthénie génitale est bien connue et sa fréquence est grande après la ménopause chirurgicale ou radiothérapique. L'auteur signale encore la tétanie, l'acroparesthésie, la maladie de Raynaud et, en passant, les psychoses de la ménopause. L'angine de poitrine, les troubles digestifs, la cystalgie, terminent ce minutieux exposé.

Un chapitre d'hygiène et de thérapeutique termine cette première partie de l'ouvrage.

Dans une deuxième partie, M. Dalché étudie les *glandes endocrines*, leurs sécrétions, leurs troubles, les syndromes pluriglandulaires et leurs manifestations cliniques, la puberté. Il termine par des considérations thérapeutiques et les indications du traitement opothérapique en particulier dans l'insuffisance ovarienne, l'instabilité ovarienne, l'hyperovarie, les syndromes pluriglandulaires à type myxœdémateux ou basedowiforme, la chlorose, l'obésité, la maladie de Dercum, l'acromégalie, la sclérodermie, l'ostéomalacie, les

©BIUM

rhumatismes chroniques, le diabète, les états névropathiques ou psychopathiques, etc.

La troisième partie de cet important traité est consacrée à la *médication hémostatique* : ergotine, émétine, hypophyse, sérums sanguins.

La quatrième partie a trait aux *troubles gastriques de la puberté* parmi lesquels l'auteur décrit l'anorexie hystérique et l'anorexie mentale.

Dans un dernier chapitre d'*hydrothérapie et gynécologie médicale*, M. Dalché nous fait profiter des résultats de sa longue expérience et décrit avec beaucoup de soin les pratiques thérapeutiques qui lui ont donné les meilleurs résultats, en indiquant les raisons de leur action.

Tel est ce livre, riche de faits et riche d'idées, qui sous le titre trop modeste de leçons cliniques et thérapeutiques est un véritable traité très complet, très clair, très didactique et très agréable à lire de Gynécologie médicale.

René CHARPENTIER.

Syphilis. — Tome 1, Généralités et Syphilis de l'adulte. — Par MM. CLÉMENT-SIMON, ROSTAINE, BELLIN, MIRANDE, FAVRE, BABONNEIX et J. DU CASTEL. — (in *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* publié sous la direction de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. — Maloine et fils, édit., Paris 1921), 600 pages.

Dans ce premier volume sont réunies toutes les notions actuelles concernant la syphilis en général et la syphilis de l'adulte en particulier. Après une excellente exposition, par M. Clément-Simon, des notions de *pathologie générale, de thérapeutique et de prophylaxie* concernant cette maladie dont des travaux récents ont, à la fois, élargi considérablement la pathologie et heureusement renouvelé et enrichi la thérapeutique, les *localisations viscérales et périphériques* de la syphilis sont étudiées successivement dans des articles très cliniques illustrés de photogravures très didactiques.

C'est ainsi que sont présentées successivement, par M. Clément-Simon, les manifestations syphilitiques de la peau, des muqueuses et des ganglions ; par M. Rostaine, la syphilis des os, des articulations et des muscles, de l'appareil circulatoire, du rein et des organes génitaux ; par M. Bellin, les accidents spécifiques du naso-pharynx et du larynx ; par M. Mirande, la syphilis de l'appareil respiratoire et du médiastin ; par M. Favre, la syphilis de l'appareil digestif et de ses annexes.

©BIUM

Si toutes les manifestations de l'infection syphilitique intéressent au même titre nos lecteurs habitués à les rechercher toujours et à les trouver souvent, rétrospectives ou actuelles, une place spéciale doit cependant être faite dans ce journal à ce qui concerne la *syphilis nerveuse*. C'est M. Babonneix qui a traité avec la compétence que l'on sait cet important chapitre. Il établit en commençant que la distinction entre syphilis et parasyphilis nerveuse doit être maintenue mais ne doit pas tracer entre elles de démarcation infranchissable ; que, causées par certains virus neurotropes, elles frappent presque exclusivement des sujets chez lesquels, accidents primaires et secondaires ont été si légers que, parfois, ils ont passé inaperçus ; que la plupart reconnaissent, à leur origine, un processus localisé aux méninges molles et à leurs vaisseaux ; que le domaine de la syphilis nerveuse est infiniment plus étendu qu'on ne l'avait cru ; enfin, qu'en présence d'un syndrome nerveux ou mental mal défini que rien ne permet de rattacher aux influences habituelles (tuberculose, traumatismes, tumeurs, pour les premiers ; dégénérescence, infections, intoxications pour les seconds), c'est un devoir strict que d'essayer le traitement spécifique.

M. Babonneix, après l'étude anatomique et biologique de la lepto-méningo-vascularite, expose, en l'éclairant d'excellentes photogravures de coupes histologiques, la symptomatologie des syndromes méningo-encéphalitiques et méningo-médullaires, leur diagnostic, les réactions biologiques dans la syphilis nerveuse et le traitement de ces manifestations. Il estime que doivent être attribués à la syphilis bien des troubles psychiques qui, à l'heure actuelle, en sont considérés comme tout à fait indépendants : certaines démences séniles, athéromateuses, précoces, certains états mélancoliques, certains cas indûment étiquetés alcoolisme chronique.

M. Babonneix termine ce substantiel et très clair exposé par l'étude du tabes dorsualis. La paralysie générale, déjà traitée dans le deuxième volume de Psychiatrie du même traité ne figure pas dans ce volume, dont les dernières pages sont consacrées aux affections vénériennes non syphilitiques et non blennorrhagiques, décrites par M. du Castel.

Le deuxième volume sera consacré à l'hérédo-syphilis, à la syphilis de l'enfance et à la syphilis héréditaire tardive.

René CHARPENTIER.

©BIUM

NEUROLOGIE

La Phényléthylmalonylurée (*Gardénal, Luminal*) **dans le traitement de l'Epilepsie**, par le Dr Gaston BERGÈS (Th. Paris, 1921, Danzig, édit., 152 pages).

Inspiré par M. Maillard et basé sur 75 observations dont 45 ont été prises dans son service de Bicêtre, ce travail est une très importante contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le gardénal. Ce procédé thérapeutique, très en faveur aujourd'hui, est une arme remarquable contre le terrible mal, et les conclusions de M. Bergès viennent encore confirmer et préciser les excellents résultats obtenus par MM. Raffegeau, Babinski, Claude, Barré, Clovis Vincent et Maillard.

Le pouvoir antispasmodique du gardénal est manifeste et les crises convulsives, écrit M. Bergès, sont d'autant plus vite jugulées qu'elles sont plus franches et plus nombreuses. Sur le « petit mal » et sur les troubles psychiques liés ou non à l'accès, les résultats, incontestables, sont moins immédiats. L'état mental (bradypsychie, amnésie, troubles du caractère) est le plus souvent heureusement transformé ; l'état général est amélioré ; l'aptitude au travail augmente.

Les doses thérapeutiques (0,20 à 0,30 ou 0,40 centigr. par 24 heures) sont sans inconvénient : des éruptions bénignes et rares constituent la seule manifestation cutanée. La somnolence et les phénomènes d'excitation, observés en général au début du traitement, ne nuisent pas à l'action antiépileptique, sont sans gravité et cèdent habituellement spontanément sans suspension du médicament. Il ne se produit ni accoutumance, ni accumulation.

Les contre-indications restent limitées aux lésions graves du cœur ou du rein.

La diminution des doses initiales n'est possible qu'après plusieurs mois ou plusieurs années de traitement suivant les cas.

Les résultats obtenus par MM. Maillard et Bergès sont vraiment remarquables : ils n'ont encore jamais constaté l'échec du gardénal dans le traitement de l'épilepsie et enregistrent 75 0/0 de succès francs.

Ceci explique, sans peut-être la justifier totalement, la sévérité de M. Bergès à l'égard des autres traitements dont certains, en particulier la méthode de Richet et Toulouse, à condition qu'elle soit bien maniée, ont rendu et rendront probablement encore de très appréciables services aux malades.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Sympathique et glandes endocrines, par MM. P. LEREBOULLET, HARVIER, GUILLAUME et CARRION (in *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix. Maloine, édit., Paris, 1921).

Ce beau traité, véritable encyclopédie médicale, vient encore de s'enrichir d'un nouveau volume consacré à cette branche si neuve et si féconde de la médecine qu'est la pathologie du sympathique et des *glandes endocrines*.

M. P. Lereboullet met en lumière l'action bien établie de certaines glandes dans la production de maladies définies, et l'action plus complexe de glandes endocrines s'exerçant sur d'autres glandes. Il cite, enfin, les cas dans lesquels plusieurs de ces glandes sont simultanément frappées, entraînant des syndromes pluriglandulaires d'expression clinique variable, et note la place qui doit être faite dans beaucoup de ces cas au rôle du système nerveux sympathique. Cette introduction se termine par des notions de thérapeutique générale des maladies des glandes endocrines.

M. Harvier expose ensuite la pathologie de chacune de ces glandes: thyroïde, parathyroïde, thymus, surrénale, hypophyse, épiphyse, testicule, ovaire et glande mammaire. Mais ces glandes sont unies les unes aux autres par des relations fonctionnelles de synergie, d'antagonisme ou de suppléance telles que la lésion d'une seule entraîne des modifications de plusieurs autres et M. Harvier donne une classification des syndromes pluriglandulaires basée sur la prédominance d'un trouble uniglandulaire, l'association de deux syndromes cliniquement uniglandulaires ou l'association de plusieurs syndromes sans prédominance marquée. En montrant les indications thérapeutiques propres à chaque cas, il permet au médecin de ne laisser échapper aucune occasion d'agir utilement dans les cas si nombreux de pathologie endocrinienne.

M. Guillaume, sous le titre d'introduction anatomo-physiologique à l'étude du système nerveux de la vie organique, définit ce qu'est le *système sympathique* et étudie successivement la cellule neuro-organique et le neurone-organique, l'arc moteur organique, l'arc sensitif organique, les centres organiques, les voies extra-axiales de la vie organique, les ganglions du système nerveux organique. Il décrit ensuite les appareils organiques provenant du tronc cérébral, les appareils organiques provenant de la moelle, les systèmes viscéraux locaux, et l'ensemble physiologique des appareils nerveux de la vie organique. M. Guillaume montre que leur

©BIUM

opposition physiologique permet au point de vue des innervations de distinguer les deux systèmes parasympathique (appareil cranio-pelvien), et sympathique (appareil thoracolombaire). Cette opposition devient encore plus évidente par l'étude pharmacologique de ces systèmes, en particulier par l'étude de l'action des hormones : les sécrétions internes de la thyroïde et de l'hypophyse étant partiellement hypersympathicotonique, les sécrétions internes du cortex surrénal et du pancréas étant, au contraire, hyperparasympathicotoniques.

La *pathologie du grand sympathique* est traitée par M. Harvier qui étudie successivement le syndrome d'hyperexcitabilité du système nerveux végétatif, les réactions du système nerveux végétatif au cours de différents états morbides, les syndromes sympathiques dans leurs rapports avec les affections des glandes vasculaires sanguines ou syndromes endocrino-sympathiques, et les syndromes localisés du sympathique cervical, médiastinal, abdominal et périphérique.

M. Carrion expose les notions indispensables d'*opothérapie*. La base essentielle de l'opothérapie n'est autre que la notion de spécificité des organes; elle peut être ensisagée suivant les cas comme une méthode substitutive, stimulatrice ou symptomatique. M. Carrion décrit la préparation des produits opothérapiques, leur mode d'administration, leur posologie. Il indique les indications et les contre-indications générales de l'opothérapie, la technique du traitement et termine en passant en revue les principaux produits opothérapiques.

René CHARPENTIER.

PHILOSOPHIE

Le Problème de finalité et le Principe d'indifférence. — *Das Zweckmässigkeitsproblem und das Indifférenz princip*, par K. FRANKHAUSER (chez Heintz, Strasbourg, 1 volume in-octavo, 357 pages), 1920.

Cet important ouvrage constitue une réponse nouvelle à l'angoissante question du pourquoi et du comment, posée à la conscience humaine, depuis qu'elle existe, par la nature. Pour exposer avec plus de clarté la solution apportée par l'auteur, je m'efforcerai d'abord d'esquisser sa pensée et résumerai ensuite chacune des étapes qu'elle franchit dans son livre avant de se formuler.

©BIUM

A. Le problème de finalité est le problème fondamental de toute philosophie. L'attitude que le philosophe prend vis-à-vis de lui est caractéristique de ses tendances, et selon ce qu'elles sont, il cherche les conditions de cette finalité dans la nature ou en dehors d'elle. Les philosophes qui recherchent les causes de la finalité en dehors de la nature admettent, selon le modèle de la philosophie de Platon, qu'il existe comme archetype de toutes ces tendances un être en dehors de la nature agissant directement, dans un but final. De cette manière, ils ne se rapprochent pas d'un pas de la solution du problème, car ils se bornent à substituer aux causes finales un être agissant en vue d'un but final, mais placé dans un lointain nébuleux et demeurant aussi mystérieux que cette finalité primitive qu'il doit expliquer.

Le premier qui tenta la solution du problème, en ne se plaçant que sur le terrain des sciences naturelles, fut Empedocle d'Agrigente. Il expliqua l'existence d'organismes ayant une finalité par le fait que la nature forme des organismes indifférents, mais élimine ceux qui sont incapables d'atteindre à cette finalité. A la fin du compte, seuls survivent ceux qui sont doués de cette capacité.

Et c'est une nécessité logique qu'un tout tendant à la finalité résulte forcément du concours de la conservation des produits, conformes à un but (c'est-à-dire doués de finalité) et de l'élimination des produits ne présentant pas cette conformité (c'est-à-dire non doués de finalité).

Cette base théorique a été reprise par Darwin, et c'est à son évidence que le Darwinisme doit son succès sans précédent.

Si ce principe logique cause des erreurs, cela ne peut être que par suite de son application, mais cela ne peut tenir au principe lui-même. Des erreurs ne peuvent se produire que dans la façon par laquelle ce qui manque de finalité est évincé. C'est le moyen d'application du principe qui est erroné, ce n'est pas le principe lui-même.

Selon Darwin, c'est la lutte pour la vie qui produit la sélection. Il part des données suivantes : 1° que les modifications fortuites sont héréditaires ; 2° que ces modifications fortuites ont une valeur de sélection ; 3° que le nombre des individus est assez grand pour que toutes les combinaisons du hasard puissent se réaliser. Mais ces trois hypothèses sont généralement reconnues aujourd'hui comme étant des erreurs fondamentales. C'est là la raison pour laquelle, dans les derniers temps, beaucoup de gens se sont détournés du Darwinisme, et le principe d'Empédocle reste

©BIUM

irréfuté et irréfutable, car c'est un principe purement logique. Les adversaires de Darwin ont seulement apporté la preuve qu'il s'est trompé quand au problème du milieu.

Quiconque, sans y être habitué, s'est déjà livré à des travaux de jardinage, sait que la paume de la main ne tarde pas à lui faire mal, qu'il se forme une rougeur et une enflure qui l'empêche de continuer. Mais de ces rougeurs et de ces enflures naissent précisément avec le temps des callosités qui sont une protection efficace permettant au sujet de travailler régulièrement sans s'exposer à de nouveaux dommages. Les forces nuisibles, agissant contrairement à la finalité, se sont donc opposées à elles-mêmes un rempart et se sont évincées elles-mêmes par leur propre action. Ce processus est général dans la nature ; les forces agissant contrairement à la finalité s'excluent par leurs propres effets.

Cependant, les effets contraires à la finalité ne peuvent être entièrement éliminés de cette manière. Bien que d'abord minimes, les effets contraires à la finalité s'accumulent et forment contrepoids aux effets de finalité, si bien que nous en revenons au principe d'indifférence.

C'est pour cela que tous les organismes sont voués à la mort, et c'est là l'explication la plus simple, qui est aussi l'unique du vieux problème. Les effets produits par la nature sont généralement indifférents. Les effets les plus nuisibles ne peuvent être éliminés que pendant un certain temps. Après une série d'effets heureux viennent les effets malheureux, et il en résulte la destruction de toute vie individuelle. C'est là, l'essence du problème d'indifférence déjà pressentie par Anaximandre. Telle est la pensée fondamentale du livre.

B. Le livre lui-même se divise en 7 chapitres.

Le premier chapitre (historique) caractérise la position que prennent les diverses tendances philosophiques à l'égard du problème de finalité.

Dans le deuxième chapitre (problème de causalité), le concept causalité de Kant et de Schopenhauer est critiqué, et celui de Newton est exposé comme étant le seul jutifié. La preuve y est fournie qu'il n'y a pas de causalité psychique et que, par conséquent, l'effet de force métaphysique sur le monde physique est impossible.

Dans le troisième chapitre (problème de réalité), l'auteur démontre que tous les concepts métaphysiques contiennent un élément empirique et par conséquent ne sont pas du tout métaphysiques. Cela est vrai surtout de la philoso-

©BIUM

phie de Kant, dont le « Ding an sich » = « la chose en soi » est un véritable nœud gordien de contradictions.

Dans le quatrième chapitre (problème d'évolution), le principe de Lamark de l'effet direct et le principe de l'exclusion directe des forces nuisibles par leurs effets sont illustrés à l'aide de l'embryogénie et de la phyllogénie.

Le cinquième chapitre (problème de sexualité) explique comment l'imperfection inévitable des organismes, résultant du hasard des unions sexuelles, est compensée par le mélange de ces organismes ou de leurs germes.

Le sixième chapitre (problème d'hérédité). L'hérédité n'a pas besoin, pour être expliquée, de spéculations métaphysiques. Elle résulte de ce fait que toutes les cellules du corps contiennent et secrètent des unités spécifiques, de nature chimique, des énergons qui pénètrent dans les germes sexuels et qui, en devenant actifs successivement aux différents stades du développement, forment l'élément actif et moteur.

L'excitation originelle est de cette manière remplacée par l'excitation des énergons. Cette théorie, fait remarquer l'auteur, s'inspire de Buffon, dont les mérites, sous ce rapport n'ont guère été reconnus jusqu'ici, tandis que la théorie des germes de Darwin, bien que jugée inexacte, est universellement connue.

Le septième chapitre (concept de finalité et principe d'indifférence) est le dernier. Les résultats acquis y sont résumés. Le lecteur, en outre, est rendu attentif aux formations indifférentes que l'on rencontre partout dans la nature, et dont la présence dans un mécanisme dû au hasard ne saurait étonner, tandis que dans le système de Darwin, le moindre objet doit avoir une fin pour cause, ce qui ne conduit qu'à des théories ridicules, dit l'auteur.

De même, l'instinct et la volonté ne sont pas des produits de la lutte pour la vie. Ce sont des mécanismes centraux produits par des exclusions directes, et qui se réalisent de façon consciente ou inconsciente. Le sentiment ne fait qu'accompagner le jeu de ce mécanisme, mais n'a pas à son égard une relation de cause à effet.

Le principe d'indifférence est le seul principe philosophique qui puisse expliquer toutes les situations de l'univers. Le bien et le mal, la finalité et la non-finalité, la croissance et la décroissance, le développement et la dégénérescence, la vie et la mort apparaissent, selon lui, comme allant de soi, malgré leur contradiction interne. Les systèmes idéalistes et optimistes ne considèrent qu'un des

©BIUM

côtés de la vie, tandis que les systèmes réalistes et pessimistes n'en voient que l'autre. Le système de l'indifférence embrasse les deux aspects.

Tel est le résumé de ces savantes spéculations. Leur écriture se ressent de la chaleur naturelle à toute conviction sincère et sans laquelle celle-ci ne saurait captiver le lecteur. Dans la critique des systèmes adverses, l'analyste n'hésite jamais à exprimer vigoureusement sa pensée, soit qu'il dispense le blâme, lisez les paragraphes sévères sur Platon, soit qu'il distribue les compliments, voyez les passages élogieux sur Buffon.

En réalité, c'est dans un esprit de haute impartialité que l'ouvrage a été conçu. La preuve en apparaît dès la première page, où l'auteur, en se nommant, a eu soin de taire son titre de docteur en médecine. Elle se dégage aussi de l'impression générale que l'on éprouve en fermant le volume.

Ce livre a été rédigé en Alsace pendant la guerre, à l'époque même où Guilleminot à Paris publiait le sien sur les *Nouveaux horizons de la Science*. Tous les deux traitent le même sujet. Ils ont leur place à côté l'un de l'autre sur le rayon consacré à la philosophie contemporaine de toute bibliothèque.

Paul COURBON.

PSYCHIATRIE

Psychiatrie. Tome II, par MM. COLIN, DEMAY, LEGRAIN, BARBÉ, DENY, PACTET, TRUELLE, BRISSOT, BONHOMME, CHARON et VALLON (in *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix. Maloine, édit., Paris 1921).

Dans le numéro de janvier des *Annales*, nous avons rendu compte du premier volume consacré à la Psychiatrie dans l'excellent traité de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Ce deuxième volume ne le cède en rien au premier. Dans un premier chapitre, l'importante question des *Aliénés Criminels* est exposée par M. Colin, tout désigné par ses travaux antérieurs et sa grande compétence spéciale, en collaboration avec son élève Demay. Envisageant d'abord les anormaux à perversions instinctives, ces auteurs, dans un saisissant tableau clinique, les montrent aux différents âges de la vie avec les réactions qui leur sont propres, leur inadaptabilité au milieu social, la multiplicité des interne-

©BIUM

ments alternant avec la multiplicité des condamnations, leur peu de résistance à l'alcool, leur tendance aux délits intentionnels et à la simulation. Etudiant ensuite les aliénés criminels proprement dits, aliénés à réactions dangereuses, MM. Colin et Demay passent en revue les caractères de ces réactions au cours des différentes psychoses. Ils insistent, une fois de plus, sur les lacunes très regrettables de notre législation en matière d'assistance aux aliénés criminels, envisagent les divers systèmes proposés ou adoptés hors de France, et donnent leur préférence au système anglais de Broadmoor, perfectionné aux Etats-Unis dans les Asiles de Matteawan et Dannemora. Ils terminent enfin cette étude dont on appréciera la clarté et le caractère pratique par l'exposé d'un projet de loi destiné à remédier aux insuffisances signalées. Il faut remercier le Dr Colin d'avoir ainsi résumé en quarante pages le résultat de toute une vie de travaux et l'expérience acquise dans les services spéciaux, créés et organisés par lui, de Gaillon et de Villejuif.

L'étude des *Intoxications endogènes* (psychoses toxi-infectieuses, auto-intoxications) est faite par M. Legrain. Avec l'autorité que lui confèrent ses très nombreux et très intéressants travaux sur les psychoses toxiques, M. Legrain, après avoir exposé l'historique de la question, indique les caractères généraux des toxi-infections et des délires toxiques et décrit successivement : le syndrome cérébral toxi-infectieux (psychose toxi-infectieuse), état généralement aigu ; le syndrome cérébral par auto-intoxication, état généralement chronique ; le syndrome cérébral par intoxication endocrinienne, passant en revue dans chacune de ces catégories les diverses maladies infectieuses, autotoxiques ou endocriniennes. L'auteur insiste, en terminant, sur l'intérêt qu'il y a, en présence d'un épisode toxique le plus souvent de courte durée, à éviter au malade l'internement, pratique qu'il ne faut pas non plus appliquer aveuglément et systématiquement à tous les cas. Tergiverser pourrait parfois être fatal à certains malades qui, faute de soins appropriés, risqueraient des séquelles démentielles, irrémédiables. C'est pour ces malades, en particulier, que le besoin de services pour psychoses aiguës se fait le plus vivement sentir.

Après une étude historique et critique de la *Dégénérescence,* M. Barbé décrit successivement l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale. Puis, sous le titre de syndromes épisodiques, il étudie, chez les déséquilibrés ou dégénérés supérieurs, les diverses anomalies de l'intelligence, du sens moral et du caractère, de l'émotivité et de la volonté (obses-

©BIUM

sions, aboulies, impulsions, anomalies, aberrations et perversion sexuelles). Il termine cet exposé très complet des dégénérescences par un chapitre sur les manifestations polymorphes des dégénérés au cours duquel il passe en revue sous ce nom: l'exaltation cérébrale ou excitation maniaque, la dépression mélancolique et mélancolie, la confusion mentale, les délires d'emblée et les délires systématisés chroniques.

Nul ne pouvait mieux exposer que M. Deny la conception actuelle de la *Démence précoce*. Après l'avoir fait connaître en France, il lui a consacré de nombreuses études. Ses travaux et ceux de ses élèves ont grandement contribué à la mise au point de la question. Après un bref exposé des principales théories émises sur la situation nosologique de cette affection, il conclut qu'il convient, au moins provisoirement, de conserver à la démence précoce son unité, et de l'envisager comme une affection autonome, suffisamment spécifiée par sa symptomatologie et son évolution. M. Deny a soin de préciser que le terme de « démence » doit être pris dans le sens large d'affaiblissement et non au sens étroit d'anéantissement des facultés, et que l'épithète de « précoce » implique que cette démence est prématurée et survient avant l'âge où se montre habituellement le déclin des facultés. L'auteur décrit ensuite avec beaucoup de précision et de finesse les symptômes psychiques ou physiques des différentes périodes et des différentes formes de l'affection. Il en conserve trois formes : démence précoce simple, démence hébéphréno-catatonique, démence paranoïde, cette dernière comprenant seulement les délires polymorphes des dégénérés à systématisation nulle ou seulement ébauchée qui évoluent rapidement vers un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés. L'incurabilité est la règle : M. Deny considère comme trop exceptionnels pour qu'on puisse porter un jugement à leur égard les faits de guérison qui ont été signalés. Par contre, il considère comme relativement fréquentes des pseudo-guérisons avec persistance d'un affaiblissement intellectuel compatible avec certaines occupations sociales. L'auteur expose ensuite les notions étiologiques, anatomo-pathologiques, pathogéniques et médico-légales. Il conclut que la démence précoce est une affection à la fois constitutionnelle, de par l'hérédité névro-psychopathique qui rend compte de la plus grande vulnérabilité de certains éléments du système nerveux, et accidentelle, de par l'intervention d'un facteur toxique ou infectieux variable suivant les cas.

©BIUM

Sous le nom de *Démence Organique*, M. Truelle, dans un article extrêmement didactique et clinique, étudie avec beaucoup de méthode et de clarté les cas ayant pour caractères communs l'apparition, à la suite de la production de lésions cérébrales en foyer, d'un affaiblissement intellectuel lacunaire, à marche généralement irrégulière, accompagné le plus souvent de troubles sensitivo-moteurs divers, indices de localisations lésionnelles. Après avoir signalé les cas d'intégrité psychique, exceptionnelle et le plus souvent momentanée, que l'on observe parfois après une hémorragie cérébrale, et étudié les ictus amnésiques, M. Truelle décrit la symptomatologie des syndromes lobaires : frontal ou plutôt préfrontal, pariétal, occipital, calleux. Il met bien en lumière les éléments psychologiques de l'affaiblissement intellectuel des déments par lésion circonscrite du cerveau, insistant ensuite avec précision sur la discussion des éléments du diagnostic différentiel. La démence par syphilis cérébrale et les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales font l'objet d'une étude spéciale.

La *Démence Sénile* et la démence de l'artériosclérose cérébrale, les psychoses de la vieillesse, sont également exposées par M. Truelle, qui étudie et discute la mélancolie présénile, le délire de préjudice présénile et les diverses conceptions de la presbyophrénie, assignant à cette dernière une place intermédiaire entre la démence sénile, d'une part, et la psychose polynévritique, d'autre part.

L'*Etat mental des Aphasiques* est décrit par M. Brissot, qui a déjà consacré à l'étude de cette question sa thèse inaugurale. Pour lui, si certains aphasiques sont, sans contredit, des amoindris psychiques, beaucoup d'autres conservent l'intégrité complète des fonctions intellectuelles ; d'autre part, il existe de véritables déments aphasiques. M. Brissot passe ensuite en revue les associations morbides et les divers états psychopathiques qui peuvent simuler l'aphasie.

La *Paralysie générale progressive* a été confiée à MM. Pactet et Bonhomme, qui lui ont consacré un long article de 75 pages, étudiant avec soin les divers symptômes de la maladie décrite il y a un siècle par l'aliéniste Bayle. A lire cet exposé si précis et si complet, on comprend mieux encore l'importance de cette découverte dont les aliénistes s'apprêtent à honorer l'an prochain le centenaire. Cet article, appelé à rendre de grands services aux médecins qui voudront se familiariser avec le diagnostic clinique de cette affection, est une remarquable mise au point de la question.

©BIUM

Les discussions passionnées de naguère n'ont plus désormais qu'un intérêt historique. Même les discussions étiologiques paraissent éteintes. MM. Pactet et Bonhomme résument ainsi leur opinion : il est certain que la syphilis se rencontre à l'origine de la méningo-encéphalite dans la presque généralité des cas : elle ne peut d'ailleurs à elle seule produire la paralysie générale, mais nécessite l'existence d'une cause irritative associée.

M. Charon a bien voulu se charger de la tâche d'exposer aux médecins aussi clairement et aussi brièvement que possible les notions qu'il est indispensable de connaître concernant l'*Internement des aliénés*. Destiné à rendre de grands services aux médecins praticiens en leur fournissant des renseignements que, très souvent, ils n'ont pas présents à l'esprit et qu'ils ne savent pas toujours où trouver, cet exposé a le grand mérite de condenser en des alinéas faciles à comprendre et méthodiquement classés des notions qu'un lecteur non familiarisé ne saurait dégager de textes législatifs touffus. Il se termine par un paragraphe d'une utilité incontestable dans lequel l'auteur envisageant brièvement la révision de la loi sur les aliénés, montre que parmi les attaques auxquelles cette loi est en butte, il faut négliger celles qui la méconnaissent, tout en s'attachant à combler les lacunes et les insuffisances qui tiennent à ce qu'elle date du 30 juin 1838.

Enfin, le volume se termine par un chapitre dans lequel M. Vallon a résumé tout ce que sa grande expérience d'aliéniste et de médecin légiste lui a montré être indispensable au médecin concernant l'*Expertise psychiatrique*. Il discute la question de la Responsabilité légale, concluant que lorsque l'inculpé n'était pas en état de démence (au sens de l'article 64 du Code pénal) au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché, il doit être déclaré responsable ; dans le cas contraire, il doit être déclaré irresponsable. Si, sans être atteint d'une maladie mentale caractérisée, il présente des anomalies psychiques, débilité, déséquilibration, etc., il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée. Telle est la conclusion de M. Vallon dont l'article se termine par des exemples de consultations médico-légales et de rapports médico-légaux.

Ce deuxième volume de Psychiatrie présente donc toutes les qualités du premier et l'ensemble constitue un précis de psychiatrie très complet dont le succès est assuré, tant auprès des médecins praticiens qui ne sauront s'en passer dans la pratique journalière qu'auprès des aliénistes qui ne

©BIUM

voudront pas se priver d'articles écrits par les meilleurs d'entre eux. Il faut louer sans réserves les directeurs du « Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée » pour le choix de leurs collaborateurs, la présentation de l'ouvrage, la conception clinique et pratique adoptée pour chaque article.

S'il était permis d'exprimer un vœu pour la prochaine édition qui ne saurait tarder très longtemps, ce serait le suivant. Peut-être l'ouvrage gagnerait-il encore en unité si une direction plus nette se sentait dans son plan général ? Tout en conservant l'éclectisme qui a prévalu dans l'exposé des doctrines et le choix de collaborateurs dont les opinions se juxtaposent sans se ressembler, il serait possible d'éviter des contradictions apparentes. Il serait plus logique, par exemple, de confier au même auteur l'exposé de la manie, de la mélancolie et de la psychose périodique, de ne pas décrire les obsessions à la fois dans le premier volume avec la psychasténie, et dans le deuxième sous forme de syndromes épisodiques, ou, tout au moins, de confier ce double exposé au même collaborateur. Ces répétitions ont le double inconvénient de comporter suivant le point de vue adopté des différences assez sensibles et d'étonner dans un traité où l'on est surpris de ne pas trouver un gros chapitre sur les exo-intoxications. J'aperçois bien que nous n'y perdrons rien et que cet important sujet sera traité dans un autre volume ; il n'en reste pas moins que les deux volumes de psychiatrie renferment une étude des intoxications endogènes et sont muets sur l'alcoolisme.

Pour l'aliéniste, habitué à se diriger facilement parmi les diverses conceptions passées ou présentes, cet inconvénient n'existe pas ; il a vite fait de reconnaître les faits cliniques dans le cadre où l'auteur les situe : l'habit ne fait pas le moine. Le médecin praticien pourrait se trouver, par endroits, un peu plus gêné. Mais que cette modeste réserve pèse peu auprès des mérites très considérables d'un tel ouvrage. On s'étonne d'avoir osé la faire.

René CHARPENTIER.

Examen des aliénés. — Nouvelles méthodes biologiques et cliniques. — Par le Dr André BARBÉ. — Préface de M. le Dr Séglas. (1 vol. 178 pages ; Masson et Cie, édit., Paris 1921).

Ainsi que le fait observer M. Séglas dans la préface qu'il a bien voulu écrire et qui constitue une remarquable intro-

©BIUM

duction au livre de M. André Barbé, l'étude psychologique nécessaire des psychopathes est par elle-même insuffisante. Et M. André Barbé a réuni dans un livre excellent les procédés d'exploration d'acquisition relativement récente dont le psychiatre, pas plus que tout autre médecin, ne saurait actuellement se passer pour examiner complètement ses malades et préciser son diagnostic.

Un premier chapitre est consacré à l'*exploration clinique* et objective du système nerveux. Après avoir passé en revue les divers procédés d'examen des fonctions intellectuelles : interrogatoire, psychoanalyse, réflexe psycho-galvanique, méthodes graphiques, tests, tableaux et notes, M. Barbé expose les troubles moteurs, sensitifs, réflexes, secrétoires, trophiques, vaso-moteurs, labyrinthiques, oculaires que l'on peut rencontrer, et indique les résultats donnés par la recherche du réflexe oculo-cardiaque et l'électrisation.

Il étudie ensuite les modifications physiques, chimiques, cytologiques, bactériologiques, biologiques, expérimentales, que peut présenter le *liquide céphalo-rachidien*, les troubles de l'*appareil circulatoire* et en particulier les modifications de la pression artérielle, les modifications diverses que le sang et les urines peuvent présenter dans les psychoses.

Après avoir rapidement relaté ce que peut donner l'examen de l'*appareil respiratoire*, de l'*appareil digestif* et du *squelette*, M. Barbé expose les notions actuelles sur les *glandes à secrétion interne* et termine en rappelant le rôle considérable des *intoxications* et des *infections* dans la pathogénie des états psychopathiques.

Ce petit livre est une fidèle mise au point de nos connaissances actuelles dans le domaine objectif et biologique. Il est rempli de faits et de références bibliographiques et rendra de grands services à tous les aliénistes. Classé avec méthode, exposé avec clarté, il constitue un véritable inventaire des acquisitions récentes. Son succès sera grand, et permettra à M. Barbé, lors des éditions successives que l'on peut prévoir, de le tenir à jour des travaux qui viennent incessamment ajouter dans ce vaste cadre des matériaux et des progrès. René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des psychoses post-traumatiques, en particulier chez les combattants. — Par le Dr Henri HOVEN. — (Rapport au Congrès jubilaire de la Société de Médecine Mentale de Belgique ; — Gand, 1920).

©BIUM

Cet excellent rapport est, en même temps qu'une revue générale de la question, une importante contribution personnelle à sa mise au point. Il est accompagné de 38 observations personnelles résumées et envisage successivement les psychoses traumatiques du temps de paix et les psychoses consécutives aux traumatismes de la guerre chez les civils et chez les combattants.

L'auteur conclut que la guerre n'a fait que confirmer un fait bien connu : l'apparition de troubles psychiques après un choc traumatique ou émotionnel chez des prédisposés. Il insiste sur les particularités dues au milieu dans lequel ces troubles prennent naissance, dues aussi à l'état d'épuisement et d'émotion anxieuse dans lequel se trouvent les soldats au moment du choc. M. HOVEN termine par l'étude des psychoses post-traumatiques tardives, de la paralysie générale et de la démence précoce post-traumatiques, dont il admet l'existence, dans quelques cas rares, chez des prédisposés.

René CHARPENTIER.

D. ART. MÓ. — **Le syndrome de Korsakoff**, 1 plaquette de 68 p., avec 35 microphotographies originales.

Pour sa thèse d'accession à la chaire de psychiatrie de l'Université de Buenos-Ayres, le Dr Mó a écrit une excellente monographie sur le syndrome de Korsakoff. La psychose polynévritique ne doit pas être considérée comme une entité morbide, puisqu'elle peut être produite par des facteurs étiologiques variables, que les troubles psychiques qui la constituent peuvent se rencontrer dans de nombreuses intoxications endo- et exogènes autres que l'alcoolisme, et souvent sans polynévrite, qu'inversement on constate souvent des polynévrites sans les troubles mentaux caractéristiques, qu'enfin, les lésions anatomo-pathologiques ne sont pas davantage pathognonomiques. Il n'y a donc pas une *maladie*, mais un *syndrome* de Korsakoff.

L'auteur rappelle brièvement et avec clarté ce que l'on sait de l'étiologie et de la pathogénie du syndrome, il analyse sa symptomatologie et admet la classification de Dupré en cinq formes : amnésique, délirante, anxieuse, confusionnelle et démentielle ; puis après avoir discuté rapidement le diagnostic, il aborde la partie vraiment originale de son travail : l'anatomie pathologique, basée sur des observations personnelles, et enrichie de 35 belles reproductions de microphotographies originales.

Louis PARANT.

©BIUM

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique. — 21e Année (1914-1919) ; — Fondée par Albert BINET, publiée par Henri PIÉRON. (1 vol., 522 pages. — Paris 1920, Masson et Cie, édit).

Reprenant sa publication interrompue par la guerre, l'Année psychologique, sous la direction du distingué professeur à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, rend compte dans un beau volume, des travaux importants publiés pendant les six dernières années dans les pays alliés et neutres.

Suivant la coutume, des travaux originaux de grand intérêt figurent en tête de l'ouvrage. Les recherches de M. Bourdon sur les perceptions spatiales auditives, de Mlle Morand, sur le problème de l'attente, de M. Foucault sur la persistance des aptitudes acquises, de M. H. Piéron sur la mémoire des formes et la mémoire des chiffres, de Mlle Grzegorzewska sur les types d'idéation esthétique constituent des documents indispensables. Citons encore l'article de Mlle Ot. Vlaïcou intitulé : Capacité d'appréhension ; rapidité d'acquisition et puissance de rétention des souvenirs bruts ; recherches de corrélation.

Dans un essai psychologique sur les psychonévroses, MM. Mignard et Gilles, donnant le résultat de leur expérience de guerre, décrivent quelques types de psychonévrosés : l'émotionnel, le sensitif, le suggestible, le capricieux et résument leur conclusions de la façon suivante. Les psychonévrosés sont des sujets qui présentent un état de plasticité psychique (et sans doute aussi psycho-organique) tel qu'ils se plient avec la plus grande facilité aux diverses influences d'origine externe ou d'origine interne, psychiques, organiques et sociales auxquels ils peuvent être soumis, en subissant, de ce fait, un minimum de perturbations profondes.

De M. E. Rabaud, on trouvera des documents pour l'étude des rapports de l'intelligence et de l'instinct. M. Piéron expose les recherches de psychologie appliquée relatives à la sélection professionnelle qui, au cours de la guerre, ont permis le choix des aviateurs militaires.

Enfin, la revue générale de M. Wallon sur les psychonévroses de guerre, et le compte rendu de M. Piéron des travaux de psychologie aux congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, précèdent les analyses d'environ 600 travaux concernant toutes les branches de la science psychologique. C'est dire que, par sa composition,

©BIUM

sa périodicité, cette publication mérite le succès qu'elle obtient toujours, et constitue un choix de matériaux indispensables à tous ceux qu'intéressent la psychologie normale et la psychologie pathologique.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Symptômes oculaires et localisations cérébrales de l'encéphalite léthargique, par le Dr Ch. SAUVINEAU. (*La Clinique Ophtalmologique*, Mais 1920).

Les symptômes oculaires de l'encéphalite léthargique se résument à des paralysies, tantôt parcellaires, tantôt intéressant un nerf moteur en entier, tantôt associées. Si les lésions occupent les noyaux des nerfs de l'œil, on constate, cliniquement, des paralysies de nerfs ou même de muscles, isolés ; si les lésions occupent, plus haut que les noyaux, vers la substance grise sous-épendymaire, la région supra-nucléaire, on voit apparaître les paralysies associées, avec le nystagmus et la diplopie atypique qui les caractérisent.

En d'autres termes, aux lésions des noyaux correspond la paralysie d'un nerf isolé, ou seulement de quelques-unes de ses branches ; tandis que la lésion des centres supra-nucléaires a pour expression symptomatique la paralysie d'une (ou de plusieurs) des fonctions du regard.

René CHARPENTIER.

OUVRAGES REÇUS

VITTOZ (Dr Roger). **Traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral.** Paris, J.-B. Baillière, 1921. 1 vol. de 146 pages.

CHEINISSE (L.). **L'année thérapeutique.** Masson, 1921. 1 vol. de 144 pages.

RENAULT (Dr Alex). **Maladies Blennorrhagiques des voies génito-urinaires.** Paris, Vigot. 1 vol. de 262 pages.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 18 Avril 1921

Présidence de M. le Dr TRUELLE

Séquelle d'encéphalite épidémique chez une enfant de 10 ans. — MM. BRIAND et Yves PORC'HER présentent une petite malade présentant actuellement de la turbulence nocturne. Le début des troubles remonte à février et ceux-ci furent précédés d'une angine accompagnée de prurit — deux nouveaux accès de prurit furent notés pendant son séjour à l'Asile.

Démence (à forme presbyophrénique) chez un paraphasique. — *Présentation de malade.* — L'observation de MM. VALLON et Louis PARANT met en question les rapports de la démence avec l'aphasie. Chez leur malade, les troubles aphasiques sont légers. Ils ne sont pas d'ordre moteur, bien que par moments le malade ne retrouve pas certains mots, car plus tard il les retrouve. Par ailleurs du reste, il n'éprouve aucune gêne pour parler. D'autre part, il ne s'agit pas d'aphasie sensorielle, car si le malade semble ne rien comprendre des ordres qu'on lui donne, ce trouble est dû chez lui à une faute d'attention.

Les troubles intellectuels, en effet, sont très marqués notablement plus que les troubles aphasiques. Affaiblissement énorme de la mémoire dans tous ses modes. Diminution considérable de l'attention avec grosse fatigabilité. Association des idées très mobile, par assonance. Diminution de l'affectivité, du jugement, du sens critique.

La forme démentielle de ce malade, réalise le syndrome presbyophrénique : désorientation, fabulation, fausses reconnaissances avec euphorie.

Les auteurs concluent que la démence est *surajoutée* à l'aphasie, qu'elle est due à un trouble de l'élaboration des idées, réalisant le syndrome *d'aphasie amnésique.*

Un cas de paralysie générale avec examen histologique, par MM. L. MARCHAND et RAYNEAU. — Début de l'affection à 16 ans et demi, mort à 21 ans. L'évolution de la maladie à son début fut particulière. La malade présenta d'abord un état de torpeur cérébrale qui disparut au bout de quelques mois.

©BIUM

Elle put même se replacer comme domestique. Six mois après, elle fut obligée de quitter son emploi ; elle présenta de l'apathie, des troubles de la mémoire et une certaine maladresse. Cet état fut pris par sa mère pour de la paresse ; celle-ci la maltraita au point que la malade quitta le domicile familial. L'état mental s'améliora de nouveau ; elle put encore se placer comme bonne. Cinq mois plus tard, elle fut obligée de quitter tout travail et son état nécessita l'internement. Comme particularités cliniques, les auteurs signalent le développement volumineux du ventre qui simula une grossesse, l'absence de troubles pupillaires, la disparition définitive des règles un an après le début de l'affection. A la dernière période de sa paralysie générale, la malade présenta une paraplégie avec contracture en flexion et atrophie musculaire. Ces troubles semblent en rapport avec l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle lombaire associée à la sclérose des faisceaux pyramidaux. Dans le cortex, lésions classiques de la méningo-encéphalite diffuse.

Atrophie du maxillaire supérieur et perforations palatines dans des cas de paralysies générales tabétiques. — Le Dr A. Marie, de l'Asile clinique, apporte 8 pièces en moulage et 2 anatomiques provenant de Tabo-P. G. 5 de ces pièces correspondent aux atrophies palatines osseuses avec édentation précoce totale ; 5 autres présentent en outre des perforations surajoutées (maux perforants buccaux). Les radiographies de ces cas confirment la dystrophie osseuse.

Statistique de l'Asile d'aliénés de Top-Tachi (Constantinople), en 1336-1920. — Le Dr Ali Moukhlis, médecin de l'Asile de Top-Tachi (Constantinople), membre associé étranger, communique la statistique de l'Asile pour l'année 1336-1920. Le nombre des décès, qui s'était élevé à 40 0/0 pendant la dernière année de la guerre, est tombé au chiffre ordinaire de 14 0/0. Les hommes mariés sont plus atteints que les femmes, la proportion se renverse pour les ménages séparés, les femmes sont plus atteintes que les hommes, ce que l'auteur attribue au droit que la religion musulmane donne à l'homme de répudier sa femme. Parmi les causes de la folie, l'auteur attribue le premier rang à l'alcool et à la syphilis qui peuvent être incriminés dans 85 0/0 des cas observés.

©BIUM

VARIÉTÉS

LIMITE D'AGE DES FONCTIONS DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 2 février 1910, 10 octobre 1919 et 1er mars 1921,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — L'article 1er du décret du 1er mars 1921 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« La limite d'âge des fonctions de médecin en chef et de directeur médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-cinq ans. »

ART. 2. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera applicable à partir du 1er juillet 1921.

Fait à Paris, le 7 mai 1921.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

G. LEREDU.

(*Journal Officiel*, dimanche, 22 mai 1921).

LA SUPPRESSION DES SERVICES D'ALIÉNÉS DE LA SALPÊTRIÈRE

Dans les derniers mois de l'année 1920, l'Administration de l'Assistance publique manifesta l'intention de supprimer une partie des services d'aliénés de la Salpêtrière pour transformer les locaux devenus vacants en services de tuberculeux. C'est en partant de ce principe que la Section Rambuteau (dont le Docteur Chaslin était médecin) fut évacuée presque complètement au début de l'année 1921, puisque, sur un total de 250 lits, il n'en restait à la disposition de ce médecin qu'une trentaine, au mois d'avril dernier. Cette mesure était bien inopportune, ainsi que les

©BIUM

événements se chargèrent de le démontrer, puisque les bâtiments évacués par les aliénés ne sont pas encore occupés par les tuberculeux. Bien mieux, il semble que la précipitation du début ait fait place à une indifférence singulière, puisque les locaux devenus disponibles n'ont reçu aucun commencement de mise en état. M. le Dr Chaslin serait donc doublement en droit de se plaindre. Tout d'abord, d'une spoliation qui n'eut aucun égard pour sa personne et sa fonction ; ensuite, d'une mesure qui se condamnait elle-même, puisqu'elle ne pouvait aboutir à rien de pratique.

M. le Dr Chaslin restait donc à la tête d'un service d'une trentaine de lits, et c'est alors que les médecins aliénistes des hôpitaux, estimant que, non seulement ils devaient protester contre une telle mesure, mais encore qu'il convenait de savoir ce que deviendrait plus tard ce service réduit, firent une démarche auprès du Directeur de l'Assistance publique. Reprenant une idée déjà émise par plusieurs d'entre eux, il y a une vingtaine d'années, ils ont demandé :

1° Que l'Assistance publique transforme à la Salpêtrière et à Bicêtre, une partie des services d'aliénés en services ouverts pour petits psychopathes non dangereux, et réserve ces services pour les membres du corps des médecins aliénistes des hôpitaux, seuls compétents de par leur concours.

2° Que cette organisation soit dès maintenant réalisée par la transformation facile du service de M. le Dr Chaslin à la Section Rambuteau (Salpêtrière), et que ce service continue à être affecté à un médecin aliéniste des hôpitaux.

RÉUNION PLÉNIÈRE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE MENTALE

31 mai 1921

La séance qui a lieu au siège de la Société Médico-Psychologique, 12, rue de Seine, est présidée par M. le Dr Pactet, Président de la Société Médico-Psychologique, assisté de MM. Truelle, Arnaud, représentant la Société Clinique de Médecine Mentale ; Dupré, Laignel-Lavastine, représentant la Société de Psychiatrie, H. Colin, René Charpentier.

Ordre du jour :

I. La célébration en 1922 du Centenaire de la découverte de la Paralysie Générale.

©BIUM

M. H. COLIN fait l'historique de la question et propose que le Centenaire de la découverte de Bayle soit célébré en 1922, la thèse de Bayle sur l'arachnitis datant de 1822. A cette occasion, les trois Sociétés de Médecine Mentale se réuniront à la fin du mois de mai, à une date que les différents bureaux fixeront d'un commun accord. Les médecins neurologistes seront invités à cette réunion ; le programme serait le suivant: deux séances par jour pendant deux jours, visite de la Maison Nationale de Charenton et des différents asiles. On peut prévoir trois rapports :

1er rapport : La découverte de Bayle. — Bayle, Calmeil, Esquirol, Royer-Collard, l'Ecole de Charenton.

2e rapport : La dualité de la Paralysie générale. La folie paralytique, la démence paralytique. L'école de la Salpêtrière.

3e rapport : Les conceptions actuelles de la Paralysie générale.

Tous les médecins étrangers seront invités à participer à cette solennité et en particulier les médecins anglais qui en ont eu les premiers l'idée, les médecins des nations alliées et les médecins des pays de langue française (adopté).

II. Projet d'organisation d'une séance psychiatrique annuelle.

M. COLIN expose à l'Assemblée les différentes propositions dont il a été saisi. Il insiste avec force sur le fait qu'il ne s'agit pas et qu'il ne peut s'agir de supprimer le Congrès Annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, ou de faire concurrence à ce Congrès.

Nous voulons tout simplement, dit-il, profiter du séjour à Paris d'un très grand nombre de nos collègues de province, appelés par la séance solennelle de la Société Médico-Psychologique, par l'Assemblée générale de l'Amicale, par la réunion annuelle des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine, pour organiser à la fin du mois de mai, comme le fait la Société de Neurologie, une réunion de tous les Médecins Aliénistes. A cette réunion prendront part les membres correspondants et associés étrangers des trois Sociétés de Méde-

©BIUM

cine Mentale et nos collègues de la Société de Neurologie seront invités à y assister.

Une question de Médecine Mentale sera mise à l'étude et discutée à cette occasion. Le programme de la réunion psychiatrique qui aura lieu en 1922 est tout tracé puisque, à cette occasion, nous célèbrerons le Centenaire de la découverte de Bayle.

M. LALANNE (de Maréville) dit qu'il conviendrait peut-être de fusionner en une seule les trois Sociétés de Médecine Mentale actuellement existantes.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que cette question ne figure pas à l'ordre du jour et doit, tout d'abord, être étudiée par les différentes Sociétés.

M. MEIGE exprime le vif plaisir que lui cause le projet émis par M. Colin.

L'organisation d'une réunion psychiatrique annuelle analogue à la réunion neurologique annuelle peut avoir de très heureux résultats, surtout si ces deux réunions sont aussi rapprochées que possible l'une de l'autre. De longue date, les Neurologistes ont témoigné aux Aliénistes leur désir de collaborer intimement avec eux aux études neuro-psychiatriques. La Société de Neurologie de Paris, en instituant des réunions neurologiques annuelles, a manifesté, ouvertement et à plusieurs reprises, son espoir d'y voir participer les psychiatres. Cette année même, elle a avancé la date de sa réunion annuelle pour la rapprocher de l'époque où les Aliénistes viennent ordinairement à Paris.

Le projet d'une réunion psychiatrique annuelle à laquelle les Neurologistes seraient invités, tend à prouver que les Aliénistes ont le même désir de rapprocher les travailleurs des deux sciences jumelles.

Rien ne sera plus facile désormais que de s'entendre pour fixer une date favorisant ce rapprochement. Il suffira que les deux réunions, la psychiatrique et la neurologique, se succèdent sans intervalle. Chacune d'elle conservera son autonomie, ses traditions ; mais les organisateurs s'efforceront de faciliter l'interpénétration des activités laborieuses dans l'une et dans l'autre.

Ainsi sera fait un grand pas vers la création de cette

©BIUM

neuro-psychiatrie, une et indivisible, qui est le rêve de tous ceux qui sont soucieux du progrès. Si ce rêve n'est immédiatement réalisable, du moins, par les tendances qui se manifestent aussi bien chez les Aliénistes que les Neurologistes, peut-on croire qu'il pénètre dans le domaine des réalités.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Dupré, Antheaume et René Charpentier, le principe d'une réunion psychiatrique annuelle, à la fin du mois de mai, est adopté.

CONGRÈS

Le second Congrès d'histoire de la Médecine s'ouvrira le vendredi 1er juillet à 9 heures à la Faculté de Médecine de Paris.

L'Institut international d'anthropologie tiendra sa première session à Liège du 25 juillet au 1er août 1921.

INTERDICTION DU TRAVAIL DE NUIT DES OUVRIERS DANS LES BOULANGERIES

Paris, le 27 novembre 1920.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales à Messieurs les Préfets,

La loi du 28 mars 1919 (article 20 du livre II du Code du travail) interdisant « d'employer, à la fabrication du pain et de la pâtisserie, des ouvriers entre 10 heures du soir et 4 heures du matin » est entrée en application le 24 octobre 1920.

De l'enquête à laquelle M. le Ministre du Travail a procédé auprès des organisations professionnelles, en ce qui touche l'approvisionnement de la clientèle, il résulte que cet approvisionnement peut être assuré par la fabrication du jour, à la condition que la clientèle n'exige pas que la quantité de pain nécessaire aux besoins journaliers lui soit fournie, toute entière, dès le matin, et qu'elle s'astreigne à acheter, le matin, la seule provision nécessaire au repas de midi, et à s'approvisionner, dans le courant de la journée, du complément qui lui est nécessaire.

Il ne vous échappera pas, Monsieur le Préfet, que les établissements publics doivent tout particulièrement se plier à cette discipline en vue de faciliter à leurs fournisseurs la stricte application de la loi du 28 mars 1919.

Les établissements d'assistance (hôpitaux, hospices, maisons de convalescence, sanatorium, asiles, orphelinats, etc...) qui ont passé des marchés pour la fourniture du pain, n'ont pu envisager, sans doute, lors de la passation de ces marchés, un système de livraison tenant compte de la situation créée par la nouvelle

©BIUM

législation. Il est donc absolument désirable que, dans tous les cas où les marchés en cours obligent les fournisseurs à assurer dès le matin l'approvisionnement journalier complet de l'établissement, celui-ci consente une dérogation à cette obligation.

En ce qui concerne les marchés à passer dans l'avenir, le cahier des charges devra contenir une clause rappelant l'interdiction du travail du personnel la nuit et prévoyant la faculté d'approvisionnement par livraisons fractionnées.

Je vous signale que cette clause pourrait être rédigée ainsi qu'il suit :

« *Le fournisseur s'interdit, conformément aux termes de l'article 20 du livre II du Code du travail, d'employer des ouvriers à la fabrication du pain entre 10 heures du soir et 4 heures du matin. Si la capacité de production de son établissement ne lui permet pas d'assurer, par le seul travail de jour de son personnel, l'approvisionnement journalier complet de l'établissement, dès le matin, il aura la faculté d'effectuer la livraison en deux fois, à raison de ..... kilogrammes de pain, le matin, avant ..... heures ; et de ..... kilogrammes, l'après-midi, avant ..... heures,* »»

Ces instructions s'appliquent aussi bien aux institutions privées qu'aux établissements publics. Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Le Ministre : Signé : J.-L. BRETON

INTERNAT DU PERSONNEL

Paris, le 10 janvier 1921.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales à Messieurs les Préfets,

Il arrive fréquemment que des règlements du service intérieur des asiles publics d'aliénés sont soumis à mon approbation qui rendent l'internat obligatoire pour tout le personnel secondaire et subalterne.

Or, cette mesure va à l'encontre des tendances générales de mon administration qui favorise la constitution des familles nombreuses et la création de familles nouvelles.

Dans cet ordre d'idées, l'externat devrait être autorisé en faveur des pères et des mères de famille.

En outre, dans tout règlement soumis à mon approbation, il y aura lieu d'incorporer directement, à l'avenir, les indemnités spéciales accordées aux fonctionnaires pour charges de famille, ainsi que des bonifications d'avancement à l'ancienneté, variables suivant le nombre des enfants, ainsi qu'il en existe dans les statuts du personnel du Ministère de l'Hygiène, parus au *J. O.* du 14 juillet 1920.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire et veiller à l'exécution de ses prescriptions.

Signé : J.-L. BRETON.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.406

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

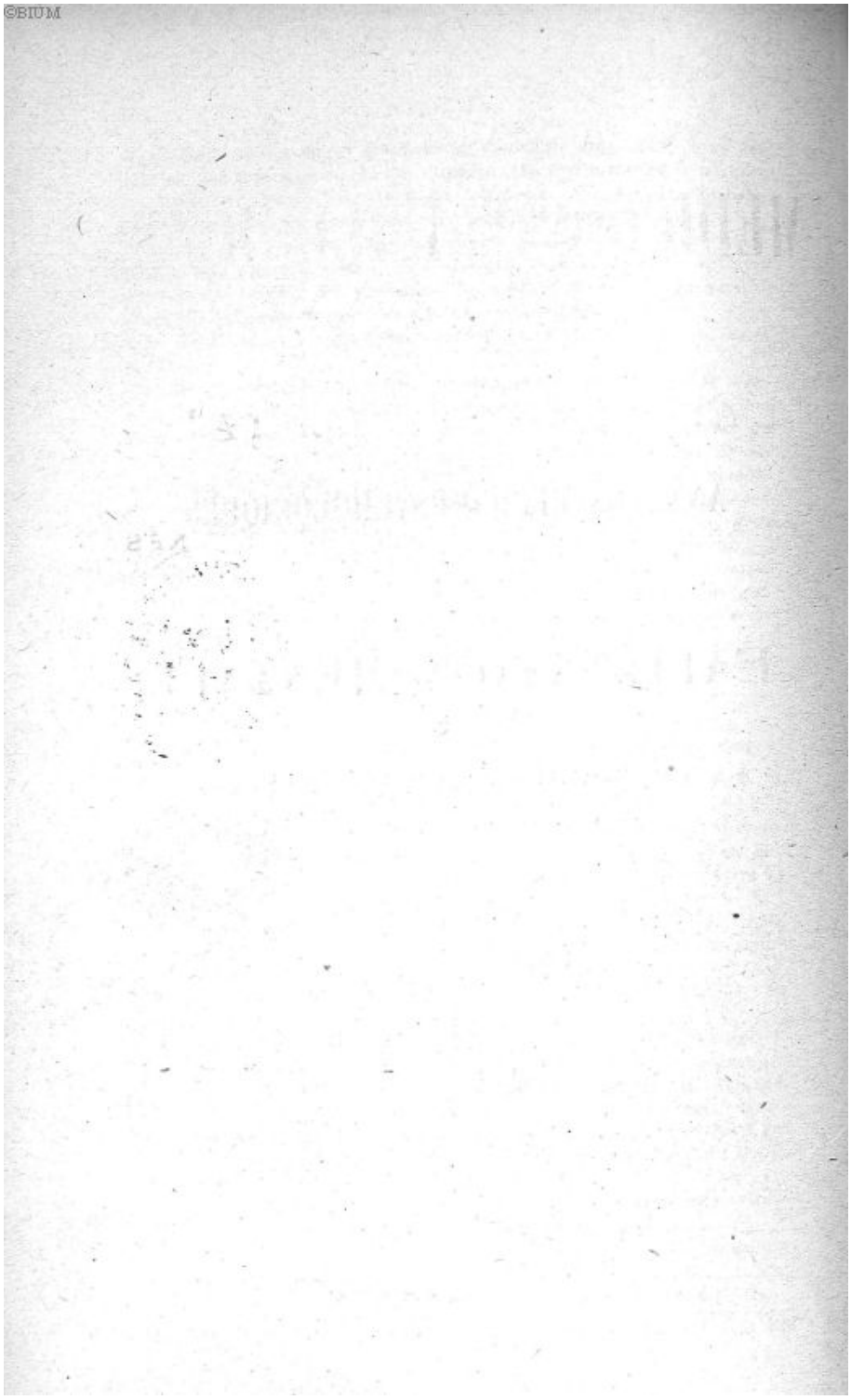
DE

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

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile de Villejuif

ONZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1921

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Danger résultant de l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer

La fréquence des accidents de chemin de fer, dans ces derniers temps, permet de se demander si toutes les précautions sont bien prises par les compagnies pour assurer aux voyageurs la plus grande somme de sécurité. Malheureusement, quoi qu'on fasse, il y aura toujours des accidents de chemin de fer, car la caractéristique de tout ce qui est humain est de n'arriver jamais à la perfection absolue et de laisser une place au hasard, c'est-à-dire à des circonstances que l'on n'a pas su prévoir. Il n'en est pas moins vrai que l'on doit s'efforcer de réduire au minimum ces circonstances en s'appliquant à n'écarter, de plein gré, aucun des moyens susceptibles d'en réaliser

©BIUM

la prévision. Certes les compagnies de chemins de fer se préoccupent de l'état du matériel, elles ne négligent pas non plus la recherche chez leurs agents des aptitudes physiques nécessaires à l'accomplissement de leur service ; elles s'assurent par un examen attentif que ceux-ci ont l'audition nette des sons et la vision dictincte des couleurs. Mais avec la constatation d'un état de santé générale satisfaisant, là se bornent, je crois, les investigations d'ordre médical auxquelles sont soumis les candidats aux diverses fonctions. Est-ce suffisant ? Non, répondent sans hésiter tous les médecins qui sont au courant de la psychiatrie et plus particulièrement encore ceux qui sont chargés d'un service d'aliénés. En effet, ces derniers qui ont l'occasion de recevoir, dans leurs salles, des agents des compagnies qui présentent des troubles mentaux, sont particulièrement bien placés pour se rendre compte du danger que constitue pour la sécurité des voyageurs l'aliénation mentale longtemps méconnue chez ces employés. Et il ne faudrait pas croire que les cas de ce genre sont exceptionnels.

Il y a dix ans déjà, en 1911, j'avais fait le relevé des employés de chemins de fer que j'avais soignés dans mon service de l'Asile de Villejuif pendant une période de huit années, de 1902 à 1910, et j'étais arrivé au chiffre de quarante. Vraisemblablement, il en entrait une proportion analogue dans le service de mes collègues de la Seine.

A la suite de cette constatation, j'avais rédigé

©BIUM

et fait remettre, à l'époque, au Ministre des Travaux public, une note dans laquelle je signalais la fréquence relative des cas d'aliénation mentale chez des agents des compagnies demeurés en fonctions et faisais ressortir les conséquences possibles de cet état de choses.

Peut-être une circulaire a-t-elle été envoyée alors aux compagnies pour appeler leur attention sur la nécessité de veiller à l'élimination précoce, dans les services dits de sécurité, des agents suspects de troubles mentaux. Mais nous connaissons le sort habituel des circulaires ; elles sont lues par ceux qui les reçoivent, puis classées et, en général, tout reste en l'état. Celle-ci n'a pas dû échapper au sort commun.

Vers la même époque, mon collègue, le docteur Toulouse, avait été autorisé à rechercher le degré d'attention et la rapidité des réflexes chez les mécaniciens du réseau de l'Etat ; mais dans ce domaine, pas plus que dans celui de la psychiatrie, il ne résulta de ces initiatives individuelles, la création d'aucun organisme répondant aux exigences de la situation qui se révélait.

Au cours du premier semestre de l'année 1914, j'évoquais devant la Société clinique de médecine mentale, le sujet de l'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer, en présentant une série d'agents des compagnies atteints de diverses formes de maladies mentales qui n'en avaient pas moins continué leur service, dans des conditions dangereuses pour les voyageurs.

Ainsi un agent atteint de délire mélancolique,

©BIUM

était entré à l'asile à la suite de deux tentatives de suicide et c'est la première tentative, accomplie à son domicile, qui fut cause de l'interruption de son service. Jusqu'alors, il était resté en fonction et cependant, depuis des semaines déjà, sa femme avait constaté chez lui un changement notable de caractère. Cet homme était alors aiguilleur et auparavant avait été bloqueur, c'est-à-dire chargé, dans une cabine de block-system, de veiller à ce qu'un train ne pénètre pas sur la section de voie dont il avait la surveillance, avant que le train précédent ne l'eût quittée. Pendant la dernière année qu'il occupait cet emploi, il était constamment assailli de scrupules et se demandait sans cesse quand il avait donné la voie libre à un train s'il n'aurait pas dû, au contraire, l'arrêter. Après son entrée à l'asile, il lui arrivait de frapper des malades, de briser des carreaux, de déchirer ses vêtements, dans le but de s'attirer les châtiments qu'il croyait avoir mérités.

Qui ne voit les terribles conséquences qui auraient pu résulter du suicide de cet agent dans sa cabine ou d'un acte accompli délibérément en vue d'encourir la punition qu'il recherchait. Et, en raison de son état mental, c'étaient là des éventualités à redouter.

Un chauffeur atteint de paralysie générale et chez qui on pouvait faire remonter le début de l'affection à plusieurs mois, était relevé de son service seulement à l'occasion d'un ictus apoplectique survenu alors qu'il était sur sa machine.

©BIUM

Un autre chauffeur, également paralytique général, n'avait été mis en disponibilité qu'après trois changements successifs d'affectation occasionnés par des incartades dont le caractère pathologique avait été complètement méconnu.

La présentation de ces malades et de plusieurs autres que je ne rappelle pas ici, donnèrent lieu à des discussions au cours desquelles quelques-uns de mes collègues, en particulier M. Marie, apportèrent des cas analogues constatés par eux et Régis communiqua plusieurs observations d'aliénation mentale chez les mécaniciens et les chauffeurs des Compagnies de Chemins de fer. Il avait été frappé, disait-il, de la fréquence et de l'importance des faits de ce genre, au point qu'il en avait saisi le médecin principal de la Compagnie du Midi, à Bordeaux. Il fut un instant question de désigner des spécialistes psychiatres, mais l'idée n'aboutit pas.

A une séance suivante, MM. Daunic et Voivenel, « non pas en qualité de psychiatres, mais en qualité de médecins de la Compagnie des Chemins de fer du Midi », firent ressortir le succès obtenu dans la région de Toulouse, grâce à l'action simultanée des bureaux administratifs et du médecin principal, aidé de ses médecins de section, dans l'examen des employés suspects d'aliénation mentale.

On le voit, la question avait paru importante et tout le monde était d'accord pour reconnaître la nécessité d'un diagnostic précoce des affections mentales chez les employés des Compagnies chargés d'un service de sécurité.

©BIUM

Ces discussions se prolongèrent jusqu'au mois de juin 1914, mais les événements qui survinrent le mois suivant donnaient lieu à de plus impérieuses préoccupations.

Peut-être n'est-il pas inutile de revenir maintenant sur ce sujet. C'est du moins l'opinion émise par la Société clinique de médecine mentale, dans sa séance du mois de juin dernier, à propos de la présentation que nous avons faite, mon interne, M. Robin, et moi, d'un employé chargé d'un service intéressant la sécurité des voyageurs. Il s'agissait d'un agent qui faisait des remplacements de chefs de station et qui est atteint de paralysie générale. Son attitude avait présenté des singularités qui n'avaient pas échappé aux personnes qui étaient en contact avec lui et cependant aucune d'elles ne s'était arrêtée à l'idée de le faire soumettre à un examen médical. C'est au cours d'un congé de quelques jours qu'il avait demandé pour venir à Paris qu'éclata la crise délirante hallucinatoire qui l'amena à l'asile.

Qu'il soit du plus haut intérêt, aussi bien pour les compagnies de chemin de fer que pour le public, que les agents de sécurité possèdent l'intégrité de leurs facultés mentales, le fait n'est pas douteux. Mais comment déceler, dira-t-on, d'une façon précoce les troubles mentaux qui peuvent survenir chez ces agents? Il n'y a guère qu'un examen direct, lequel peut être très rapide, à condition d'être pratiqué par des médecins compétents, qui donnera un résultat utile.

Assurément, il serait déjà avantageux, au point

©BIUM

de vue qui nous occupe, de faire signaler les fautes de service qui surprennent chez les agents jusque-là irréprochables, les actes bizarres, les propos étranges, particularités qui constituent une présomption de trouble mental. Mais les exemples relatés précédemment et bien d'autres encore, montrent que des singularités de tout ordre, même constatées, n'éveillent pas toujours l'idée qu'elles peuvent être la manifestation d'un état pathologique. Et alors même qu'elles sont considérées comme telles, il ne s'ensuit pas qu'elles donnent à ceux qui en sont témoins la notion du danger qu'elles peuvent présenter pour les voyageurs. Témoin le chef de station intérimaire qui a fait l'objet de notre dernière communication ; il tenait des propos extravagants, faisait le récit de faits invraisemblables, formait des projets absurdes. On l'écoutait, peut-être même se distrayait-on à l'entendre, mais personne ne songeait à l'opportunité d'une intervention médicale. Cependant il n'est pas téméraire de faire remonter à plusieurs mois le début chez lui de la paralysie générale et de dire qu'un examen de quelques minutes aurait suffi à un médecin exercé pour porter le diagnostic.

Nous ne nous arrêtons pas à l'objection qui consisterait à prétendre que l'examen des agents par un médecin au courant de la pathologie mentale pourrait éveiller leur susceptibilité. C'est là un argument d'un autre âge dont la vertu dilatoire a déjà servi à faire échouer des réformes utiles mais qui, à l'heure actuelle, ne saurait plus être discuté.

©BIUM

Il ne s'agit pas, bien entendu, de soumettre les agents à un examen mental complet ; mais une très courte conversation, quelques questions dont la portée échapperait même le plus souvent à l'intéressé, permettraient dans bien des cas de découvrir, par exemple, l'existence de la paralysie générale ou de manifestations de l'épilepsie.

Sur le réseau de l'Etat, d'après des renseignements qui m'avaient été donnés par le chef du service médical, tous les agents de la traction sont examinés, une fois par an, au point de vue de l'activité visuelle, par les médecins de circonscription et quand ceux-ci constatent chez un agent un abaissement de l'acuité au-dessus 7/10^{e} pour un œil ou pour les deux yeux, ils sont tenus de soumettre cet agent à l'examen du médecin oculiste. L'intégrité de la vision est indispensable aux agents de la traction, et l'on a raison de s'en préoccuper, mais l'intérêt bien entendu des compagnies et des voyageurs ne commanderait-il pas, lui aussi, de s'assurer périodiquement de l'intégrité mentale de tous les agents chargés d'un service de sécurité ?

D'ailleurs la question des aptitudes professionnelles est à l'ordre du jour dans tous les pays ; des laboratoires de psychologie appliquée sont créés et ces innovations battront en brèche bien des préjugés et finiront par vaincre la force d'inertie qui fait obstacle à un grand nombre de progrès sociaux.

F. Pactet.

©BIUM

LES MÉLANCOLIQUES ANXIEUX PERSÉCUTÉS

Par André CEILLIER

(Travail du service de M. Séglas à la Salpêtrière)

Depuis la fin de la guerre j'ai observé un certain nombre de malades qui présentaient, au cours d'un ou de plusieurs accès de mélancolie anxieuse, des idées de persécution capables de prendre un grand développement. Cherchant dans la littérature psychiatrique des cas semblables, je ne trouvai aucune description pouvant s'appliquer exactement à ces malades, en dehors de certains cas assez voisins, mais non identiques, observés chez des militaires pendant la guerre. En même temps je remarquai que certains auteurs décrivaient sous le nom de persécutés-mélancoliques des malades qui n'étaient, en aucune façon, des mélancoliques. Ces deux points m'ont paru mériter une étude.

Dans la première partie de cet article je montrerai quels sont les malades qu'il faut résolument écarter du groupe des persécutés-mélancoliques, avec lesquels on les confond parfois. Dans la deuxième partie je montrerai que, parmi les mélancoliques persécutés, il existe un groupe d'*anxieux persécutés* chez lesquels les idées de persécution sont directement fonction de l'anxiété. Cette dernière partie, essentiellement clinique, sera basée sur des observations personnelles, prises à la Salpêtrière, dans le service de mon maître M. Séglas.

A) *Ce qu'il ne faut pas entendre par mélancolique persécuté*

Il peut sembler puéril de dire qu'une condition essentielle pour être mélancolique persécuté, c'est d'être mélancolique. Pourtant la méconnaissance de cette évidence est très répandue, elle entretient les plus regrettables confusions et elle est la cause prin-

©BIUM

cipale de la complexité de la question que nous étudions.

Si l'on tient à accorder aux mots toute leur valeur, il est impossible d'appeler mélancolique un malade qui a un délire systématisé d'auto-accusation. Entre un tel délirant systématique et un mélancolique auto-accusateur il n'y a qu'un point commun : l'idée d'auto-accusation. Ainsi que l'a montré M. Séglas, tout le reste s'oppose d'une façon absolue. Chez le délirant systématique on ne retrouve ni le facies, ni l'attitude, ni l'état général du mélancolique ; on n'observe pas les symptômes fondamentaux de l' « état mélancolique » : état cénesthésique pénible, ralentissement ou arrêt psychique (irrésolution, aboulie, aprosexie, négligence des occupations habituelles), douleur morale persistante, envahissant tout le champ de la conscience. Même le point commun entre les deux affections, l'idée d'auto-accusation, se présente de façon opposée (Séglas) : chez le délirant systématique le délire n'intervient pas, comme dans la mélancolie, à titre de justification secondaire de troubles psychiques élémentaires, il n'est pas monotone, mais il varie, il s'amplifie. Assez souvent, sans qu'il y ait pour cela paradoxe, le délire systématique d'auto-accusation, loin d'avoir un ton d'humilité, s'accompagne d'un sentiment de supériorité et traduit souvent un *orgueil blessé*. Au-dessous de l'idée d'auto-accusation, l'analyse retrouve une tendance vaniteuse.

A titre d'exemple, voici, résumée en quelques lignes, l'observation d'une malade que j'ai récemment suivie à la Salpêtrière. Début très brusque, soudain, après un songe étrange ; un monstre, couvert de poils, avec un œil au milieu du front, s'assied à côté d'elle sur un banc de pierre, et lui dit : « Malheureuse, je suis ta Conscience et je ne te quitterai jamais. » Dès ce moment elle s'accuse de tous les crimes. Mais, quelle folle vanité sous une humilité apparente ! « Vous « n'avez pas idée, disait-elle, de tout le mal que j'ai « fait ; c'est phénoménal. *J'ai le génie de la méchan-* « *ceté*. Je me roule dans les remords. Je faisais toutes

©BIUM

« sortes de méchancetés en ayant l'air d'être bonne. « *C'était une hypocrisie savante.* Je détestais la société, « et le mal que je faisais répondait à *tout un système.* « Si ma vie était à refaire, je voudrais être aussi bonne « que j'ai été méchante ; *je voudrais étonner le monde* « *par ma bonté...* »

Ces phrases, l'attitude faussement modeste de la malade, montrent combien elle est orgueilleuse. Exaltée, s'occupant de politique, abonnée aux journaux anarchistes, elle poussait les théories bolchevistes à l'extrême : « J'étais plus avancée que Lénine et Trotsky. J'aurais voulu partir en Russie, j'aurais fait de l'action. » En somme, elle recherchait la supériorité en tout, et l'on n'est pas surpris qu'elle se soit vantée d'avoir atteint la « perfection dans le mal ».

Non seulement cette malade a des idées d'auto-accusation, mais elle présente des symptômes qui rappellent de loin l'état mélancolique et qui expliquent l'erreur de diagnostic commise par un psychiatre. Elle négligeait son intérieur complètement, elle se négligeait dans sa tenue (elle avait notamment remplacé ses jarretières par des ficelles), elle s'enfermait dans un silence obstiné, elle ne prenait presque rien pendant ses repas, enfin elle fit une tentative de suicide.

Pourtant ces symptômes ne traduisent aucunement un état mélancolique. Nous pouvions déjà le supposer, étant donnés les caractères du délire, mais la malade nous l'apprend elle-même de la façon la plus explicite : « J'avais un laisser-aller épouvantable et *c'était pour servir d'exemple comme socialiste.* Je voulais prêcher par l'exemple l'amour de la pauvreté : Je ne m'occupais plus de mes enfants, j'étais entièrement à la politique. »

Quant à sa tentative de suicide, elle fut accomplie uniquement pour attirer l'attention sur elle. « C'était, dit le mari, un simulacre à peine déguisé. »

Je pourrais donner d'autres observations, mais celle-ci est suffisamment démonstrative pour qu'il soit inutile d'insister. Qu'y a-t-il donc de commun entre le délirant systématique auto-accusateur et le mélancolique auto-accusateur ? Tout juste le *contenu* d'une idée ; et encore ce contenu n'est-il pas identique !... Les mêmes

©BIUM

considérations s'appliquent exactement aux délires hypocondriaques systématisés.

La différence entre ces deux états et la mélancolie est si flagrante, qu'on s'étonne de voir l'un des plus grands maîtres de la psychiatrie française ranger, délibérément, parmi les délires des persécutés mélancoliques, le délire d'auto-accusation systématisé primitif et le délire hypocondriaque systématisé. « Ce qui tendrait, dit Régis, à légitimer cette manière de voir, c'est que, par certains côtés, ces délires rappellent encore l'état mélancolique, en particulier par l'absence habituelle d'hallucinations psycho-sensorielles et par la fréquence de la tendance au suicide, réaction par excellence de la mélancolie, très rare au contraire dans le vrai délire de persécution. » (p. 501). (*Précis de Psychiatrie*).

Malgré mon admiration pour l'œuvre de Régis et le respect que je dois à la mémoire du professeur de Bordeaux, je suis surpris qu'il établisse le diagnostic d'un état morbide en se basant seulement sur l'absence habituelle d'un symptôme et sur la fréquence d'une réaction, alors que manquent *tous* les symptômes qui devraient caractériser l'état mental en question. J'ajoute que, dans le cas particulier, les hallucinations psycho-sensorielles peuvent se montrer à l'occasion dans la mélancolie et que le suicide peut s'observer dans toutes les affections mentales, y compris le délire systématique des persécutions.

Le *Précis* de Régis, véritable bréviaire du psychiatre, a puissamment contribué à brouiller le tableau des mélancoliques persécutés, en ne les séparant pas des auto-accusateurs et des hypocondriaques systématiques.

Sous le nom de persécutés auto-accusateurs et hypocondriaques, Ballet a donné d'intéressantes observations de malades chez lesquels les idées de persécution se combinent ou succèdent à des préoccupations hypocondriaques et à des idées de culpabilité. Chez tous ses malades les préoccupations hypocondriaques se rapportent aux organes génitaux (malformations, monorchidie, etc...) et les idées de culpabilité à des excès génésiques authentiques ou supposés. Ces persécutés

©BIUM

auto-accusateurs présentent toujours des stigmates de dégénérescence et leur délire doit être classé parmi les formes si variées des délires des dégénérés. On ne constate pas d'hallucinations sensorielles, mais seulement des interprétations délirantes : « Les individus « que poursuit l'obsession d'une infirmité dégradante « ou d'une culpabilité imaginaire ne peuvent être que « ce qu'ils sont, des honteux ou des humbles. Sans « doute, ils n'ont pas toujours la résignation passive « du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non « plus les colères et les haines des persécutés ordinai- « res. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans « protestation les taquineries qu'on leur fait subir, « mais, tout en protestant, ils semblent reconnaître « que ces taquineries sont méritées et, dans une cer- « taine mesure, légitimes. »

C'est surtout M. Séglas qui a nettement séparé les auto-accusateurs persécutés et les auto-accusateurs mélancoliques. Il a montré que « les idées d'auto-accusation en elles-mêmes ne sont nullement caractéristiques d'une forme vésanique déterminée » et que notamment elles peuvent exister dans la folie systématique, dite primitive, soit seules, soit associées à des idées hypocondriaques et à des idées de persécution. En ce qui concerne les rapports des idées d'auto-accusation et de persécution dans la folie systématique primitive, M. Séglas distingue plusieurs cas :

1° Ces idées coexistent ou alternent, mais ne se combinent pas (délires polymorphes des dégénérés).

2° Elles sont associées. Dans certains cas, les idées d'auto-accusation persistent, constantes, à côté des idées de persécution. Dans d'autres, elles se manifestent par bouffées, par paroxysmes ; il s'agit alors, non pas d'accès mélancolique au cours de la folie systématique chronique (comme cela peut s'observer), mais d'accès de paranoïa hallucinatoire aiguë, évoluant au cours de la folie systématique (paranoïa) chronique. « Les idées d'auto-accusation qui s'y manifestent semblent n'être ainsi que l'exagération de tendances plus effacées, mais de même caractère, existant en dehors des paroxysmes et se reliant aux idées de persécution. »

©BIUM

Généralement les idées d'auto-accusation sont le point de départ des idées de persécution. Plus rarement, c'est le contraire qui se produit, le malade d'abord persécuté devient auto-accusateur. (Voir Séglas, *Annales Médico-Psychologiques,* 1910 ; Un cas de délire d'interprétation : auto-accusateur systématique).

Quoiqu'il en soit, que l'idée de persécution soit secondaire ou antérieure à l'idée d'auto-accusation, ces deux idées ne sont pas seulement associées, combinées, elles ne découlent pas seulement l'une de l'autre par un lien logique, mais surtout, semble-t-il, elles reposent sur un état affectif commun.

En résumé, pour terminer cette question des persécutés auto-accusateurs, j'estime que ces malades, contrairement à l'opinion de Régis et conformément à celle de Séglas, doivent être rayés du groupe des persécutés mélancoliques. Vouloir les y maintenir, malgré les différences capitales qui les séparent et à cause de la teneur d'une idée délirante, serait une erreur grave qui entraînerait obligatoirement d'autres erreurs plus générales, quand il s'agira de classer les faits.

2° Une deuxième erreur consiste à prendre pour des persécutés mélancoliques des persécutés qui, secondairement à leurs idées délirantes, présentent quelques-uns des symptômes que l'on observe dans la mélancolie. Si certains persécutés réagissent en protestant violemment, en combinant des moyens de défense plus ou moins variés, en attaquant leurs prétendus persécuteurs, si beaucoup présentent même un véritable état d'excitation, un certain nombre réagissent de façon différente. En proie à des tortures physiques et morales, à des vexations de toutes sortes, se sentant épiés, surveillés, entendant des injures, des menaces, se croyant les victimes d'une bande malfaisante, ils présentent, surtout à l'occasion de paroxysmes hallucinatoires, des crises d'anxiété. Parfois, c'est une terreur pantophobique avec agitation extrême, parfois ce sont des lamentations, des cris, des gémissements, parfois l'anxiété est tout intérieure et s'accompagne de mutisme. Au cours de ces raptus anxieux, on peut observer les fugues et le suicide.

©BIUM

En dehors de ces épisodes anxieux, le persécuté peut présenter, de façon plus durable, des symptômes que l'on serait tenté de rapporter à un état de dépression mélancolique. Sous le coup des persécutions dont il se croit l'objet, le malade peut se replier sur lui-même, en proie à une profonde tristesse et au découragement. L'air abattu, déprimé, ne répondant pas aux questions, refusant parfois de s'alimenter par crainte du poison, il reproduira d'assez près le tableau mélancolique. « Le malade présente alors, dit Arnaud, toutes les « apparences d'un mélancolique et, pour peu que cet « état se prolonge, si l'on n'est pas renseigné sur les « phases antérieures de la maladie, le diagnostic est « réellement épineux. »

3° Le suicide peut s'observer chez les persécutés soit pendant un raptus anxieux, soit en dehors de toute anxiété paroxystique. Dans ce dernier cas, le suicide s'exécute avec préméditation, réflexion, décision.

Le suicide chez les persécutés était admis par les anciens auteurs, notamment par Lasègue, Legrand du Saulle, A. Voisin, Dagron, lorsque plusieurs élèves de Régis soutinrent une opinion contraire. Meilhon déclare que : « d'une façon générale les persécutés ne se suicident pas ». Plus catégorique, Lalanne développe cette idée que : « l'idée de suicide se manifestant chez un persécuté est *toujours* l'indice qu'on se trouve en présence d'un persécuté mélancolique » (p. 127). Christian s'élève contre cette théorie et cite des exemples très probants. « Depuis le 1er janvier 1879, dit-il, jusqu'à l'heure actuelle (sept. 1887), je n'ai eu dans mon service à Charenton, que trois suicides. Sur ces trois malades, deux étaient des persécutés types, le troisième avait lui aussi des idées de persécution, mais seulement d'une façon accessoire. » Chez les deux premiers malades, le suicide eut lieu, non pas pendant la période d'inquiétude du début, mais à une phase tardive, alors qu'avaient déjà paru les idées de grandeur. Ces deux malades, toujours menaçants, s'étaient livrés à des voies de fait. Christian cite une quatrième observation qui lui a été communiquée par Mabille, d'un persécuté typique, homicide et suicide avec préméditation.

©BIUM

Christian conclut de ces faits bien étudiés que : « le « suicide est une des éventualités qui se présentent « chez les persécutés, qu'il n'est même pas très rare. « C'est une erreur dans mon sens, dit-il, que d'affirmer « le contraire. »

Pour ma part, j'observe en ce moment, dans le service de M. Séglas, une malade atteinte d'un délire systématisé hallucinatoire chronique de persécution, absolument typique, qui a fait, il y a quelques mois, une tentative de suicide par strangulation « pour échapper à tout cela ». A aucun moment, cette malade n'a présenté les symptômes de la dépression mélancolique et sa réaction suicide a été dictée par son délire de persécution au même titre que ses réactions ultérieures : récriminations incessantes, plaintes, menaces, coups sur le personnel infirmier et sur moi-même.

Le suicide considéré comme preuve absolue d'un état mélancolique, les périodes transitoires de dépression secondaire (à un délire systématisé) prises pour des états mélancoliques, les délires systématisés d'auto-accusation confondus avec les délires mélancoliques, tels sont, par ordre de fréquence croissante, les trois erreurs qui ont contribué à rendre presque inextricable la question des mélancoliques persécutés, en décrivant comme mélancoliques des malades qui ne l'étaient pas.

⁂

B) Que faut-il donc entendre par mélancolique persécuté ? — Il me semble que, si l'on veut éviter toute confusion, il faut réserver ce terme au mélancolique qui a des idées de persécution. Cette appellation aura, ainsi, exactement la même valeur que celle de mélancolique négateur ou auto-accusateur pour désigner le mélancolique qui a des idées de négation ou d'auto-accusation.

Dans les autres cas, il y aura lieu de préciser et de dire, par exemple : accès de mélancolie au cours d'un délire de persécution, quand on aura en vue ces cas, d'ailleurs rares, où l'on voit survenir un ou plusieurs accès de mélancolie chez un persécuté chronique. On devra dire également : délire de persécution post-mé-

©BIUM

lancolique pour désigner cette variété particulière de paranoïa secondaire où le délire systématisé de persécution succède à un ou plusieurs accès de mélancolie.

En procédant ainsi, on rendrait plus claire et plus simple la description d'un groupe qui apparaît, actuellement, comme un des plus obscurs et des plus complexes de la psychiatrie. Etudier les mélancoliques persécutés, ainsi délimités, revient en somme à étudier les idées de persécution dans la mélancolie.

Dans les traités, quelques auteurs les passent complètement sous silence, d'autres les citent simplement, bien peu les analysent, s'efforçant surtout de montrer les liens qui les unissent aux idées de culpabilité. Régis signale la possibilité d'idées de persécution vague. Pour Anglade et Ballet : « les idées de persécution « sont étrangères à la symptomatologie de la mélanco- « lie. Il arrive bien dans quelques cas, disent-ils, que « les malades attribuent au monde extérieur les malai- « ses et les calamités dont ils pâtissent, mais, comme « l'ont fait remarquer Schüle et après lui Séglas, si le « mélancolique souffre pour les autres, c'est qu'il s'est « livré lui-même ; si on lui veut du mal, c'est qu'il est « un misérable. C'est un persécuté sans doute, mais un « persécuté qui s'accuse lui-même avant d'accuser les « autres. »

Séglas revient à plusieurs reprises dans ses *Leçons* sur ce sujet, montrant que les idées de persécution présentent alors tous les caractères généraux du délire mélancolique. « Même lorsque le mélancolique a des « idées de persécution, ce qui est rare d'ailleurs, elles « sont chez lui toujours dominées par le caractère par- « ticulier du délire. Si la police le recherche, si cer- « taines personnes lui manifestent de l'hostilité, c'est « qu'il est un coupable, qu'il a fait tort à autrui, qu'il « mérite d'être surveillé, arrêté, condamné. » Masselon admet que l'idée de persécution est un recul de l'idée de culpabilité et de la dépression.

Ce type de mélancolique persécuté, dans lequel l'idée de persécution est la conséquence plus ou moins directe des idées de culpabilité ou d'indignité, est bien connu ; aussi n'est-il point besoin d'y revenir.

©BIUM

A côté de lui, il y a place pour un autre type où les idées de persécution ne s'accompagnent pas d'idées de culpabilité et sont la conséquence directe de l'anxiété. Aux malades de ce genre convient le terme de Mélancoliques Anxieux Persécutés. Ce seront eux seuls que j'étudierai maintenant.

Observations

Première observation. — Mme F..., 40 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Chez les collatéraux un frère est mort interné à l'asile de Blois. D'un caractère inquiet Mme Font... se tourmentait, me dit-on, pour un rien : « elle avait toujours peur d'un malheur et vivait dans des transes continuelles, craignant quelque chose pour elle et pour les siens. Pendant les raids des Gothas sur Paris elle manifestait une peur extrême. » Elle vivait dans un perpétuel « sentiment d'insécurité ». Elle s'inquiétait aussi de l'opinion qu'on pouvait avoir sur elle et se montrait facilement susceptible. Elle n'était ni orgueilleuse, ni méfiante, ni dissimulée, mais plutôt humble, crédule et résignée.

1er accès. — En 1918, Mme Font... a présenté des troubles mentaux qui durèrent un mois, mais sur lesquels je ne possède d'autres renseignements que ceux fournis par elle-même : « J'avais peur, je croyais qu'on allait venir chez moi, je me croyais observée, suivie... » Un jour, elle part de chez elle avec l'intention de se jeter dans la Seine, mais une voisine rencontrée en chemin la détourne de son projet : « Je voulais me jeter à l'eau, dit-elle, parce que je croyais que mon mari avait été tué... parce que je n'avais pas de ses nouvelles... »

2e accès. — Les troubles ont débuté quelques mois avant son admission à la Salpêtrière (8 juin 1920). La filiation des symptômes est la suivante : dépression simple, exagération de son inquiétude habituelle, anxiété par intervalles, idées de persécution avec interprétations fausses.

Quelques mois avant son entrée la malade se sent fatiguée, abattue ; elle est triste, découragée, elle se sent la tête vide et n'a de goût à rien et s'ennuie ; elle néglige son intérieur et se néglige elle-même. A ce moment une légère maladie de sa fille la préoccupe de façon exagérée. Puis c'est une inquiétude vague, une crainte diffuse et, par

©BIUM

périodes, de l'anxiété. Elle remarque qu'on la regarde d'une façon hostile, qu'on la « nargue ». Elle voit des étrangers partout, des espions. Quand elle entend des automobiles elle croit qu'on vient la chercher, la prendre, la déménager de force. « Je croyais souvent, dit-elle, qu'on parlait de moi dans les conversations. On disait : Elle donne à manger à son chien et pas à sa fille. Parfois c'étaient des flatteries, des moqueries : Oh ! Mme Font... n'est pas coureuse !... Souvent on a mis de la crotte de chien dans les escaliers pour faire croire que c'était mon chien. On a même mis de la cire molle ! »

On ne peut pas dire qu'il y ait des idées d'autoaccusation. D'elle-même elle ne s'accuse de rien et quand on lui demande si elle a quelque chose à se reprocher, elle répond : « J'ai peut-être fait le mal mais c'est sans le vouloir » et elle ajoute : « C'est peut-être à cause de cela qu'on cherche à me faire du mal aujourd'hui. »

Mme Font... a des périodes d'anxiété pendant lesquelles ses craintes imaginaires se développent. Elle a peur qu'on fasse du mal à son mari. Enfin, au cours de cet accès elle a eu des idées de suicide : « Je voulais me jeter à l'eau pour en finir avec tout cela. »

A l'Asile, la malade se montre docile, calme, résignée, humble. Son délire ne se développe pas, mais tout en reconnaissant qu'elle a peut-être exagéré, elle n'abandonne que progressivement la croyance à ses anciennes idées de persécution.

L'amélioration s'accentue et la malade est rendue à son mari qui la réclame. La guérison n'est pas totale, car, si les idées de persécution ont totalement disparu, un certain degré de dépression psychique persiste encore.

2e *entrée le 15 novembre. 3e accès.* — Le mari affirme que très peu de temps après sa sortie de la Salpêtrière, sa femme était redevenue ce qu'elle était avant d'être malade. Elle n'avait plus aucune idée de persécution, plus d'interprétations et elle était dans les termes les meilleurs avec les voisines qu'elle accusait, pendant son accès, de lui vouloir du mal. Elle s'occupait activement de son ménage et faisait des travaux de couture.

Elle est retombée malade quelques semaines avant sa deuxième entrée. Comme au précédent accès les symptômes du début consistent en un malaise général, elle dort moins bien, elle est fatiguée, énervée ; le bruit des voitures l'agace. Pour tous ces troubles vagues, elle va con-

©BIUM

sulter un médecin. Puis la tristesse et la dépression s'accentuent. A une question que je lui pose pour établir la filiation des symptômes, elle répond : « Je me sentais fatiguée, triste, toute drôle, bien avant que j'aie cru qu'on m'en voulait, bien avant mes peurs : « N'était-ce pas au contraire, insistai-je, parce que vous pensiez qu'on vous voulait du mal que vous êtes devenue triste ? » « Oh ! non, confirme-t-elle encore, *j'étais triste avant.* »

Ses craintes augmentent, son inquétude s'exaspère. « *Quand je sortais dans la rue, j'avais l'impression d'un danger.* » Par moments ce sont de véritables crises d'anxiété. Les interprétations sont encore plus nombreuses qu'au premier accès et les hallucinations de l'ouïe, qui n'existaient pas alors, apparaissent : « On répète tout ce que je dis, tout ce que je fais, tout ce que je pense, même les choses intimes. » « Il doit y avoir un intercepteur chez moi. » Elle entend des injures : « Salope, vache, putain » ; des menaces : « On l'aura, elle et son mari... M. F... est un brave homme, mais sa femme est une salope. » Dans tout cela il n'y a guère de systématisation. Elle croit que c'est une bande, car elle a entendu cette phrase : « Son beau-frère fait partie de la bande ». Elle pense que les voisines sont jalouses d'elle et qu'on veut lui faire quitter son appartement. Elle paraît avoir des hallucinations ou des illusions olfactives, car elle prétend sentir des odeurs d'encens, de fleurs, de cuisine, de cadavre.

Elle a des représentations visuelles vives : « Je vois, dans mon cerveau, mon mari qui est ligotté, on le coud dans un sac et on le jette à la mer ; je me vois assassinée avec mon mari dans mon lit ; je me vois qu'on me prend par les cheveux et qu'on me coupe la tête. » Ces représentations visuelles, sans aucun caractère d'extériorité, reproduisent les craintes de la malade et se développent au cours d'une crise anxieuse que, par une espèce de choc en retour, elles exacerbent.

Au cours d'une crise d'anxiété elle ouvre la fenêtre et se serait peut-être jetée dans la rue, si son mari ne l'avait retenue.

A l'Asile, elle n'est rassurée que par périodes ; à d'autres elle a peur. Elle interprète, dans un sens de persécution, la visite d'un prêtre, celle de deux dames et d'un homme à barbe rouge ; l'attitude des infirmières ou des malades, une phrase surprise, tout devient, dans ces périodes d'anxiété, le point de départ d'une crainte anxieuse. Pendant plusieurs

©BIUM

jours elle reste calme, puis subitement elle s'agite, s'inquiète, éprouve de l'angoisse. « Je prends tout pour moi, dit-elle, on me montre du doigt... De tous côtés il y a des réflexions autour de moi, sur ce que je fais, sur ce que je pense. Tout cela c'est une vengeance contre moi, des jalousies de femmes. »

Elle n'a rien à se reprocher : « Si j'ai fait du mal, dit-elle, ce n'est qu'à moi-même, » néanmoins elle est résignée : « On fera de moi ce qu'on voudra ! Qu'on me condamne à mort ! » Peu à peu ces crises d'anxiété, avec bouffées d'idées de persécution, s'atténuent, s'espacent ; la malade ne se plaint d'aucune malveillance dans le service, mais elle croit encore à la réalité des persécutions qu'elle a subies chez elle.

Sur la demande de son mari on lui accorde sa sortie le 13 février. Elle n'est pas complètement guérie, mais très améliorée.

L'observation de cette malade étant connue, je crois qu'il ne sera pas inutile d'en faire l'analyse.

Humble, crédule, résignée, Mme Font... n'a, en somme, ni l'orgueil ni la méfiance qu'on accorde généralement aux paranoïaques ; elle n'a pas non plus l'esprit de systématisation et ses idées multiples de persécution n'aboutissent à aucun ensemble bien cohérent. Je n'insisterai pas sur la prédisposition à l'anxiété qui est évidente chez cette malade. C'est une peureuse, une craintive, une « anxieuse » qui se préoccupe continuellement de ce qu'on pense d'elle, qui vit dans l'attente d'un malheur pour elle et pour les siens, qui, selon l'expression de son mari, « voit tout en noir ».

Rien d'étonnant à ce qu'une pareille malade ait des idées de persécution au cours d'un accès de mélancolie anxieuse. L'état mélancolique ne fait, chez elle, qu'amplifier ce *sentiment d'insécurité* qu'elle éprouve déjà dans son état normal. Le trouble est beaucoup plus affectif qu'intellectuel ; il s'agit beaucoup plus d'une *crainte de persécution* que d'une idée de persécution : De la crainte imaginaire à la crainte de persécution, de celle-ci à l'idée de persécution, il n'y a pas différence de nature : la tonalité affective reste la même et seul varie le contenu intellectuel. Chez cette malade,

©BIUM

comme chez celles que nous verrons par la suite, les idées de persécution restent floues, vagues. « Quand je sortais dans la rue, dit-elle, j'avais l'impression d'un danger. » Les idées de persécution ne se préciseront un peu que plus tard, mais demeureront toujours assez imparfaites.

Comme il advient toujours dans ces cas, l'anxiété pantophobique initiale se double d'une anxiété réactionnelle, secondaire aux idées de persécution. L'anxiété primitive se trouve, chez Mme Font..., exacerbée par les craintes imaginaires, les hallucinations, les interprétations et, au cours d'un raptus anxieux, nous avons vu qu'elle avait tenté de se précipiter par la fenêtre.

Mme Font... a fait trois accès séparés par des périodes de rémission qui, d'après les renseignements très affirmatifs de son mari, paraissent avoir été complètes. Les idées de persécution se sont amplifiées d'un accès sur le précédent. Nous ne possédons guère de renseignements sur le premier accès et nous savons seulement que, probablement sous le coup d'une grande anxiété, se figurant que son mari avait été tué à la guerre, elle s'est dirigée vers la Seine avec l'intention de se jeter à l'eau. Cet état de malaise, d'inquiétude, de crainte anxieuse aurait duré quelques semaines. Nous sommes beaucoup mieux renseignés sur le deuxième et le troisième accès puisque j'ai assisté à une partie de leur évolution. Je me suis attaché à faire préciser par la malade et par son mari, interrogés séparément, le mode de début de ces accès. Il ressort de ces interrogatoires, de la façon la plus nette, que le début a chaque fois été marqué par des symptômes de dépression psychique et physique : malaise général, fatigue, abattement, énervement, tristesse, sensation d'avoir la tête vide, lenteur et difficulté pour penser et agir, découragement : « Je me sentais fatiguée, triste, toute drôle, bien avant que j'aie cru qu'on m'en voulait. » Ces symptômes ont une importance capitale et nous permettront, avec la permanence de la dépression psychique pendant toute la durée de l'accès, de porter le diagnostic d'anxiété mélancolique.

Les idées de persécution apparaissent au deuxième

©BIUM

accès, s'appuyant sur des interprétations fausses, et prennent un plus grand développement au troisième s'accompagnant alors d'hallucinations. Ces idées sont mal reliées entre elles et n'aboutissent pas à un système cohérent. Elles ne sont pas secondaires à des idées d'auto-accusation, bien qu'une phrase de la malade puisse faire croire le contraire, à un examen superficiel : « J'ai peut-être fait le mal, mais c'est sans le vouloir... c'est peut-être à cause de cela qu'on cherche à me faire du mal aujourd'hui. » Cette phrase est intéressante en ce qu'elle montre le lien logique qui unit l'idée de persécution à l'idée de culpabilité ; mais, dans le cas présent, la réponse de la malade, *sollicitée par notre question*, n'est qu'une explication rétrospective et dubitative. Son humilité est telle qu'elle tend à considérer les persécutions dont elle est l'objet comme une punition ; or, l'idée de punition impliquant l'idée de faute antérieure, elle en vient à se demander rétrospectivement, quand on l'interroge, si elle n'a pas pu faire le mal sans le savoir. Nous avons vu plus haut que plusieurs auteurs avaient montré comment, de l'idée de culpabilité, le mélancolique passait à l'idée de persécution : « Parfois cependant, disent Devaux et Logre, les persécutions lui paraissent sans motif et sans excuse. »

Bien que les persécutions dont Mme Font... se croit l'objet lui paraissent injustifiées, elle est résignée : « On fera de moi ce qu'on voudra ! Qu'on me condamne à mort ! » Chez Mme Font..., les craintes de persécution portent autant sur son mari que sur elle-même. C'est là encore une note mélancolique que nous retrouverons chez d'autres malades : le mélancolique persécuté a peur autant pour les siens que pour lui-même.

Nous remarquons encore chez cette malade les hallucinations de l'ouïe et probablement de l'odorat, ainsi que des représentations visuelles mentales vives qui, soit dans ses rêves soit à l'état de veille, sont l'illustration de ses craintes. Enfin, à chaque accès, elle a manifesté des idées de suicide.

L'asile, en soustrayant la malade à son milieu, a

©BIUM

apporté un bien-être immédiat qui s'est maintenu, la première fois jusqu'à la guérison, et qui n'a été la deuxième fois que transitoire, de nouvelles hallucinations, illusions et interprétations ayant alimenté le délire. Ce qui a persisté en dernier lieu a été la croyance à la réalité des anciennes persécutions.

Deuxième observation. — La malade, dont je vais donner l'observation, est également très instructive, en ce sens que le diagnostic d'accès mélancolique est indiscutable et que les idées de persécution atteignent un grand développement. J'anticiperai, en disant qu'ici encore les idées de persécution sont secondaires à l'anxiété mélancolique et qu'elles prennent leur origine dans un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, qui, dans ses paroxysmes, se traduit par des craintes touchant l'instinct de conservation.

Madame P... (55 ans), n'offre rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Le trait dominant de son caractère est l'inquiétude. Portée à voir tout en noir, elle s'attend toujours au pire ; elle se préoccupe, plus que de raison, de la santé de son fils, de son avenir et s'inquiète, outre mesure, lorsqu'elle ne reçoit pas de ses nouvelles. Elle n'a presque jamais de moments de gaieté, elle est triste, sérieuse, renfermée. Elle n'a ni méfiance, ni orgueil, mais est plutôt crédule et humble. Pas de débilité mentale. Pas d'éthylisme.

Au début de la guerre, elle a souvent des crises de larmes. « Je pleurais en travaillant, sans savoir pourquoi ; je n'avais aucune raison de tristesse, aucun ennui. » Plus tard, seulement, arrivent les motifs de chagrin ; son fils part au front, puis à Salonique et son mari, gravement malade, meurt en décembre 1918. La tristesse et le découragement s'accentuent peu de temps après et la malade vit dans un perpétuel état d'inquiétude vague. Elle se figure qu'on la suit dans la rue, qu'on parle d'elle, qu'on la regarde de travers. Elle n'a que des interprétations et des illusions : « Quand on causait dans la rue, je croyais, dans mon idée, que c'était de moi. Je n'entendais pas exactement leurs paroles... je n'entendais que quand les gens étaient passés. » Cet état d'inquiétude s'exagère et aboutit à l'anxiété avec sensation d'angoisse.

©BIUM

Un jour (20 avril 1919), dans l'atelier où elle travaillait, elle croit entendre le chef de l'atelier dire derrière elle : « Le fils de Mme P... a été tué... il a été tué par des apaches en plein jour. » Cette phrase l'impressionne profondément. Elle quitte son travail, rentre se coucher chez elle, pleure. C'est alors qu'apparaît un véritable accès d'anxiété pantophobique, avec hallucinations, craintes imaginaires, terreurs paniques, tentatives multiples de suicide. Toute la journée elle entend des voix qui lui répètent la phrase suivante : « Faut-il qu'elle soit lâche pour rester crever dans son lit, alors que son fils vient d'être tué ! » Elle prend alors un couteau et se fait une assez forte entaille au poignet ; mais, n'ayant pas réussi à se couper « la veine du bras », elle se donne trois coups de couteau dans la région du cœur (cicatrices encore visibles), puis elle tente de s'empoisonner avec des allumettes soufrées et de l'alcool camphré. Toute la nuit elle entend des voix qui profèrent des menaces : « Nous allons monter pour la tuer ; on va mettre une échelle... » Au comble de la terreur elle s'enfuit de chez elle, va demander asile à une amie, couche chez celle-ci ; mais les voix ne la lâchant pas et la menaçant toujours elle repart, va demander à Lariboisière une admission qu'on lui refuse, erre toute la journée dans les rues, puis va au ministère de la guerre pour se constituer prisonnière, croyant qu'il y a des mandats d'arrêt lancés contre elle. Là aussi on la renvoie. Alors profondément découragée et anxieuse elle fait une quatrième tentative de suicide en se jetant dans la Seine. On la repêche aussitôt et on la conduit à l'Hôtel-Dieu ; là, comme on lui demande si elle a de la famille, elle répond : « Je suis seule au monde, mon fils vient d'être tué. »

Cet épisode anxieux, si dramatique, se calme rapidement et elle quitte l'Hôtel-Dieu au bout de 10 jours. Elle était revenue, dit-elle, dans son état normal et elle avait repris son travail.

Au début de juin, après 6 semaines de rémission, elle retombe dans une nouvelle phase de dépression, plus caractéristique de mélancolie que la première : apathie, inertie, abandon de ses occupations, négligence d'elle-même et de son intérieur, découragement, refus presque complet d'aliments, anxiété. Les craintes imaginaires reparaissent, elle refuse de sortir de chez elle, de peur d'être tuée. Il n'y a pas d'hallucinations mais de nombreuses interprétations fausses. Son fils la conduit à la consultation de la

©BIUM

Salpêtrière où on l'admet le 23 juin 1919. La malade a l'aspect typique d'une mélancolique un peu auxieuse. Elle répond lentement, à voix basse aux questions qu'on lui pose. Elle n'accuse personne, elle est résignée à tout et ne formule aucune idée de culpabilité. Elle ne fait aucune interprétation nouvelle dans le service et reconnaît assez vite le caractère pathologique des troubles qu'elle a présentés. L'état mélancolique survit quelques semaines aux idées de persécution. La malade sort, complètement guérie, le 2 octobre 1919, active, travaillant bien, confiante dans l'avenir, presque gaie.

Son fils nous la ramène 6 mois plus tard, le 30 mars 1920 et nous dit que pendant les 3 premiers mois sa mère était dans un état parfait. Au début de janvier il remarqua un changement de l'humeur, de la tristesse et du découragement sans motifs, la perte de l'appétit. Peu à peu apparurent les idées de persécution avec des interprétations et des illusions de l'ouïe : « Quand les gens parlent, disait-elle, je crois que c'est de moi... » On va la tuer, on va lui mettre un bâillon sous le nez, on va la jeter par la fenêtre sur la ferraille. « Quand il n'y a personne, j'entends rien, mais aussitôt qu'on parle c'est de moi. J'entends surtout si je ne suis pas occupée... alors, si j'entends causer, c'est de moi... »

Il n'y a ni systématisation, ni même tentative d'explication. La malade paraît se rendre compte que : « tout cela, c'est peut-être la maladie, c'est peut-être l'imagination. » Cet état s'améliore très rapidement dans le service. Elle n'a plus d'idées nouvelles de persécution et elle abandonne en quelques semaines ses anciennes croyances. Comme au permier accès, la malade reste déprimée plus longtemps que persécutée.

(A suivre).

©BIUM

UN TESTAMENT DE PERSÉCUTÉ

Par les Drs LEVET et VERNET

Médecins-directeur des asiles publics d'aliénés

Sous le pseudonyme de Désiré Méreaux et sous le titre : *Histoire d'un duel entre deux mentalités* (1), le regretté Paul Dubuisson a montré naguère, avec son esprit coutumier, comment s'opposaient et combien souvent différaient dans la pratique courante le penser du médecin et la logique du magistrat.

Voici deux documents qui nous ont paru, à cet égard, intéressants à confronter. Il s'agit d'une affaire civile : de la validité d'un acte testamentaire.

Dans la consultation qui nous avait été demandée par l'une des parties, nous croyions avoir établi, par des arguments qui nous paraissaient décisifs, que le testament incriminé était l'œuvre d'un persécuté et qu'il devait être annulé : c'est notre premier document.

A la suite nous donnerons un extrait du jugement avec ceux des considérants dans lesquels le Tribunal examine à son tour la mentalité du *de cujus* et tire de cet examen des conclusions exactement contraires à celles que nous avions énoncées.

Nous nous abstiendrons de tous commentaires.

1° Consultation médico-légale

Nous, soussignés, Levet, Jean, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de la Charité (Nièvre) et Vernet, Georges, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher), invités à donner notre opinion sur l'état mental de M. X..., en son vivant propriétaire, domicilié à X..., et sur la validité des dispositions testamentaires par lui prises aux dates des 18 septembre 1908 et 16 oc-

---

(1) *Archives d'antropologie criminelle et de Médecine légale*, n° du 15 mai 1906.

©BIUM

tobre 1911, avons, en notre honneur et conscience, consigné dans la présente consultation notre avis motivé.

⁂

Les éléments d'appréciation mis à notre disposition comprennent les documents suivants :

1° Expédition signée X... du testament et du codicille de M. X... en date des 16 octobre 1911 et 18 septembre 1908 ;

2° Des originaux ou des copies de lettres et de télégrammes adressés par M. X... à diverses personnes en 1883, 1884, 1885, 1886, 1888, 1890 et 1891 ;

3° Des lettres de M. le Professeur Landouzy en date des 27 septembre 1886, 18 octobre 1886, et 15 décembre 1912 ;

4° Une lettre d'une dame X... en date du 20 janvier 1888 ;

5° Une lettre de M. le docteur Sallard en date du 21 mars 1913 ;

Et enfin 6° un mémoire intitulé « Faits à articuler », à nous remis par Me X..., avoué à X...

L'étude de ces documents — dont nous avons fait état sans nous instituer juges ni de leur authenticité, ni de leur véracité, — nous a conduit à penser :

1° que l'état mental de M. X... se caractérisa, de 1883 jusqu'à la mort, survenue le 4 octobre 1912, par un délire chronique des persécutions ;

2° que les dispositions testamentaires par lui prises aux dates précitées doivent être considérées comme la conséquence directe de cet état mental particulier.

Nous exposerons successivement et succinctement les raisons qui nous ont déterminés dans chacune de ces appréciations.

I. — *L'état mental de M. X... se caractérisa, de 1883 jusqu'à la mort, survenue le 4 octobre 1912, par un délire chronique des persécutions.*

De ce fait, nous voyons la preuve :

1° dans les *propos* tenus par M. X... ;

2° dans les *écrits* qu'il a laissés ;

3° dans les *actes* qui lui sont attribués.

©BIUM

Au cours de la seconde moitié de son existence (1883-1912), époque à laquelle se rapportent les documents qui nous ont été soumis, M. X... a laissé paraître à maintes reprises, dans ses conversations et dans ses propos, des préoccupations et des conceptions dont le caractère morbide s'impose à l'esprit le moins averti. « On l'entend souvent se plaindre d'être l'objet de tentatives d'empoisonnement de la part de son père et de ses sœurs : il prétend que ceux-ci paient des intermédiaires pour mélanger du poison à ses aliments, et, parmi les personnes qui l'approchent, la plupart sont accusées par lui de ces tentatives d'empoisonnement (1884). Il déclare à un domestique qu'il ne se sent plus maître de lui et qu'il se portera à quelque violence si l'on continue à le persécuter (1884). Il se plaint de bruits imaginaires : il entend la nuit les Prussiens qui viennent frapper aux fenêtres de sa chambre, située au 1er étage (1886). A Dijon, dans un hôtel où il fait de fréquents séjours, il exprime la crainte que l'on ne mélange des drogues à sa nourriture et à sa boisson. D'une façon générale d'ailleurs, il accuse les domestiques des nombreux hôtels où il passe de « préparer son verre » et il parle de son père, de ses sœurs et de leurs maris comme de persécuteurs qui ne lui laissent pas de répit (1907 à 1911). Dans la dernière année de sa vie enfin, il se croit et se dit espionné, poursuivi par les agents de sa famille et menacé par elle de toutes sortes de dangers. « Mes sœurs, ajoute-t-il, ne m'ont jamais fait que du mal. » Et il découvre dans le personnel de l'hôtel où il se cache un espion introduit par sa famille pour le surveiller et le droguer (Bordeaux, mai 1912). »

De ses préoccupations et de ses craintes, M. X... nous a laissé d'ailleurs le témoignage écrit. Et, du point de vue qui nous occupe, les documents de ce genre prennent la plus haute valeur. « Le délire des persécutions, dit un médecin légiste dont l'expérience fut unique et l'autorité considérable, le délire des persécutions présente des caractères tellement spéciaux et s'isole si bien des autres formes de désordre mental que, sur un simple écrit d'un malade, dicté par ses

©BIUM

conceptions maladives, on peut déjà se faire une opinion de son état intellectuel. » (Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*, p. 333). De fait, on imaginerait malaisément document à cet égard plus explicite que le télégramme suivant, adressé par M. X... à l'une de ses sœurs, le 2 mars 1883 :

« Des êtres immondes dont l'idiotisme égale la scélératesse, me font donner chaque jour, sans exception, depuis mon départ de Paris, des stupéfiants à petites doses. J'ai donné en conséquence mes ordres testamentaires à Me X..., mais cela ne changera pas ce qui est volonté que personne ne connaît. — X... »

Exaspéré par les persécutions dont il se croit l'objet, M. X... ne peut plus se contenir, il laisse éclater sa colère en termes violents. Il ne désigne pas encore nommément ses persécuteurs : du moins, il les qualifie durement. Dès ce moment, il précise le mode de persécution auquel il est en butte : on cherche à l'empoisonner. Il connaît même la nature du poison : des stupéfiants. Et il s'est rendu compte du mode d'administration : à petites doses. Sans doute aussi croit-il ses jours en danger, car, — fait à retenir, — il déclare avoir pris « en conséquence » ses dispositions testamentaires.

Deux lettres ultérieures sont encore, si possible, plus significatives. Le 18 décembre 1886, M. X... écrit à sa sœur : « Je considère le garde de mon père comme un homme sans aucun scrupule et cherchant à faire des adeptes. Cet homme, dans certains cas desquels je suis sûr sans être à même de le prouver, a fait usage de solutions de strychnine qui donne des congestions. Si la solution était d'une certaine force, ce serait la mort et toutes celles que j'ai eues pendant cet été chaud étaient seulement le résultat de cela ou de choses semblables dans une proportion complètement impossible à voir avec l'œil humain. A présent, je considère comme mon devoir, celui de votre frère aîné et unique, de dire que pendant que vous étiez ici cet été dernier, vous étiez si excitée et si irritée dans certains cas que j'étais parfaitement et matériellement sûr que vous aviez été *dosée*. »

©BIUM

Et encore, deux jours après : « ...J'ai été obligé de renvoyer les deux S... l'autre jour. J'étais continuellement malade pendant le temps qu'ils étaient à mon service. Plus tard, j'ai appris que le garde de mon père avait causé avec eux, leur disant de mettre ceci ou cela alternativement dans la nourriture, ayant l'impudence de dire que cela me ferait partir et que cela ferait certainement plaisir à mon père... Cet homme est une canaille, comme beaucoup d'autres ici, qui sont de telles brutes qu'ils ne cherchent qu'à trouver un moyen pour m'insulter... »

A trois ans d'intervalle, on aperçoit les progrès réalisés dans l'évolution du délire : le persécuteur est dorénavant clairement désigné : c'est le propre père de M. X... L'agent des persécutions est connu : c'est le garde particulier de ce « très excellent père ». Le stupéfiant employé est déterminé : c'est la strychnine. Et nous trouvons ici sous la plume de M. X... l'un de ces néologismes chers aux persécutés et par lesquels ils s'efforcent d'exprimer. sous une forme souvent pittoresque, les sensations morbides qu'ils éprouvent : M. X... se déclare « *dosé* », au même titre que d'autres sont prestidigés, resautés, goupillonnés, flibustés, détripés, ventilisés, etc...

Non moins singuliers et tout aussi pathognomoniques, nous apparaissent dans le même temps les *actes* de M. X... Rappelons-en quelques-uns. En 1884, pendant un dîner de famille à X..., sans aucune raison et sans prononcer une parole, M. X... lance un rince-bouche à la tête d'un domestique qui servait le dîner. Une autre fois. il se précipite sur un domestique pour le terrasser et le frapper avec un couteau. Il renvoie brusquement deux de ses serviteurs et il exige l'éloignement immédiat de la gouvernante allemande des enfants de sa sœur. Pour tout ce qui concerne son alimentation, il se montre d'une minutie et d'une méfiance extrêmes: il fait décacheter et déboucher devant lui les bouteilles de vin qu'on lui sert, exige avant d'en boire lui-même que le domestique y ait goûté et recherche si le bouchon n'a pas été perforé à l'aide d'une aiguille très fine, de façon à permettre l'introduction d'une drogue

©BIUM

dans le contenu. Mêmes appréhensions et mêmes soupçons pour les œufs à la coque. A Paris, il prend ses repas dans la loge de son concierge. Et souvent enfin il refuse absolument de manger. Il ne se fixe d'ailleurs nulle part : nous le trouvons en Hollande, à Buda-Pesth, à Constantinople, — pendant l'un de ses séjours dans cette ville il dépose une demande de naturalisation « comme sujet de Sa Majesté l'Empereur d'Allemagne » (10 décembre 1888), — en Angleterre, à Nice, à Bordeaux, à Montauban, etc.... errant ainsi sans trêve de ville en ville et établissant son domicile, — alors qu'il possède dans la N... deux propriétés très agréables, — à X..., dans une banale chambre d'hôtel.

Bizarres et insolites en apparence, tous ces gestes ont leur logique, — la logique particulière aux persécutés : ce sont des mesures de préservation contre des dangers imaginaires, des moyens de défense contre des ennemis supposés, des réactions violentes à des hallucinations des divers sens. Lorsque M. X... moleste ses domestiques ou se livre sur eux à des voies de fait, il obéit à un ressentiment à ses yeux parfaitement légitime : ces gens en veulent à sa vie, il a le droit de la défendre. Et comme ses persécuteurs, pour aboutir à leurs fins, emploient toutes les ruses et ne reculent devant aucun artifice, il multiplie à leur endroit les mesures de précaution et de méfiance, il cherche à les dérouter par l'imprévu de ses décisions : il prend ses repas chez son concierge. S'il réalise enfin un très beau type de ces aliénés depuis longtemps connus et auxquels leur existence vagabonde a valu le nom de *persécutés migrateurs,* c'est que, las de lutter et toujours vaincu dans la lutte, il ne trouve d'autres moyens que la fuite pour se soustraire à tous les dangers et à tous les maléfices dont il se sent constamment menacé.

Propos, écrits, actes prennent donc à nos yeux, chez M. X..., une signification concordante et nous permettent d'établir, avec le même degré de certitude que s'il s'agissait d'un malade de notre pratique courante, le diagnostic rétrospectif de l'affection mentale dont il fut atteint, et c'est à savoir : le *délire,* ou, si l'on préfère, *la monomanie de la persécution.*

©BIUM

Au surplus, telle est bien l'opinion qui fut émise, du vivant même de M. X..., par les médecins appelés à lui donner leurs soins.

Au cours de l'été 1886, l'état mental de M. X... préoccupa à tel point sa famille que celle-ci se décida à provoquer une consultation de son médecin ordinaire, M. le Dr X..., avec M. le Professeur agrégé Landouzy. Au lendemain de cette consultation, M. le docteur Landouzy écrivait à l'une des sœurs de M. X... les lignes que voici :

« ...De ce que les uns et les autres nous savons, il résulte :

« 1° un fait indéniable ;

« 2° des indications à remplir.

« Le fait, c'est que dans son délire de persécuté, votre frère est plus que jamais hanté par les hallucinations de l'ouïe. Au début, les hallucinations étaient à la fois du goût et de l'ouïe, celles du goût existent encore et sont fréquentes, mais elles semblent jouer dans les suggestions de votre frère un moindre rôle que les hallucinations de l'ouïe. Ce sont ces dernières qui actuellement prennent la première place et constituent la série de chaînons par lesquels il trame son délire partiel...

« De toutes les hallucinations qui peuvent assaillir les malades, les pires conseillères sont celles de l'ouïe : c'est pourquoi nous avons le devoir de vous prévenir et de vous répéter que vous assumez une responsabilité en laissant vivre M. X... dans un milieu de choses et de gens où les motifs à excitation et les réveils des souvenirs endormis peuvent se rencontrer beaucoup plus que partout ailleurs... Il n'y a qu'*une* solution qui offre garantie pour vous et pour tout votre entourage ; en dehors de cette solution qui *seule* peut couvrir *tout* et *tous*, nous n'avons plus qu'à compter sur la chance... »

La famille de M. X... ne put se résoudre à la mesure énergique et seule efficace conseillée par M. Landouzy : l'isolement dans une maison de santé. Mais elle institua auprès de M. X... une surveillance médicale, dont fut chargé M. le Docteur Sallard. Nous devons à ce pra-

©BIUM

ticien une observation très détaillée et très précise de l'état mental de son client d'alors. M. le docteur Sallard passa environ un mois (août-septembre 1886) dans une villa de Deauville en compagnie de M. X... : « Dès les premiers jours, écrit-il, je pus constater les troubles psychiques qui rendaient ma présence nécessaire. Sur quantité de sujets, M. X... tenait des conversations parfaitement sensées, mais toutes celles qui concernaient sa santé ou les malaises qu'il éprouvait portaient nettement le cachet de ses obsessions délirantes. A mon égard, son attitude fut toujours courtoise, parfois un peu gouailleuse, mais assez confiante pour qu'il me fît part journellement de ses angoisses morales. J'appris ainsi : qu'il se jugeait perpétuellement victime de tentatives d'empoisonnement ; que les domestiques de la maison et plus spécialement la gouvernante allemande mêlaient, presque à chaque repas, à ses aliments, des substances toxiques (dont il précisait même parfois la nature) qui, sans menacer directement sa vie, étaient pourtant la source de tous ses malaises nerveux ou digestifs... Ces obsessions s'accompagnaient souvent d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le malade croyait voir, à table, les personnes qu'il accusait (selon sa propre expression) de le *doser*, lui faire des gestes ironiques ; il se figurait entendre, à travers la cloison de sa chambre, ses neveux prononcer et répéter des mots, toujours identiques (payer, payer) relatifs selon lui à ses affaires personnelles d'intérêt... Vers la fin de mon séjour, je crus m'apercevoir qu'il devenait moins expansif avec moi ; visiblement sa confiance à mon égard déclinait ; aussi, certain jour, inopinément, il fit préparer ses bagages et il fut impossible de le retenir plus longtemps à la villa. Il partit pour reprendre l'existence errante et cosmopolite qui est particulière aux malades de cette catégorie. »

Appuyée sur de tels témoignages et si autorisés, l'existence chez M. X... d'un délire des persécutions, — que nous avions déduite de l'étude de ses faits et gestes, — ne peut donc faire aucun doute. Mais, en clinique, l'idée délirante de persécution se présente avec bien des variantes et l'on ne saurait trop, quand faire se

©BIUM

peut, en préciser et en compléter la notion. La chose ici nous est possible avec les éléments mis à notre disposition.

Nous relèverons tout d'abord, chez M. X..., ce fait que le délire des persécutions s'est prolongé pendant toute la seconde moitié de l'existence et l'a dominée. Ce ne fut pas chez lui, comme il arrive, l'une de ces idées vagues, parasites qui germent et éclosent plus ou moins brusquement, à la faveur d'une intoxication, par exemple, et qui s'estompent et disparaissent avec la cause même qui les a fait naître. Ce fut, tout au contraire, un délire persistant, tenace, profondément incorporé à toute sa personne morale et dirigeant impérieusement toute son activité intellectuelle. Ce fut, pour tout dire d'un mot, *un délire systématisé et chronique de persécution*. La distinction est essentielle. L'idée vague de persécution, telle qu'on la rencontre chez l'alcoolique par exemple, est de nature inconsistante et éphémère. Dès qu'elle a disparu, le sujet qui en fut atteint est le premier à reconnaître et à proclamer la fausseté de ses conceptions délirantes, les erreurs de ses sens : il en sourit ou il les déplore ; en tous cas, il s'en excuse. Rien de tel chez le persécuté chronique, la conviction délirante est trop profondément ancrée en lui, trop abondamment entretenue par ses troubles hallucinatoires répétés pour qu'elle puisse disparaître jamais complètement. Parfois, sans doute, elle s'atténue, comme aussi elle s'exacerbe : elle a ses *rémissions* comme elle a ses paroxysmes. Elle ne s'évanouit jamais. Chez le persécuté chronique, l'on n'observe pas de ces guérisons totales mais temporaires qui consisteraient pour lui à reconnaître, comme c'est le cas pour le persécuté d'occasion, qu'il a été victime d'hallucinations ou de fausses interprétations, que tout ce qu'il a cru entendre ou ressentir n'était qu'illusions, qu'il regrette les actes par lui commis sous une inspiration morbide, qu'il est prêt à en offrir réparation. Que si, de temps à autre, dans nos services, un tel fait vient à notre observation, nous nous tenons aussitôt sur nos gardes et nous redoublons à l'égard de tels malades de vigilance et de précaution : nous savons qu'ils ne sont pas gué-

©BIUM

ris ; nous sommes assurés qu'ils dissimulent. Et l'événement nous donne toujours raison : *il n'y a pas d'intervalles lucides dans le délire systématisé chronique des persécutions.*

A cette première précision, dont l'importance ne saurait échapper, l'examen de la correspondance de M. X... nous permet d'en ajouter une seconde, qui n'est pas elle-même sans intérêt. Le délire des persécutions, chez M. X..., ne resta pas pur : il fut, nous l'avons vu, d'origine hypocondriaque ou, si l'on préfère, cœnesthésique, et, dès 1884, il s'y mêla quelques préoccupations mystiques et des idées de grandeur.

Dans une lettre datée de Constantinople, nous lisons : « ...J'ai cessé d'une façon définitive d'appartenir à l'Eglise catholique romaine dont je ne peux, sous peine d'excommunication majeure, reconnaître certains dogmes... » Et plus loin : « ...Si j'avais accepté d'être un faux croyant et de le déclarer d'une façon officielle en me confessant et en recevant la communion après la confession, on m'offrait tout l'or et toutes les richesses beaucoup plus considérables que tu ne saurais croire... » Il prie qu'on veuille bien le compter dorénavant « au nombre des disciples de Luther » et il annonce qu'en suite de ses nouvelles dispositions, il prend « des mesures testamentaires pour que l'on rende à ses dépouilles mortelles les honneurs religieux suivant sa volonté librement exprimée » (5 juillet 1884). De Constantinople encore, où il est retourné quatre ans plus tard, il éprouve le besoin de rappeler à sa sœur « la demeure princière où elle est née », « les dépenses annuelles d'un million qu'y faisaient leurs parents » et il l'assure « qu'il ne sortait alors qu'en voiture à la Daumont à quatre précédé d'un piqueur », etc... (28 mars 1888).

Ces idées de grandeur, d'apparition si fréquente chez les persécutés, sont le premier indice, — on en a depuis longtemps fait la remarque, — d'un affaiblissement notable du sens critique et, plus généralement, de toutes les facultés intellectuelles. Ce fut le cas pour M. X..., si l'on en juge par les quelques fragments qui nous restent de sa correspondance postérieure aux an-

©BIUM

nées 1884-1888. Jusqu'alors et quelle que fût la singularité des idées exprimées, la forme restait régulière et l'expression à tout le moins correcte. Dorénavant, ce ne seront plus que phrases incohérentes et sans suite, écrites sur des bribes de papier ou des fragments de journaux, et dans lesquelles le français, l'italien, l'anglais, l'allemand, voire le latin, se heurtent et se mêlent en d'invraisemblables hiéroglyphes. En voici quelques spécimens :

22 août 1890 : Il était un roi de Thulé.....
Lettre à sa nièce :
Ses yeux se remplissaient de larmes...
Et doucement...
Il formidabile...
Le trèfle à cinq feuilles.
Le tilleul de nos chères montagnes de la Bohème.
Lost in the snow The good shepperd.
A Pe ri-re
Berthecourt : ordre de jouer devant les armoiries d'un maréchal qui avait été humain.
L'homme de neige a bien besoin de quatre tachentrech one year ago.
Qu'est-ce que tu voudrais être.
Général. Maréchal de France.
Pluton et Sirius There is General Good Shuce nith his faithfall Pluton.

— *Sur une autre feuille :*
Memento
Pas de juif italien.

— *Sur un troisième feuillet :*
In memoriam
Pour toi le coursier impérial
Vrùgùft

— *Sur un quatrième feuillet :*
Memento
Marguerite de Navarre traversant les Pyrénées, etc., etc.....

— *26 mars 1890 : Carte postale adressée à l'une de ses sœurs :*

©BIUM

Maréchal Ney ne put entamer la ligne des Ecossais.
Ch. Gordon
The Old Mother.
Expects every one to meke his Duthy
Maintenant
Herzog

— *14 décembre 1890 : Lettre adressée à l'une de ses sœurs :*

fiumez le pipe mon cher
fiumer le pipe mon cher
fiumez le pipe mon cher
all right all right

Oun beaucoup très beau tableau. Oune peti baby lui pas savoir langage eh quoi don il signor far cow una spada prope del bambino.

Oh Capisco e il signor colonel del Regimento di Fono com il suo Bambino per fare l'exercitio.

Oh Dis mio so piccolo !
E in miraculo securo.
Una familia militare.
Eh ! ela Dona
Come si chiama ?
La madre
La charita
Giordano Bruno Savonarole
etc., etc.....

5 mai 1891. Télégramme adressé à l'une de ses sœurs:

Expecting Every one to make his Duty in time doublez sacré nom de Dieu si vous êtes des hommes devez répondre à moi les enfants de la veuve kikiriki.

— C'en est assez. Les premiers écrits de M. X... nous avaient permis d'affirmer chez lui l'existence d'un délire des persécutions ; ceux que l'on vient de lire sont tout aussi caractéristiques de l'apparition de l'ensemble morbide qui termine trop souvent les délires de ce genre : nous avons nommé *la démence.*

Nous préciserons plus loin le sens exact que nous attachons à ce mot ; nous le retiendrons, dès maintenant, pour compléter la formule clinique en laquelle il nous semble pouvoir résumer l'état mental particulier

©BIUM

de M. X... pendant la deuxième moitié de son existence: *délire systématisé chronique des persécutions, avec mélange d'idées mystiques et de grandeur, ayant évolué progressivement vers la démence.*

II. — *Les dispositions testamentaires prises par M. X... doivent être considérées comme la conséquence directe de son état mental particulier.*

Il n'est pas à l'heure actuelle d'aliéniste qui, ayant établi pareille démonstration, puisse éprouver quelque hésitation à en déduire, au point de vue médico-légal, les conséquences générales suivantes : irresponsabilité complète au point de vue pénal, incapacité totale au point de vue civil. A tous, il apparaîtrait inadmissible de déclarer « sain d'esprit » un malade dont l'affection mentale est aussi expressément définie.

Or, nous devons à la vérité de reconnaître que l'opinion médicale ne s'est pas toujours montrée aussi formelle ni aussi nette, et c'est un fait non moins patent que la jurisprudence reste, aujourd'hui encore, à cet égard beaucoup plus incertaine. La raison en est que l'une et l'autre ont été longtemps dominées par la doctrine dite du *délire partiel* ou de *la monomanie :* les médecins légistes se sont, depuis plusieurs années déjà, dégagés de ce dogme ; des jugements récents nous prouvent qu'au contraire il se trouve encore des magistrats pour y attacher crédit.

Nous accepterons donc la discussion sur le terrain où l'a laissée la jurisprudence et nous poserons aujourd'hui la question comme l'eût fait, il y a quelque quarante ans, Legrand du Saulle, par exemple, l'un des derniers tenants du délire partiel et de la monomanie.

Mais d'abord résumons, en puisant aux meilleures sources, et la doctrine de la monomanie et ses conséquences.

Doctrine. — « On désigne sous le nom de monomanies les cas d'aliénation mentale dans lesquels le délire est partiel, c'est-à-dire dans lesquels les facultés mentales, manifestement lésées sur un point, paraissent conserver sur tous les autres l'intégrité de leur fonctionnement. » (Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur*

©BIUM

les testaments contestés pour cause de folie, 1879, p. 265).

Conséquences. — « Dans tous les objets qui sont étrangers à la passion dominante ou à l'idée fixe dans lesquelles le délire a pris naissance, on doit supposer que le monomaniaque voit, entend et sent comme s'il n'était pas aliéné et que les actes qui sont en dehors de la sphère de son délire doivent conserver, en droit civil, leur validité, et leur culpabilité en droit criminel. » (Conseiller Sacase, *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile,* 1851, p. 31).

Et, au point de vue spécial qui nous occupe de la faculté de tester :

« Si l'acte a été inspiré par la maladie dont le disposant était atteint, si le testateur subissait l'influence de l'idée fixe dont il était habituellement tourmenté, la disposition est l'œuvre de la partie malade de son intelligence : elle devra donc être déclarée nulle. Mais il ne faudra pas hésiter à la maintenir, si elle est, au contraire, absolument étrangère à l'objet de sa monomanie ; car elle est, dans ce cas, l'œuvre de la partie saine de son cerveau. » (Legrand du Saulle, *Loc. cit.,* p. 45).

Nous n'instituerons pas ici, — nous l'avons dit, — une controverse doctrinale : aussi bien les discussions passionnées auxquelles la question a donné lieu il y a un demi-siècle ne présentent-elles plus d'ores et déjà qu'un intérêt historique et ne sont rapportées qu'à ce titre dans les traités ou manuels récents. Nous ne rappellerons pas davantage comment la théorie du délire partiel n'a pu, par la suite, soutenir l'épreuve d'une observation devenue plus affinée et d'une psychologie moins simpliste. Mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien peu elle nous paraît s'appliquer au cas particulier qui nous occupe : nous avons souligné que le délire soi-disant partiel constaté en 1886 par M. le Professeur agrégé Landouzy chez M. X..., n'a pu garder longtemps ni son individualité, ni sa pureté ; que, suivant la règle, il s'est ostensiblement et rapidement généralisé et qu'il a subi, en fin de compte, l'évolution vers la démence que nous avons

©BIUM

retracée. Nous serions donc, nous semble-t-il, parfaitement autorisés à récuser absolument comme inapplicable dans l'espèce une doctrine sur laquelle, scientifiquement, nous ne saurions faire de trop expresses réserves.

Sous le bénéfice de ces observations, il ne saurait nous déplaire de nous reporter quarante ans en arrière et, aujourd'hui encore, de parler monomanies.

Dans les classifications de l'époque, les monomanes sont légion : il y a les monomanes instinctifs (impulsifs) : kleptomanes, dipsomanes, pyromanes, etc..., et il y a les monomanes intellectuels : mégalomanes, démonomanes, hypocondriaques, persécutés, inventeurs, érotiques, mystiques, etc... Chacun d'eux se présente avec sa spécialité morbide et, au point de vue médico-légal, avec ses réactions propres, que laissent pressentir, pour la plupart, les appellations mêmes qui ont servi à les désigner. Quelles sont donc les réactions médico-légales du monomane qui nous intéresse, nous voulons dire du persécuté ? Précisément celles que nous relevons dans ce que nous avons pu rétablir de l'histoire clinique de M. X... : au criminel, les violences et voies de fait ; au civil, l'exhérédation.

Aussi sûrement qu'il frappe, aussi souvent qu'il tue, le persécuté déshérite. C'est un fait. Mettons-le hors de conteste.

Dans son *Traité du Délire des persécutions* (1871), Legrand du Saulle, que nous aimons toujours à citer, consacre tout un chapitre (le X[e]) aux « Testaments des persécutés ». De ce chapitre, il dresse ainsi la table des matières :

1. Les testaments des persécutés, p. 377.
2. Les persécutés déshéritent leurs parents, p. 379, etc...

Et. dans le corps même de l'article, nous lisons :

« Les recueils de jurisprudence renferment un très grand nombre d'actes de dernière volonté qui portent évidemment le sceau du délire des persécutions. Tous les dispositifs des arrêts commencent d'abord par rappeler cette condition fondamentale édictée par l'article 901 du Code Civil, à savoir que pour faire une

©BIUM

donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit, et ils passent ensuite en revue les circonstances principales de chaque affaire. C'est ainsi qu'on va pouvoir retrouver les conceptions délirantes si significatives et si aisément reconnaissables qui tourmentaient chaque testateur et qui ont certainement contribué à dicter les iniquités testamentaires commises par les persécutés. » (p. 411).

« On remarquera, dit encore Legrand du Saulle, et nous avons tenu à laisser ici cette citation, on remarquera que les magistrats se servent volontiers du mot « démence », et qu'ils l'emploient comme synonyme de folie. Dans le langage de la science, la démence consiste dans un affaiblissement graduel des facultés de l'entendement et ne saurait en aucune façon avoir la même portée et le même sens que l'expression technique générale « aliénation mentale ». Pour le médecin, le persécuté n'est pas un dément : c'est un malade atteint d'un délire partiel spécial. S'il devient ultérieurement dément, c'est que la démence est une conséquence fréquente de l'aliénation prolongée et qu'elle aura été, dans l'espèce, — le niveau intellectuel fléchissant progressivement, — le mode de terminaison du délire. » (p. 412).

Plus tard, dans son « Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie » (1879), le même auteur revient à nouveau sur la question. Pour en bien marquer l'importance, il met à part à ce point de vue le délire des persécutions de tous les autres délires partiels et, après avoir réuni en un seul chapitre (le IX[e]), les testaments de tous les monomanes, il consacre un chapitre spécial (le X[e]) aux testaments des seuls persécutés. Là, après avoir brossé à grands traits un vigoureux portrait de ce monomame, il écrit : « Lorsque le persécuté est mort, tout n'est pas fini. L'administration, la justice ou les familles se trouvent d'ordinaire en présence d'écrits, de dénonciations d'outre-tombe ou d'actes de dernière volonté... N'ayant en général, avec tous ses parents que de mauvais rapports, et ne possédant au fond du cœur que les sentiments les plus haineux ou les plus exécrables pour ses

©BIUM

héritiers naturels, *le persécuté ne manque pas de déshériter les siens,* et il éprouve une joie infinie à la pensée que sa mort n'enrichira point des gens qui lui ont fait du mal, qui se sont moqués de lui, qui l'ont calomnié, injurié ou dénoncé, qui ont cherché à l'empoisonner, etc... » (p. 160).

Suivent des exemples :

Affaire de Savignac. — Délire des persécutions. Craintes d'empoisonnement. Testament : Exhérédation des parents. Annulation (Montauban, 11 avril 1820, Cour Toulouse, 10 février 1821).

Affaire Ithier. — Délire des persécutions. Craintes d'empoisonnement. Enfants soupçonnés et accusés. Exhérédation. Annulation du testament. (Bergerac, 4 décembre 1834, Cour Bordeaux, 2 mars 1836).

Affaire Galabert. — Délire des persécutions. Préoccupations hypocondriaques. Frère et sœur soupçonnés. Testament les exhérédant. Annulation. (Cour de Bordeaux, 14 avril 1836).

Affaire Fonfrède. — Persécutions imaginaires. Prétendues embûches. Crainte d'être assassiné. Appréhensions sinistres. Terreurs. Testament deshéritant un frère et deux sœurs. Annulation. (Tribunal Bordeaux, 25 août 1851, Cour Bordeaux, 27 mai 1852).

Affaire de Chabanne. — Délire des persécutions. Substances nuisibles administrées. Testament exhérédant le frère. Admission à faire la preuve. (Cour Bordeaux, 4 avril 1858).

Affaire Roux de Brière (lauréat de l'Institut). — Délire des persécutions. Prétendu complot. Crainte d'être assassiné. Testament exhérédant les héritiers naturels. Annulation. (Tribunal Seine, 7 août 1862).

Affaire H. Couvreux. — Délire des persécutions. Testament authentique, exhérédant des frères et neveux. Annulation. (Tribunal Seine, 1re Chambre, 9 mai 1865, Cour Paris, 6 août 1866).

Affaire Simon L... — Délire des persécutions. Craintes d'empoisonnement. Nombreux changements d'habitation. Mort dans une chambre d'hôtel. Testament exhérédant les héritiers naturels. Annulation. (Legrand

©BIUM

du Saulle, *Etude médico-légale sur les testaments*, p. 387).

Nous pourrions ainsi multiplier citations et exemples : ceux qui précèdent suffisent à montrer que l'exhérédation est bien un geste coutumier, quasi-spécifique des persécutés, qu'elle est dans la logique de leur délire, qu'elle se présente comme l'une des conséquences, comme l'une des réactions de leur état mental particulier.

Donc, en déshéritant ses sœurs, M. X..., persécuté, ne devait pas faire exception à la règle, mais bien plutôt s'y conformer. Comment il y fut enclin et pourquoi il s'y décida : la chose est aisée à expliquer.

Possesseur d'une jolie fortune, M. X..., persécuté, eut naturellement tendance à croire qu'on en voulait à ses biens tout autant qu'à sa vie. L'expression de ses craintes se retrouve à chaque instant dans ses écrits. Nous la voyons déjà transparaître dans le télégramme précité du 2 mars 1883 : « ...J'ai donné *en conséquence* mes ordres testamentaires à Me X..., mais cela ne changera pas ce qui est volonté que personne ne connaît ». Les « êtres immondes » qui lui font donner des stupéfiants convoitent évidemment sa fortune : ils ne le prendront pas au dépourvu, il donne *en conséquence* ses ordres testamentaires et ainsi seront déjoués les vilains calculs de ceux qui souhaitent et qui méditent sa disparition.

Du jour où des préoccupations de cette nature et de cet ordre eurent pénétré dans son esprit, il était logique, il était fatal que les soupçons de M. X..., persécuté, en vinssent à se porter sur ceux qui avaient apparemment le plus d'intérêt à le voir disparaître, c'est-à-dire sur ses héritiers naturels. De fait, au mois d'août 1886, alors qu'il était à Deauville, en pleine crise délirante et sous la surveillance de M. le docteur Sallard, il exprime assez vivement le déplaisir que lui cause l'ingérence, à son gré excessive, de l'une de ses sœurs dans ses affaires. Tout en rendant hommage à son intelligence « exceptionnelle pour une femme », il prie qu'on modère son zèle : « ...il ne faut pas avoir l'air d'ouvrir ma succession ou d'agir comme si je n'exis-

©BIUM

tais plus... » (lettre du 23 août 1886). Et quelques jours après (lettre du 5 septembre 1886) : « ...Je rends hommage à Mme X... et à son intelligence, mais je désire qu'elle ne soit pas mon notaire et qu'elle n'ouvre pas même tant soit peu ma succession de mon vivant... ».

Par l'évolution naturelle du mal, ces craintes vagues allaient devenir bientôt de véritables convictions délirantes, en même temps que ces préventions se changeaient en une violente animosité. Reconnaissons d'ailleurs que l'attitude adoptée à l'égard de M. X... par sa famille ne pouvait que favoriser une pareille évolution et de ses sentiments et de ses idées. Il n'est pas de commerce plus délicat, ni plus ingrat, — tous les aliénistes en tombent d'accord — que le commerce des persécutés. L'observation démontre, — la remarque a été faite depuis longtemps, par le professeur Ball, croyons-nous, — que « toute personne qui s'est intéressée à un persécuté et qui a cherché à lui rendre service devient invariablement par là-même l'objet de sa haine ». (Dagonet, *Traité des maladies mentales*, 2e éd., p. 356). La famille de M. X... en a fait l'expérience. Elle a péché à son égard par excès de sollicitude. Malgré les conseils pressants et les avertissements prophétiques du Professeur Landouzy, elle se refusa en septembre 1886 à prendre la mesure qui dès lors s'imposait : « les raisons d'ordre affectueux, familial et sentimental » (lettre Landouzy, 27 septembre 1886) prévalurent et les sœurs du malade écartèrent à ce moment la solution qui leur eût donné toute sécurité et tout repos. Elles continuèrent « à se débattre avec autant d'abnégation que de courage contre la situation des plus sérieuses » que leur avait exposée si nettement le professeur Landouzy. Elles en furent récompensées. « Mes sœurs ne m'ont jamais fait que du mal », dira plus tard M. X... Et, le 18 septembre 1908, dans une chambre de l'hôtel de X..., en Alsace, il écrira : « Je déshérite sans aucune réserve à quelque titre que ce soit tout parent ou parente ou même allié. » C'est la *reconnaissance* des persécutés.

Vingt-six ans après sa consultation de 1886, M. le doyen Landouzy, « renseigné sur ce que furent les

©BIUM

dernières années, le genre de vie et le testament » de M. X..., pouvait écrire : « Toute cette triste fin apparaît à mes yeux, aussi bien qu'à des yeux laïcs, comme la suite naturelle des crises d'hallucinations, de démence et de délire partiel, dont nous avions été témoins, le docteur X... et moi. »

Nous nous en voudrions d'ajouter un seul mot à cette appréciation décisive d'un maître éminent.

Fait à Bourges le 25 septembre 1913.

Dr LEVET, Dr VERNET.

2° JUGEMENT DU TRIBUNAL DE BOURGES, EN DATE DU 23 JANVIER 1914

.....

Attendu qu'il y a lieu d'examiner maintenant la question de mentalité ; qu'il est constant que M. X... menait une existence bizarre, ne se fixant nulle part, perpétuellement en voyage dans les pays les plus lointains, s'y convertissant au protestantisme, et a laissé à X... la réputation d'un parfait original, mais que c'est à d'autres éléments plus sérieux qu'il y a lieu de faire appel pour obtenir l'annulation d'un testament.

Que les demanderesses versent aux débats des documents dont il y a à faire état :

1° Qu'en 1886, X... fut soumis par sa famille à l'examen du docteur Landouzy, qui, aux dates des 27 septembre et 18 octobre 1886, écrivait à Mme X... les résultats de son diagnostic ; qu'il constatait des hallucinations du goût et de l'ouïe, celles de l'ouïe paraissant jouer le rôle principal ; que ces symptômes étaient préoccupants, celui qui en était atteint pouvant devenir un criminel et qu'il conseillait à la famille, dans son intérêt et dans un intérêt social, de recourir à la mesure rigoureuse de l'internement ; que ce conseil n'a pas été suivi à juste titre ; qu'en effet, quelque haute que soit l'autorité du consultant, les événements n'ont pas justifié ses craintes et que X... a pu vivre 26 ans encore en état de société, sans que nul n'en ait éprouvé préjudice quelconque, sauf ses collatéraux dont les espérances ou les convoitises ont été déçues.

©BIUM

2° Qu'il avait été, sur les mêmes conseils, envoyé à Deauville accompagné du Dr X... qui a, à la date du 21 mars 1913, fourni à Mme X... une déclaration ; qu'il a été en contact avec son malade pendant un mois et qu'il a pu constater que, pendant cette période, il se considérait comme victime de tentatives d'empoisonnement avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et qu'enfin il se figurait entendre ses neveux lui crier la nuit : « Payez, payez », que cette déclaration démontre à cette date l'existence de ces troubles et qu'il ne faut pas perdre de vue qu'il avait à cette date en perspective contre son père des instances dont l'issue pécuniaire constituait pour lui une obsession ; mais que sur d'autres objets sa lucidité était parfaite.

3° Attendu que les demandeurs ont trié un certain nombre de lettres de leur frère, les ont soumises à des spécialistes qui, après examen de la correspondance et sans doute sur la foi de renseignements dont contrôle n'avait pas été fait contradictoirement, ont conclu que ces documents démontraient la folie ou délire de persécution, affection qui, à leur sens, est incurable et sans rémission d'intervalles ; qu'il y a lieu d'éliminer de ce document toute la partie documentée sur les consultations Landouzy, sur laquelle le Tribunal a déjà pris parti.

Attendu qu'il paraît rationnel d'établir une distinction entre les diverses modalités du délire de la persécution ; que si le malade est hanté d'idées de persécution générale, voyant en tout individu un persécuteur, il est admissible alors que tous ses actes peuvent être querellés, mais que si, au contraire, la monomanie n'a pour objet qu'une personne déterminée et avec elle ceux qu'il considère comme ses agents, son état de sanité d'esprit peut alors être envisagé comme ayant survécu en ce qui concerne toutes autres individualités ; que rejeter cette distinction aboutirait à des conséquences vraiment excessives et par suite inadmissibles.

Que, dès 1883, X... a pu très légitimement croire que l'acte de partage qui contenait de la part des enfants des renonciations importantes telles que sa re-

©BIUM

nonciation à la communauté et à la recherche des reprises de leur mère avait été imposé d'autorité aux enfants par un père plus soucieux de ses intérêts que des leurs ; qu'est née de cette croyance une insurmontable aversion pour son père ; que ce sentiment a fait de rapides progrès dans son esprit impressionnable et qu'il en est arrivé à croire que son père voulait attenter à ses jours en le faisant empoisonner ; que tel est le sens des lettres, télégrammes et cartes des 2 mars 1883, 18 décembre 1886 et 20 décembre 1886 ; qu'il suffit de lire des documents pour être convaincu que l'objet de sa défiance, celui que ses obsessions représentaient à ses yeux comme un danger permanent, c'était son père, spécialement désigné sous l'indication de son garde dans la lettre du 18 décembre 1886 ; que ce n'était pas à ses sœurs qu'il imputait les dangers qu'il croyait encourir puisqu'à des dates correspondantes, il entretient avec ses sœurs et avec son nouveau mari, M. X..., la correspondance la plus affectueuse, chargeant celui-ci par lettre du 23 août 1886 de gérer tous ses intérêts du N... avec les plus complets détails ; que ce n'est pas dans ces termes qu'on écrit à des parents auxquels on porte des sentiments de la plus grave hostilité ; que jamais n'a apparu aux débats un document permettant même de présumer que du vivant du père, cette hostilité se soit étendue du père aux sœurs et qu'il est permis d'admettre que le délire de la persécution était limité à une seule personne et aux agents qu'il lui prêtait et dont étaient exceptées les sœurs ; que la lettre du 23 août 1886 a d'autant plus de valeur qu'elle a été écrite de Deauville au moment où il était sous la surveillance du Dr Sallard.

Attendu, il est vrai, que les experts consultants ont fait état d'autres lettres qui, par leur absence de tout sens, aboutissent, à leur avis, à démontrer que X... n'était autre qu'un dément ; qu'il échet de rechercher si ces lettres qui, elles, ne dérivent pas du délire de la persécution, ont la portée que la consultation leur attribue ; que dans le *post-scriptum* de la lettre du 23 août 1886, il commanda à X... de lui écrire souvent ; qu'on peut correspondre à demi-mot, même sans signer

©BIUM

et en cachetant à la cire ; que ce passage dénote chez X... un certain esprit de scepticisme en ce qui touche le secret des correspondances ; qu'il n'est pas invraisemblable que, dans un but de sécurité, il ait adopté avec sa sœur un langage à clef, dont ils avaient l'un et l'autre le secret ; qu'on le voit signer souvent Gordon et apposer cette signature au pied d'une carte de correspondance du 26 mars 1890, ainsi conçue : « Le Maréchal Ney ne put entamer la ligne des Ecossais » et sous la même signature, autre carte : « J'espère que vous vous portez bien. 33e année de l'Hégyre près Hondurmann » et d'autres lettres qui n'ont en elles aucun sens si chaque mot n'a pas une signification conventionnelle.

Que si on ne peut admettre cette explication, et que si ces lettres doivent rester au compte de la pure démence, mais non du délire de la persécution, il faut alors admettre que cette démence n'a été que momentanée, à en juger par la correspondance absolument sensée, au plus haut degré intelligente et exempte de tout esprit de passion, que X... entretint de 1907 à 1909 avec X..., son mandataire habituel.

Que les documents versés aux débats ne démontrent donc ni démence ni délire de la persécution imputée à tort à ses sœurs aux dates des testaments.....

. . . . . .

Par ces motifs :

Vidant son délibéré, ouï le Ministère public en ses conclusions orales et conformes, jugeant en matière ordinaire et premier ressort,

Sans s'arrêter à l'offre de preuve jugée inutile et non déterminante,

Déboute les demanderesses de leur demande en nullité du testament du 16 octobre 19..

Les condamne aux dépens, etc.....

Appel n'ayant pas été interjeté, ce jugement est devenu définitif.

©BIUM

Documents Cliniques

L'ABOULIE DU NEURASTHÉNIQUE
D'APRÈS UNE AUTO-OBSERVATION

Par Roger DUPOUY

Le neurasthénique, contrairement au mélancolique avec lequel on le confond souvent de parti pris, aime à décrire son cas, à s'analyser, à se documenter sur son affection pour mieux en discuter avec son médecin, voire à rédiger des notes détaillées, une véritable auto-observation qu'il lui soumettra tout en admettant difficilement qu'il la critique. « L'homme aux petits papiers » de Charcot a laissé une descendance nombreuse et fidèle au classique prototype. Ces « petits papiers », tenus soigneusement en main par le consultant, sont en général de simples notes destinées à se préserver d'un oubli possible dans ses doléances sur les détails physiques les plus infimes de sa maladie (nombre de pulsations à telle heure de la journée, volume ou couleur des urines ou des matières, notation des vertiges ou des éblouissements éprouvés tel jour, à telle heure, etc.) ou dans les renseignements de toute nature à demander au spécialiste à qui il fait le grand honneur de se confier... momentanément. Et nous n'y lisons guère que des préoccupations d'hypocondriaque à l'affût de ses moindres sensations et de ses malaises les plus légers, ou de douteur vivant dans la crainte constante d'oublier quelque chose d'important et qui se méfie de sa mémoire comme si fréquemment aussi de la compétence de celui à qui il s'adresse et de l'entière compréhension qu'il lui attribue de son cas.

Il est rare de rencontrer, jaillie spontanément ou sur notre demande de la plume d'un neurasthénique, une auto-observation *mentale* bien prise, bien ordonnée et capable d'éclairer nettement la psychologie pathologi-

©BIUM

que de son auteur. C'est pourquoi nous avons jugé qu'il y avait un certain intérêt pour tous ceux qui s'occupent de psychologie pathologique à lire le document dont nous publions, avec l'assentiment de notre malade, les principaux passages.

I

...« Je suis disposé à croire que pour se rendre compte de l'état d'âme d'un malade de ma sorte, il faut être doué d'une mentalité spéciale, il faut soi-même posséder une machine nerveuse éminemment sensible, véritable balance de précision qui accuse les variations les plus minimes du milieu extérieur et dont chaque oscillation est une souffrance. Cette mentalité ne s'acquiert qu'en pratiquant le rude apprentissage de la douleur. Il faut donc déjà avoir souffert soi-même. J'irai plus loin ; il faut souffrir encore. Car, quand j'évoque les jours d'accalmie qui ont suivi mes crises précédentes, j'ai une peine infinie pour faire revivre dans ma pensée le souvenir des heures d'angoisse. Ma mentalité des périodes de crise m'échappe et je ne puis plus la concevoir.

« ...Il serait donc profondément injuste de reprocher leur manque d'intuition à ceux qui pour leur bonheur ont le système nerveux plus solide et plus fruste. Autant reprocher à un aveugle de ne pas voir, à un sourd de ne pas percevoir les sons. Ils n'ont jamais connu les désespoirs infinis, les découragements sans cause, l'angoisse poignante, le dégoût absolu de tout, de la vie, de soi et des autres, les décevantes tristesses d'une existence morne, sans but et sans espoirs, les noires mélancolies, les regrets stériles...

« Ils ne peuvent imaginer l'horrible situation d'un être qui lutte de toute sa volonté tendue en un immense effort et n'arrive pas à briser les liens invisibles qui l'enchaînent, les rébellions obstinées de sa mémoire, la torpeur de son cerveau, et qui se sent condamné à l'oisiveté déprimante, et les dépressions, les lassitudes infinies qui suivent ces échecs répétés...

« Ils n'ont pas assisté à la lente destruction de toutes leurs facultés d'êtres pensants : c'est l'attention qui devient impossible, la mémoire qui échappe, l'intelligence qui faiblit ; à la lucidité coutumière succède une torpeur douloureuse plus intense de jour en jour qui donne l'impression de vivre dans une espèce de songe, dans un cauchemar atroce dont il est impossible de douter et auquel on ne croit pourtant pas complètement. Et puis, ce sont les obses-

©BIUM

sions perpétuelles, la défiance de soi, que sais-je encore ? C'est tout l'arsenal des tourments que réserve au névropathe sa nervosité exaspérée.

« L'incompréhension à laquelle je me suis heurté si souvent est donc naturelle ; mais que ceux qui ne se sont jamais promenés dans les allées les plus secrètes de ce Jardin des Supplices ne prétendent pas juger des choses qui leur sont inconnues, qu'ils aient conscience de leur incompétence et qu'ils se gardent surtout de taxer ces sensations de chimériques ou d'imaginaires. Ce serait à la fois une sottise et une cruauté.

« Peut-être en écrivant ces lignes ai-je cédé à l'obscur désir de tenter une fois encore de les convaincre, ces incroyants. Je doute d'y réussir. Et cependant on ne peut s'imaginer la joie du malade qui rencontre enfin quelqu'un qui arrive à le comprendre, qui sympathise pleinement avec lui. Ce bonheur rare, je l'ai eu deux ou trois fois pendant cette longue crise et j'ai chaque fois ressenti un indicible soulagement. Le cercle de fer qui me séparait de l'humanité s'ouvrait en un point et le poids qui m'écrasait me semblait moins lourd à porter.

« D'accord avec les spécialistes de ces maladies, j'admets que l'on puisse attribuer à l'imagination les causes déterminantes du mal : certaines asthénies ont en effet une origine purement psychique. Mais ce qu'aucune théorie ne peut infirmer, ce qui est un fait brutal qui ne se peut discuter, c'est la matérialité des souffrances que ces causes, imaginaires ou non, ont engendrées. Oui, j'ai souffert, souffert d'une manière atroce. J'ai souffert, je crois, autant qu'il est possible à l'être de souffrir et même un peu plus. J'ai connu la douleur physique incessante et en même temps des tortures morales inouïes. Je me suis demandé souvent si ma raison n'allait pas s'effondrer dans cette effroyable tourmente...

« Et pourtant, j'ai connu dans mon passé des heures pénibles. Pendant des mois, j'ai hurlé de douleur étendu sur un lit d'hôpital, les membres inférieurs broyés. A la suite d'une hémorragie survenue après ma première amputation, j'ai vu la mort de près, d'aussi près qu'on puisse la voir, sans glisser dans le néant. Quelques années plus tard, mon père m'était enlevé prématurément en plein bonheur. Je ne parle pas de mon infirmité et de tous les ennuis qu'elle m'a causés. Dans le Jardin Secret c'est là un détail sans importance.

« Eh bien, tout cela ne me paraît que peu de chose

©BIUM

quand je le compare au supplice infernal que je viens de subir. J'ai l'impression d'avoir pendant des mois gravi un long calvaire de douleur. Des semaines entières, j'ai connu la haine, j'ai haï le monde entier ; je me suis haï et méprisé moi-même ; j'ai haï la vie intolérable qui m'était faite, la vie à laquelle je ne pouvais m'adapter. J'ai appelé ardemment la mort libératrice et j'ai souhaité m'endormir à jamais dans le calme profond de la tombe. J'ai envié le Néant, délicieux Nirvana, seul et suprême soulagement à tous mes maux. Pourquoi ne me suis-je pas tué ? J'analyserai plus loin les raisons qui m'ont retenu sur cette pente fatale.

« Mais souvent, j'ai été tenté de faire le geste si simple, le geste libérateur qui m'affranchirait de la vie et de son cortège de misères. Et pour résister à la tentation, j'ai dû lutter, lutter terriblement. Et j'ai gaspillé dans cette lutte plus d'énergie et de volonté que n'en dépenseront jamais dans toute leur existence la plupart des inconscients qui attribuent à la faillite de ma volonté mon manque d'énergie. Je suis sorti victorieusement de cette lutte et j'y ai eu d'autant plus de mérite que j'avais alors la conviction absolue qu'en me condamnant à l'horreur de vivre, je prolongeais seulement de quelques mois l'existence lamentable que je traînais depuis si longtemps pour la voir se terminer dans des souffrances accrues par l'épuisement complet des forces vitales et avec la crainte d'assister au navrant naufrage de ma raison dans l'océan sans fond du gâtisme ou de la folie. Le fait s'impose donc avec une évidence brutale et je ne crains pas de le répéter, j'ai souffert atrocement. Et cela n'empêchera pas bien des gens, même parmi ceux qui m'aiment et me sont chers, d'être sincèrement convaincus que j'exagère, que je suis un être dolent et sans volonté, un geignard, un cœur mou qui s'écoute et se plaint sans cesse et sans raison et qu'un peu d'énergie devrait me suffire pour remonter le courant de folles appréhensions. Puissent-ils ne jamais connaître les affres par lesquelles j'ai passé !

« ...J'entre maintenant en convalescence : les obsessions qui me harcelaient sans cesse me laissent quelque répit, les fumées pesantes qui obscurcissaient mon cerveau se dissipent peu à peu et je commence de nouveau à me sentir vivre. Je peux, je peux enfin dans une certaine mesure parler et agir.

« ...Je n'aspire plus qu'au calme réparateur, à la paix mentale absolue, à une tranquillité d'âme que rien ne vien-

©BIUM

drait plus troubler. Je sais reconnaître les appuis que j'ai trouvés chez mes chefs ou mes amis. Certains ne m'ont jamais compris, mais ils m'ont prodigué l'aide la plus affectueuse, m'ont conseillé comme il leur semblait devoir le faire ; je leur en suis profondément reconnaissant. Je ne suis donc pas ingrat, mais je suis bien obligé de constater que la souffrance a fait de moi un sceptique, une espèce de nihiliste qui ne croit plus à rien, rien, rien... Amour, bonheur, religion, morale, amitié... vains mots que tout cela. Et la vie m'apparaît aujourd'hui comme un triste désert, sous un ciel sombre, morne horizon d'un pays plus morne encore.

II. De la volonté

« Asthénique ? Oui. Aboulique ? Jamais.

« On m'a reproché souvent de manquer de volonté. Les personnes qui m'ont adressé cette critique me sont chères à des titres divers ; ce sont mes parents, mes amis ou mes chefs. Vous vous laissez, me disait mon Directeur, dont j'ai pu apprécier toute l'affectueuse sympathie qui se cache sous ses airs grondeurs et que j'ai su deviner dans ses paroles quelquefois amicalement bourrues, suggestionner par l'idée fausse de votre impuissance et vous accompliriez sans peine des actions que vous m'affirmez vous être impossibles, si vous le vouliez vraiment. C'est la volonté qui chez vous est malade.

« Cette appréciation me chagrine sans m'étonner. Il faut dire que je ne pouvais me donner à aucune tâche. Dès que je voulais commencer ma besogne, des obstacles infranchissables se dressaient devant moi. Je me raisonnais ; pour m'encourager à l'action je m'exaltais, je me prouvais que c'était très simple ; mais dans la réalité, je me heurtais aux détails et si j'étais navré de me sentir arrêté par de si piètres choses, cela ne m'empêchait pas de souffrir pour des vétilles. Tout, depuis les plus importantes des circonstances, jusqu'aux plus faibles, tout, contribuait à paralyser mes actes. Est-ce que mon Directeur aurait pu imaginer toutes ces susceptibilités étranges qui m'étreignaient ? Comment aurait-il compris ce qui me paralysait, cette incapacité absolue, cette atonie du cerveau qui m'accablait et ce sentiment de l'impossible qui à toute minute décourageait mes efforts et usait ma volonté ? Tout cela était un mystère inintelligible pour tous et moi-même ; pendant longtemps, j'ai cru que la maladie avait annihilé mon pouvoir de volition et que c'était cette impuissance du vouloir qui me

©BIUM

paralysait si complètement. J'ai eu d'affreuses heures où je me suis dit que j'étais un niais et un lâche, que je devais trouver en moi les forces qui me manquaient.

« Mais je me rends compte aujourd'hui que ce n'était pas la faiblesse de ma volonté qui était cause de mes malheurs, mais autre chose... J'ai beaucoup médité sur mon cas, j'ai essayé de découvrir les mécanismes secrets de mes actes. J'ai lu les œuvres des philosophes qui comme Payot et Ribot se sont spécialisés dans la psychologie de la volonté, les traités des maladies nerveuses de Deschamps, de Fleury et Creuzet, etc..., et j'affirme aujourd'hui que Bernheim avait raison de dire que c'est le pouvoir qui chez moi était malade. Oui, j'ai été asthénique, certes, mais aboulique, jamais. J'ai conservé intégralement toutes mes puissances de volition même dans les moments de dépression profonde. Oui, même à X., quand je voulais me tuer, j'avais toute ma volonté et tout mon sang-froid.

« Pourquoi me considère-t-on comme aboulique ? Comment expliquer que je ne puisse agir même dans les cas les plus simples et que je sois cependant capable d'actes qui comme le suicide feraient reculer la majorité des êtres ? C'est ce que je vais tenter d'expliquer.

« Tout acte volontaire a trois moments : on désire d'abord, on veut ensuite et enfin l'on agit... si l'on en a les moyens. Pour agir, il faut donc vouloir mais ce n'est pas suffisant, il faut encore pouvoir. Ce sont deux phénomènes d'ordre totalement différent, n'ayant entre eux aucun rapport de proportion, pouvant coexister mais aussi se produire indépendamment l'un de l'autre et qui par suite ne varient pas parallèlement comme on le croit à tort très souvent.

« En réfléchissant quelque peu, on se rend facilement compte de cette dualité du pouvoir et du vouloir, tout au moins dans le domaine physique quand l'inhibition du pouvoir est matérielle et que son évidence éclate aux yeux. Ainsi la volonté seule reste impuissante pour secourir des naufragés, arracher des malheureux à un incendie, pour soulever un poids de plusieurs tonnes si l'on ne dispose pas des moyens matériels nécessaires. Dans le domaine des phénomènes de la pensée, il en est de même. Pour effectuer les opérations mentales d'association, de jugement, de classement et de synthèse, il faut avoir l'énergie nerveuse nécessaire et en avoir une réserve suffisante. En un mot, il faut pouvoir et ici encore vouloir ne suffit pas. Deschamps le dit avec beaucoup de justesse dans sa préface des *Maladies de l'énergie*.

©BIUM

« Pourquoi ces deux concepts, pouvoir et vouloir sont-ils généralement confondus pour tout ce qui se rattache aux travaux de l'esprit ? Je m'explique cela ainsi. Un individu bien équilibré ne désire que ce qui rentre dans le champ de ses possibilités. Ce qu'il veut pour le moment, c'est quelque chose qu'il sait pouvoir accomplir et qu'il peut atteindre immédiatement. Dans sa pensée, il associe toujours le désir volontaire et l'acte, la volition à l'action, et en fait un concept unique : la volonté agissante, probablement ce que Nietsche appelle la volonté de puissance. D'ailleurs, les raisons qui s'opposent à la réalisation de l'un de ses désirs appparaissent nettement à son cerveau, il les conçoit sans peine et cesse aussitôt de vouloir. Enfin, elles sont compréhensibles pour tous. Tout conspire donc pour lui montrer le vouloir inséparable du pouvoir. Si cependant, comme cela arrive pour les asthéniques, la cause inhibitrice reste cachée et mystérieuse, insoupçonnée parfois de celui qui en subit les effets déprimants, le malade peut vouloir, il n'agit plus et ce qui est pire, il ne comprend pas. Ceux qui l'entourent comprennent encore moins et disent : il n'agit pas parce qu'il ne veut pas, ce qui est absurde.

« Il faut noter aussi cette tendance naturelle de l'esprit qui vous porte à prêter aux autres des facultés mentales égales à celles que l'on possède soi-même. On connaît la difficulté que rencontre une intelligence supérieure pour se mettre à la portée d'auditeurs de moindre envergure, à un professeur pour descendre au niveau d'une intelligence enfantine. Cela demande un véritable apprentissage, presque du talent. Et il n'est pas un de nous qui n'ait porté ce jugement sur l'un de ses maîtres : il est très fort, mais on ne le comprend pas. Et c'est parce que toutes ces déductions apparaissent presqu'intuitives à son cerveau puissant qu'il prête aux autres des moyens égaux aux siens.

« En neurasthénie, il en est de même ; un sujet normal ne peut imaginer toutes les tares d'un cerveau malade. Les liens qui l'enchaînent et le condamnent à l'impuissance sont invisibles ; le malade n'en a pas toujours conscience et celui qui n'en a jamais éprouvé par lui-même le poids écrasant est absolument incapable de les concevoir et il ne trouve que cette explication : la volonté est morte.

« On mesure généralement la capacité volontaire d'un sujet à l'importance de ses actes, au résultat brutal que tout le monde peut constater. C'est complètement illogique : j'ai déjà dit qu'il n'existe entre le pouvoir et le vouloir

©BIUM

aucun rapport de proportion : chez l'impulsif, le pouvoir est infini et la volonté nulle ; chez l'asthénique, c'est souvent l'inverse qui a lieu. Enfin, je vais montrer sur un exemple simple que la dépense volontaire qu'exige l'accomplissement d'un même acte dépend surtout de la qualité de l'âme qui la fournit : il faudra sans conteste à un avare mille fois plus de volonté pour vaincre sa passion sordide du lucre et pour lâcher quelques sous qu'à un prodigue pour gaspiller une fortune. Il serait donc absurde de se baser sur la grandeur de l'effet obtenu, sur le fait tangible pour mesurer une volition. Et je pense qu'il a fallu plus de volonté à certain ménage pauvre pour faire vivre sa nichée, qu'à Napoléon pour conquérir l'Europe, et que des asthéniques graves dépensent plus de vouloir pour accomplir un seul geste que bien des gens réputés volontaires et qui sont surtout des hommes d'action, ce qui est tout à fait différent.

« Dans l'exemple de l'avare, cité plus haut, on admettra cela sans difficulté parce que l'inhibition n'est pas mystérieuse. Tout le monde la conçoit : c'est l'appétit du lucre, le vice dégoûtant d'Harpagon. Pourquoi donc alors quand la cause reste secrète, et c'est le cas des névroses, pourquoi mettre en doute la capacité volontaire. Voici ce que dit de Fleury à ce sujet dans son ouvrage sur les grands symptômes neurasthéniques : *L'homme normal exécute d'une manière automatique inconsciente, toute réflexe, mille choses que le névropathe est obligé de vouloir énergiquement en faisant donner son cerveau pour des besognes fort au-dessous de lui dans l'ordinaire de la vie. Or, rien n'est épuisant comme de vouloir constamment.*

« Je connais l'objection que l'on sera tenté de me faire : vous ne voulez pas, me dira-t-on, vous désirez seulement ; quand on veut on agit. C'est toujours le vieux dicton populaire : on peut tout ce qu'on veut. Comme beaucoup d'autres proverbes, celui-ci est faux. Je suppose, et cela est arrivé souvent pendant cette affreuse guerre, qu'un enfant soit brutalisé par des brutes ivres. Sa mère veut lui porter secours ; les soudards l'en empêchent. Dira-t-on que la tendance qui l'anime est un désir ? Non, il n'y a pas de doute, c'est bien une volition, et cependant ce vouloir n'est suivi d'aucun acte. On peut donc vouloir sans agir : C. Q. F. D. Ribot l'avait dit déjà il y a 25 ans : *la volition n'est qu'un simple état de conscience. De plus, elle n'est la cause de rien. Le je veux constate une situation mais ne la constitue pas.*

©BIUM

« Pour me résumer, je dirai que l'opinion que l'on a généralement du vouloir de l'asthénique est fausse et cela pour les raisons suivantes : on se laisse influencer par l'idée que pouvoir et vouloir vont de pair et varient dans le même sens.

on prête inconsciemment au malade toutes les facultés dont on dispose soi-même ;

il est impossible d'imaginer les inhibitions qui l'arrêtent;

enfin on le juge d'après ses actes.

« Aussi, je ne reconnais à personne la compétence qui serait nécessaire pour apprécier ma capacité volontaire. Moi seul en puis être juge parce que seul je connais les difficultés rencontrées, les obstacles qu'il m'a fallu vaincre. C'étaient le plus souvent des détails d'une rare insignifiance et j'étais navré de me sentir paralysé par de si piètres choses. Mais j'étais garrotté dans des liens invisibles pour tous et dont j'étais seul à éprouver toute la puissance, et aucune volonté sur terre n'aurait pu triompher de ces chaînes mystérieuses. L'exécution du travail le plus enfantin, parfois d'un simple geste, m'obligeaient à déployer une somme de volonté extraordinaire. Cela paraît fou, mais je l'ai dit : *en matière de névropathie il ne faut s'étonner de rien.* J'ai donc voulu, chaque jour, à toute heure. J'ai voulu énormément et pour arriver à des résultats ridicules.

« Je voulais quand je traînais ma guenille lamentable de tram en tram jusqu'à X., et que je violentais la répulsion irraisonnée qui m'incitait à m'en éloigner.

« De la volonté, mais j'en ai gaspillé des quantités prodigieuses pour triompher de mes phobies au cours de luttes atroces avec ma bête ombrageuse qui s'effarouchait stupidement et se cabrait comme un cheval rétif quand je la forçais à se traîner dans les ateliers, devant tous ces regards curieux, quand elle devait affronter le coup d'œil, épiant le passage de l'Ingénieur. L'Ingénieur... Quelle ironie amère ! Oh, ce titre, dont on me soufflétait ainsi à chaque pas, il m'écrasait. L'Ingénieur ! Dans chaque syllabe de ce mot je retrouvais la preuve incessante de mon malheur. Ce mot, il représentait tout ce que j'aurais dû être, toutes les facultés qui me manquaient. Oh ! être un chef et se sentir rabaissé, étouffant de timidité, si différent de ce qu'il représente. Et cependant, il fallait bien en trouver de la volonté pour essayer de faire illusion, jeter de la poudre aux yeux les moins prévenus, pour paraître en scène, cabot lamentable qui ignorait le premier mot de son rôle, triste fantoche affublé d'un titre auquel il se sent si inférieur,

©BIUM

Sancho d'un nouveau genre, avec le bon sens en moins, qui prétend jouer au gouverneur.

« Je voulais, encore, quand, pour mieux tenir ce rôle pitoyable de figurant, je semblais m'intéresser, quémander un détail, sans intérêt et dont j'aurais été bien incapable de tirer le moindre parti. Oui, chacune de ces visites dans les ateliers représentait pour moi une victoire de ma volonté et une torture nouvelle. Et mon Directeur se le rappellera sans doute : que de fois, me trouvant seul avec lui, dans son bureau, il me demandait avec une brusquerie amicale : eh bien, qu'est-ce que vous racontez aujourd'hui ? Je souriais mélancoliquement en lui répondant : oh aujourd'hui, j'ai été merveilleux, j'ai traversé l'atelier de... Cela était ridicule, et j'en avais conscience, mais moi seul savais l'effort que m'avait demandé cette simple promenade.

« Je voulais encore, quand, pour faire preuve de bonne volonté, je cherchais à accomplir la surveillance si simple dont, pendant quelques semaines, j'avais été chargé à tel atelier. Je savais que mon Directeur espérait me changer les idées et me forcer ainsi à agir ; je lui étais reconnaissant de son excellente intention, mais dans mon for intérieur, je savais que mes efforts seraient vains, que je n'étais actuellement bon à rien, que ce travail était fait par moi dans ces conditions, sans utilité pour le service, et que le résultat le plus clair serait de me torturer un peu plus et d'embêter le personnel que j'empoisonnais de ma présence. Au prix d'un effort de volonté inouï j'ai essayé.

« De la volonté, il m'en fallait aussi pour écrire une des rares lettres que je devais rédiger. Je donnerai plus loin un échantillon des difficultés que je rencontrais et qui auraient rebuté la patience la plus robuste et la volonté la mieux trempée. Mais de la volonté, il m'en fallait pour répondre au bonjour familier du garçon de bureau et pour assister à cette conférence où j'avais conscience de faire si triste figure. De la volonté, j'en ai montré pour me guérir. Pendant des mois, je me suis plié à la pratique minutieuse d'un régime très sévère. Je me suis privé de thé, café, vin, tabac. J'ai réduit au minimum les joies sensuelles de l'amour. Pendant toute cette période je me suis obligé et je m'oblige encore à ne pas boire, fût-ce même une goutte d'eau pendant les repas, et à ne pas manger de pain, à me contenter de la même cuisine monotone, éternel bifteck et pâtes ou farineux perpétuels. En résumé, je n'ai rien conservé de toutes mes habitudes d'autrefois, de tous ces petits détails qui n'ont pas grande importance en soi mais

©BIUM

qui tiennent une certaine place dans la vie, qui la rendent meilleure et plus supportable. Croit-on que tout cela ne m'ait pas demandé de volonté ? J'en appelle aux amateurs de café, aux fumeurs, à tous ceux qui n'ont jamais consenti, au grand dommage de leur santé, à sacrifier leurs chères habitudes et qui préfèrent, au mépris des ordres de la Faculté, la vie courte, mais bonne.

« J'ai voulu tout cela, mais si je l'ai fait, c'est aussi que je l'ai pu. J'en aurais voulu bien davantage pour me débarrasser de l'implacable névrose ; j'aurais voulu avec joie une opération cruelle, sacrifier un de mes membres ; que sais-je encore ? De cela, je me sentais capable, mais quoi faire, puisque tous les Docteurs reconnaissaient leur impuissance à me soulager et me disaient de prendre patience, de laisser faire la nature ? De la volonté, mais il m'en a fallu pour résister à l'idée obsédante du suicide, à l'appel du Néant. Il y a sept ans, lorsque j'ai voulu quitter la vie, il m'en fallait encore ; je n'avais plus le choix et j'espérais jouir bientôt du repos idéal, du calme ineffable auquel aspirait mon âme endolorie, mais la traversée qui conduit aux sombres bords, le passage de la vie à la mort est d'une exécution difficile. La mort ne vient pas vous trouver au premier appel, il faut l'aider et il faut vouloir le geste fatal et libérateur. Ce geste, je pouvais l'accomplir ; c'était même le seul dont je me sentais capable à ce moment-là.

« Cette affirmation semblera bien étrange, mais j'affirme qu'il m'aurait été plus facile à de certains moments de presser la gâchette d'un revolver, de tourner le robinet à gaz ou de porter à mes lèvres un verre de poison que d'aller dans un atelier demander un renseignement à un préposé ou d'adresser quelqu'observation anodine à un ouvrier. Et pour me convaincre à vivre j'ai prodigué ma volonté à torrents.

« Je voulais encore, quand, par égard pour ma mère, je m'efforçais de réfréner tous les dégoûts qui me montaient aux lèvres tout au moins jusqu'au moment où la vague écœurante déferlait et emportait mes résolutions les meilleures en m'obligeant à m'épancher avec cette âpreté qui soulage le cœur des malaises trop longtemps contenus.

« Est-ce que tout, d'ailleurs, ne conspirait pas pour m'inciter à vouloir de toutes mes forces ? C'est ma vie que je sentais en jeu et avant de me complaire dans l'idée consolante du trépas, je la désirais tolérable. J'avais ma situation à sauvegarder, le fruit de dix années de labeur

©BIUM

acharné. J'aurais voulu épargner un chagrin à ma mère. Enfin, un certain amour-propre inné, le désir de bien faire et aussi l'orgueil naturel de ne pas être inférieur à ma tâche, les nécessités matérielles de la vie... mais tout me poussait à vouloir. Et c'est parce que je voulais beaucoup, trop, comme disait Bernheim, et que je ne pouvais pas que ma souffrance morale était si intense. D'un côté, c'était ma volonté impérieuse, et de l'autre la conviction de mon impuissance. Mon âme partagée entre ces deux tendances opposées, qu'il lui était impossible de concilier, a enduré tous les tourments d'un Enfer auprès duquel celui décrit par Dante paraîtrait une pâle copie. Oh, se sentir ligotté, enchaîné de toutes parts, sentir sa volonté s'user stérilement en luttes ridicules et sans objet comme un appareil gaspille sa force en tournant à vide, et vouloir de toute son âme ! Oh, le supplice infernal de ne pouvoir agir ! Toutes les tortures de mon âme souffrante, qui pourrait les imaginer ? Qu'on se représente cependant les sensations atroces décrites d'une manière si magistrale par ce fou de génie qui s'appelle Edgar Poe dans un de ses contes les plus fameux : *le Puits*.

« C'est le supplice de ce prisonnier des moines de l'Inquisition placé, par un raffinement de cruauté inouïe, à l'intérieur d'une chambre métallique, dont les parois, chauffées à blanc, se rapprochent lentement et obligent le misérable à reculer jusqu'au bord d'un puits sombre hanté par des animaux horribles et où l'attend une mort hideuse. Il est facile de se représenter les angoisses atroces du misérable placé entre deux morts aussi effroyables. Il voit se rétrécir peu à peu l'espace où il lui est encore donné de vivre en évaluant les minutes qui lui restent. Une idée du même genre est exposée dans le conte intitulé : *le Pendule*.

« J'ai connu un supplice analogue ; moi aussi, je voyais l'espace de vie diminuer lentement. Je voyais surgir peu à peu de nouveaux obstacles, des phobies nouvelles apparaître et le champ de mes possibilités se rétrécir de jour en jour. C'est ainsi qu'au début je pouvais me contraindre à parcourir tous les ateliers de la Manufacture. Et puis le champ de mon pouvoir diminuait ; c'était celui-ci où je ne pouvais plus paraître, puis tel autre et tel autre ; enfin, une dernière salle devenait l'unique but de mes promenades ; là, seulement, je pouvais calmer les folles terreurs de ma bête effarouchée. Cette muraille invisible qui me pressait de toutes parts m'obligeait à me confiner dans mon bureau et plus tard à fuir même le séjour insoutenable

©BIUM

de la Manufacture. Et je la sentais me pousser peu à peu hors de la vie. Moi aussi comme le malheureux du Puits, lorsque les craintes se multipliaient dans mon cerveau affaibli, une vision d'épouvante me montrait le gouffre sombre du Néant et quand j'entrais en lutte avec ce cauchemar qui m'oppressait le cœur, je sentais que je ne pouvais échapper à la logique de ma situation et que tout me poussait vers la tombe. Je voyais le moment où je ne pourrais plus vivre. Cela paraît incroyable. Mais à X., ce champ de possibilités s'était reformé devant moi, je le sentais me presser de tous côtés, le suicide était la seule voie qui m'était offerte et c'est ce qui explique mon acte de janvier 19.., acte de désespoir, dira-t-on peut-être, mais de désespoir raisonné, acte accompli avec sang-froid après que mon cerveau ayant pesé le pour et le contre m'avait condamné à mort parce qu'il m'était impossible de vivre et de faire autrement.

« Ah, l'horrible sensation de ne pas pouvoir ! J'ai quelquefois souhaité de rouler dans l'abîme sans fond de la folie pour ne plus avoir devant les yeux ma ruine, le fantôme de toutes mes illusions de jeunesse. Les fous s'ignorent peut-être et certains semblent gais...

« Non, mon cher Directeur, avec toute la respectueuse déférence que je vous porte, j'affirme que vous vous trompez. Je n'ai jamais été victime d'une défaillance de ma volonté et si je le dis, ce n'est pas par vanité sotte ou par amour-propre mal placé ; j'étale ici sans fard toutes mes tares qui, je l'espère aujourd'hui, ne seront que passagères et il m'aurait été indifférent d'en reconnaître une de plus. Mais c'est pourquoi j'estime que ma parole mérite d'être crue et à ceux qui douteraient de ma sincérité, je ne souhaite qu'une vengeance bien anodine : qu'ils éprouvent pendant seulement huit jours tout ce que j'ai dû subir 14 mois, cela ne leur fera pas grand mal. L'asthénie est hélas une maladie dont on ne guérit ni ne meurt ; mais ils verraient alors en se heurtant aux difficultés mêmes, à la rude épreuve de l'expérience de quel faible appui est la volonté la plus robuste. Ils se sentiraient petits et craintifs devant les misères de la vie et ils reconnaîtraient avec Bernheim, Deschamps, Fleury et Ribot, je ne dis pas avec moi, que ce qui leur manque en réalité, ce n'est pas la volonté mais l'énergie nerveuse qui est la condition indispensable de toutes les opérations de la pensée.

(A suivre).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 MAI 1921

Présidence de M. PACTET, Président

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Dr MIGNARD qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire.

Une lettre de M. le Dr CHASLIN qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le Dr VINCHON qui pose sa candidature au titre de membre correspondant (commission : MM. Marcel Briand, Laignel-Lavastine et Raymond Mallet).

Une lettre de M. le Dr BRISSOT qui pose sa candidature au titre de membre correspondant (commission : MM. Marcel Briand, Colin et Rogues de Fursac).

Une lettre de M. le Dr VINES, qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger (commission : MM. Semelaigne, René Charpentier et Raymond Mallet).

Election d'un secrétaire des séances, en remplacement de M. le Dr JUQUELIER, décédé :

M. le Dr CAPGRAS est élu à l'unanimité des suffrages.

Rapport de la Commission du Prix Moreau de Tours

M. RAYMOND MALLET. — Messieurs, La Commission que vous avez nommée pour l'attribution du Prix Moreau de Tours, composée de MM. Arnaud, de Clérambault, Dupain, Leroy et Mallet, vous apporte ses conclusions.

A l'unanimité, elle a retenu la thèse de M. Brousseau

©BIUM

pour l'attribution d'un prix. L'*Essai sur la peur aux armées 1914-1918* est un travail que son titre nous empêche de dire vécu, malgré sa richesse de matériaux cliniques, car ceux-ci ont été recueillis dans des circonstances telles que nous devons rendre hommage d'abord au courage de notre confrère.

De cet ensemble de documents M. Brousseau a tiré un chapitre qui devra prendre place dans les futurs traités de Psychiatrie et où la notion de la peur morbide est nettement définie, avec les caractères qui la différencient de la peur normale, où sont étudiées les diverses formes de peurs pathologiques, acquises et constitutionnelles, où sont exposés enfin les problèmes médico-légaux que soulève cette notion nouvelle de la peur morbide.

A la majorité des suffrages et avec le regret de ne pouvoir les mettre *ex-æquo*, votre Commission vous propose d'attribuer à M. Bouyer le second prix dont vous disposez cette année pour sa *Contribution à l'étude clinique des réticences chez les aliénés*, dans laquelle l'auteur, après avoir isolé la réticence pathologique de la réticence normale et de la dissimulation, en fait un véritable syndrome germant sur un terrain de prédisposition spéciale, et à M. Abély une mention très honorable pour son travail sur *Les Stéréotypies* qui, « commencé en 1913, écrit l'auteur, a été fini en décembre 1915 dans mon gourbi, aux tranchées de l'avant », ce qui nous permet de louer chez M. Abély à la fois le médecin de bataillon et le psychiatre.

Les conclusions du rapport lu au nom de la Commission par M. Raymond Mallet sont adoptées :

Le prix Moreau de Tours pour 1921 est décerné à M. le Dr Brousseau.

Un deuxième prix est décerné à M. le Dr Bouyer.

Une mention très honorable est attribuée à M. le Dr Abély.

©BIUM

Les Mélancoliques Anxieux Persécutés

(Travail du service de M. Séglas à la Salpêtrière)

Par André CEILLIER

Dans cette étude qui, en raison de sa longueur, paraîtra dans le corps de la revue, M. Ceillier montre d'abord, que si la question des mélancoliques persécutés apparaît si complexe, cela tient en partie à ce qu'on décrit souvent sous le nom de mélancoliques persécutés des malades qui ne sont pas des mélancoliques, mais qui sont des auto-accusateurs systématiques, ou des persécutés qui présentent des symptômes de dépression d'ordre secondaire, réactionnel, ou enfin des persécutés qui font des tentatives de suicide.

Parmi les mélancoliques persécutés vrais, c'est-à-dire parmi les mélancoliques qui ont des idées de persécution, on peut distinguer deux groupes : l'un, qui est bien connu, dans lequel les idées de persécution sont la conséquence des idées d'auto-accusation ; l'autre que l'auteur a spécialement étudié et dans lequel les idées de persécution sont fonction de l'anxiété mélancolique.

M. R. MALLET. — Les malades dont M. Ceillier vient de donner une étude approfondie nous rappellent ceux qui nous ont inspiré quelques notes sommaires dont une parue ici-même (1).

Nos malades étaient aussi, avant tout, des anxieux, sans appoint de nature constitutionnelle nettement défini, mais avec celui que leur avait apporté le surmenage émotionnel de la guerre, et sur un sentiment d'insécurité fondamental on voyait se développer soit des préoccupations, d'ordre hypocondriaque ou militaire le plus souvent, soit un délire où les idées mélancoliques et de persécution alternaient, accompagnées fréquemment d'hallucinations auditives.

---

(1) R. MALLET. — *Etats anxieux*. Réunion médicale de la IVe armée, 16 juin 1916 (*Presse médicale*, 7 août 1916). *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1917, p. 27. *Psychiatrie de guerre*, *In Traité de Pathologie médicale*, Maloine 1921, T. VII, p. 400.

©BIUM

Au cours d'une évolution en général rapide vers la guérison, de quelques jours à deux mois, on notait des périodes de détente, pendant lesquelles l'anxiété s'apaisait, le malade, qui se montrait alors comme un simple déprimé, critiquant ce qu'il appelait lui-même ses « idées », ses « hallucinations ».

C'est ce qui nous avait fait parler d'*états anxieux*, les troubles du jugement et de la perception n'apparaissant que comme une projection idéative et sensorielle de l'anxiété.

M. LEGRAIN demande que la question reste à l'ordre du jour de la Société et s'inscrit pour la discussion dès que la communication de M. Ceillier sera parue dans les *Annales*.

La Tension artérielle habituelle chez les Mélancoliques Anxieux

Par M. G. NAUDASCHER

Tous les traités classiques signalent la fréquence des troubles circulatoires parmi les nombreuses perturbations organiques qui accompagnent les états mélancoliques. Cependant l'étude de la pression artérielle a donné suivant les auteurs des résultats très différents souvent même contradictoires.

Dans un travail qui devait être présenté devant votre Société à la fin de l'année 1914, j'étais arrivé à conclure que si la pression artérielle peut varier momentanément sous l'influence de certains états émotifs, les modifications permanentes de cette pression dépendent généralement des altérations organiques ou des lésions de l'appareil cardio-vasculaire plutôt que de la maladie mentale. Ces résultats ont été réunis dans une thèse (1) sur les variations de la Pression artérielle dans les états mélancoliques soutenue devant la Faculté de Bordeaux au cours de l'année dernière.

(1) *Contribution à l'étude des variations de la pression artérielle dans les états mélancoliques.* K. Ambartzoumiantz, Thèse Bordeaux, 1920.

©BIUM

Depuis j'ai étudié plus particulièrement l'état de la pression chez les mélancoliques anxieux au moyen de l'oscillomètre sphygmomanométrique de Pachon. Afin d'obtenir des résultats comparables entre eux et d'éviter le plus possible les variations physiologiques, les examens ont été pratiqués aux mêmes heures et dans les mêmes conditions. Chez 4 de nos malades, l'hypertension était en rapport avec des lésions organiques manifestes, trois avaient de l'insuffisance aortique, le quatrième était atteint de la maladie de Hodgson avec syndrome hyperthyroïdien fruste.

Les résultats que j'ai à vous exposer concernent seulement 24 mélancoliques anxieux qui ne présentent aucune lésion appréciable à l'auscultation.

Au moment de leurs paroxysmes, les anxieux réagissent d'une façon très différente : tandis que les uns restent passifs et inertes, les autres, au contraire, manifestent une activité que l'on peut souvent considérer comme un véritable état d'agitation. Les anxieux passifs présentent, en général, une tension artérielle faible qui paraît beaucoup plus en rapport avec la réduction de leur activité qu'avec l'intensité de leur douleur morale, de toute façon, les variations de leur pression sont très peu marquées et nous avons noté comme valeur de leur tension habituelle la plus haute pression que nous avons pu constater plusieurs fois et à plusieurs jours d'intervalle.

Les anxieux actifs ont le plus souvent une tension au-dessus de la moyenne, à l'occasion de leurs accès la fréquence du pouls augmente, la pression maxima s'élève de 1 à 3 centimètres, tandis que la pression minima n'est pas modifiée ; après la crise, la pression maxima baisse assez rapidement, sans cependant descendre au-dessous d'une certaine limite qui constitue la pression habituelle. Dans un premier tableau, j'ai réuni 10 cas d'anxiété avec hypertension habituelle, dans un deuxième tableau 2 anxieux ont une tension voisine de la normale, dans un troisième groupe se trouvent 12 cas d'anxiété avec hypotension artérielle habituelle.

©BIUM

1° *Mélancoliques anxieux avec hypertension habituelle*

	NOMS	AGE	Pr. Mx.	Pr. Mn.	Nombre de Pulsations
1	U... Catherine...	59	19	13	76
2	C... Alexandrine.	62	17	12	88
3	C... Marie.....	63	17	12	68
4	A... Pierre	63	19	11	64
5	P... Madeleine...	63	17	12	80
6	C... Jean	65	19	13	60
7	M... Bernard	65	18	13	80
8	D... Victorine...	69	19	12	76
9	W... Jean	69	20	11	68
10	C... Raphaël	76	18	11	64

2° *Mélancoliques anxieux dont la tension habituelle est voisine de la tension artérielle normale*

	NOMS	AGE	Pr. Mx.	Pr. Mn.	Nombre de Pulsations
1	J... Michel	63	17	11	76
2	F... Pauline....	67	16	11	76

3° *Mélancoliques anxieux dont la tension habituelle est au-dessous de la moyenne normale*

	NOMS	AGE	Pr. Mx.	P. Mn.	Nombre de Pulsations
1	D... Aimée.....	20	12	7	80
2	S... Marie.....	28	14	8	64
3	A... Marie.....	30	12	7	72
4	A... Germaine...	34	11	7	80
5	D... Henri.....	39	13	9	60
6	V... Marie.....	42	14	8	96
7	P... Louise.....	48	12	8	68
8	T... Marie.....	50	12	8	92
9	P... C... Marie...	50	11	7	96
10	B... Joseph.....	52	11	8	72
11	C... Jeanne.....	52	12	8	96
12	L... Bernard	57	14	8	80

©BIUM

Il est intéressant de constater que parmi les 12 malades anxieux et hypertendus, le plus jeune est âgé de 59 ans et que par conséquent, chez la plupart des malades de ce groupe, l'état des artères doit avoir une certaine importance pour expliquer l'augmentation de la pression. Chez tous nos malades hypertendus, nous avons observé une augmentation de la pression au moment des paroxysmes, cette modification est signalée par la plupart des auteurs, devons-nous en conclure que l'hypertension est une conséquence de l'anxiété ou, au contraire, que l'anxiété est provoquée par l'élévation de la tension artérielle ? Les 12 cas d'hypotension permanente chez les malades anxieux de notre troisième tableau constituent un argument contre l'hypothèse de l'anxiété considérée comme une conséquence de l'hypertension.

Les variations de la pression artérielle sont dues à des causes multiples dont les effets peuvent s'ajouter ou, au contraire, se neutraliser, la pression artérielle normale résulte de l'équilibre dans l'influence réciproque de nombreux organes dont nous sommes loin de connaître toutes les fonctions.

Dans une communication à la Société Médico-Psychologique, A. Vigouroux (1) a rappelé l'importance du déséquilibre endocrinien dû à la ménopause et provoquant des troubles de l'innervation sympathique qui se traduisent par l'hypertension artérielle, des bouffées de chaleur, des crises de palpitations douloureuses, de l'angoisse respiratoire et de l'anxiété.

Il semble que les troubles de la pression et l'anxiété doivent être considérés comme des conséquences simultanées en rapport avec des modifications du grand-sympathique d'origines très diverses.

Pour certains auteurs (2), l'hypotension est si constante chez les tuberculeux que l'on peut la considérer comme un symptôme de tuberculose au même titre que la toux, l'amaigrissement, etc. Quel est le mécanisme

(1) A. Vigouroux. — *Deux cas d'anxiété post-ménopausique. Société Médico-Psychologique,* Mai 1918.

(2) A. Martinet. — *Diagnostic clinique.*

©BIUM

de cette hypotension ? la toxine bacillaire agit-elle sur les centres vaso-moteurs ou réussit-elle à entraver le fonctionnement de la glande surrénale ?

E. Sergent (1), dans ses nombreux travaux, a surtout mis en valeur l'importance de la fonction anti-toxique et angiotonique de la glande surrénale dans toutes les infections ou intoxications. Chez une de nos malades (n° 4 du tableau 3) hypotendue suspecte de tuberculose au début, l'opothérapie surrénale et le traitement arsenical associés ont donné de bons résultats, l'état général est devenu meilleur, l'anxiété a diminué et la pression a un peu augmenté tout en restant au-dessous de la moyenne normale. Deux autres malades anxieuses et hypotendues (n° 8 et n° 9 du tableau 3) présentaient des signes d'insuffisance surrénale : la sédation rapide progressive et régulière des divers symptômes sous l'influence du traitement opothérapique semble bien justifier l'hypothèse d'une insuffisance fonctionnelle dont la cause échappe à nos investigations.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, tous nos malades hypotendus sont passifs, inertes, abouliques, gardant le lit ou restant immobiles pendant de longues heures, chez tous l'activité est réduite au minimum et leur pression a conservé la même valeur pendant plusieurs semaines.

Les malades hypertendus ne se contentent pas de gémir, ils agissent, la plupart ont fait plusieurs tentatives de suicide et à certains moments ils se présentent comme de véritables agités. Nous ne pouvons pas apprécier l'intensité de leur douleur morale, mais nous pouvons du moins remarquer différents degrés dans leur agitation ; c'est précisément à l'occasion des paroxysmes où l'agitation est très violente que nous constatons les pressions les plus élevées avec une accélération du pouls souvent considérable. Chez la plupart de ces malades, la fréquence du pouls n'est pas en rapport avec la hauteur de la pression. Dans un cas, la pression maxima atteignait 20 centimètres, la pres-

(1) *Opothérapie Surrénale.* E. SERGENT. *Journal Médical Français*, novembre 1911.

©BIUM

sion minima 11, tandis que l'on comptait 120 pulsations à la minute. Pendant ces accès, le cœur est soumis à un véritable surmenage, l'agitation continue jusqu'à la fatigue du myocarde qui provoque à son tour une sensation d'angoisse extrêmement pénible. Les anxieux hypertendus sont les seuls qui présentent des variations secondaires importantes de la tension artérielle, nous devons donc chercher en dehors de l'intensité de la douleur morale la cause de leur hypertension habituelle.

D'après nos observations nous conclurons en disant que la pression artérielle chez les anxieux est variable et qu'elle n'est pas en rapport avec l'état affectif des malades.

L'anxiété n'est ni une cause ni une conséquence de l'hypertension, elle peut se rencontrer chez des sujets ayant une hypotension très marquée et elle peut ne pas exister avec une pression manifestement exagérée.

Les variations de la pression et l'anxiété doivent être considérées comme des conséquences simultanées des troubles du fonctionnement du sympathique.

L'élévation passagère de la pression qui se produit chez certains anxieux paraît surtout en rapport avec le degré de l'agitation.

Les modifications permanentes de la tension artérielle dépendent des altérations organiques ou des lésions de l'appareil cardio-vasculaire.

Discussion

M. Legrain. — Cette communication est très intéressante, et surtout au point de vue pratique, à cause des indications thérapeutiques qui peuvent découler de ces conclusions. Dans mon service, nous faisons actuellement des observations sur le même sujet et nous en apporterons le résultat dans une séance ultérieure. Jusqu'alors, nos recherches confirment en grande partie les résultats indiqués par M. Naudascher.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des Séances,
René Charpentier.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Electrologie, par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE (*in Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix. — Maloine et fils, édit. — Paris, 1921).

Ce livre, écrit pour les praticiens, envisage seulement les applications de l'électricité aux affections d'ordre médical, et non pas toute l'électrothérapie. Il permet aux praticiens d'effectuer eux-mêmes les applications faciles, ne nécessitant pas une installation coûteuse ou compliquée.

Dans une première partie, MM. Delherm et Laquerrière, après avoir exposé les notions théoriques et techniques indispensables, étudient les principaux courants employés en médecine : courant continu, courants obtenus par induction, électricité statique, courants de hautes fréquences et terminent par l'exposé de la méthode de Bergonié de gymnastique électrique généralisée.

La deuxième partie comprend, avec une mise au point de l'état actuel de l'électrodiagnostic, l'exposé clinique des applications thérapeutiques de l'électricité dans les diverses maladies et, en particulier, dans les maladies nerveuses.

Un appendice, qui montre bien le caractère essentiellement pratique de ce volume, traite des dangers que peuvent faire courir les installations électrothérapiques et des moyens de s'en préserver.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Séméiologie psychologique de l'affectivité et particulièrement de l'affectivité enfantine, par les Docteurs DECROLY et VERMEYLEN (Rapport extrait du volume jubilaire de la *Société de Médecine Mentale de Belgique*, Gand, 1920).

Dans un très intéressant rapport de 124 pages, MM. De-

©BIUM

croly et Vermeylen étudient successivement la psychologie des états affectifs, l'évolution affective et la pathologie de l'affectivité chez l'enfant. Parmi les anomalies, ils distinguent celles qui tiennent aux tendances elles-mêmes et celles qui résultent des facteurs agissant sur ces tendances : troubles primaires dans le premier cas, troubles secondaires dans la deuxième catégorie.

MM. Decroly et Vermeylen passent ensuite en revue les anomalies des diverses tendances : tendances en rapport avec la conservation individuelle, tendances secondaires (amour-propre, instinct de propriété), instinct de défense, instinct sexuel, instincts maternel et parental, tendances mixtes, tendances adjuvantes ou adaptatives dont le rôle est de soutenir et de favoriser les autres tendances, tendances dérivées complexes (sentiment esthétique, sentiment éthique ou moral). En fait, tout ce qu'on appelle défaut de l'enfant constitue une anomalie morale et la plupart de ces défauts sont des excès des tendances essentielles.

Les auteurs exposent ensuite les méthodes d'examen de l'affectivité en général qu'ils répartissent en deux groupes : méthodes quantitatives et méthodes qualitatives, et les méthodes d'examen de l'affectivité utilisables chez l'enfant. Ils terminent en exposant les trois méthodes imaginées par eux et dont ils font habituellement usage. La méthode du questionnaire est celle dont l'application est la plus aisée et la plus générale ; ce questionnaire est relatif aux réactions affectives de l'enfant dans les milieux où il vit habituellement. La seconde méthode comporte des tests affectifs pour les enfants jeunes ou anormaux. Enfin, dérivée des travaux de Duprat sur l'association mentale et la causalité psychologique, la méthode des mots inducteurs permet de pratiquer l'investigation subjective du sujet chez les enfants en âge de comprendre le langage et de s'exprimer assez exactement par la méthode des associations d'idées.

En terminant cet important et très intéressant travail, les auteurs donnent deux ingénieux schémas destinés à représenter les influences diverses qui, tout en réagissant les unes sur les autres, contribuent à l'édification de la synthèse cohérente ou non de ce que nous appelons le caractère.

René CHARPENTIER.

©BIUM

JOURNAUX ET REVUES

ASSISTANCE

Le « Parole System » et sa place dans les méthodes thérapeutiques basées sur le travail, par Aaron J. ROSANOFF et Thomas S. CUSACK. *American Journal of Insanity*, octobre 1920.

Le « parole system » qui consiste à confier les aliénés à la garde de parents, d'amis, ou d'employeurs, a donné, sous l'impulsion des auteurs, des résultats véritablement impressionnants.

Par esprit de réaction contre la routine et l'inertie où stagnent les malades et le personnel des asiles, ils ont tenté, sur une grande échelle, le « réajustement » des aliénés à la vie commune. En 1911, 2,5 0/0 de la population totale de l'Asile bénéficiaient du « parole system » ; en 1918, ce chiffre fut élevé jusqu'à 5,4 0/0. Certains quartiers fournissent un pourcentage qui passe de 3,9 0/0 à 16,5 0/0 ; les auteurs sont convaincus que l'on peut atteindre une moyenne constante de 20 0/0.

Les plus grandes difficultés surgissent du fait du mauvais vouloir du personnel qui tend à garder indéfiniment les malades dressés à quelque routine automatique. On en vint jusqu'aux menaces de démission.

En effet, les infirmiers ont coutume de n'exécuter que les travaux délicats ; ils dressent à leur profit quelques malades et surveillent l'ensemble. Le gros du travail est réparti entre le plus grand nombre de malades possible, chacun ne rendant guère que 2 ou 3 heures par jour au maximum. De plus il y a toujours quelques aliénés particulièrement utilisables qui, sans jamais de repos, accomplissent un travail considérable. En résumé 25 à 60 0/0 des aliénés utilisables demeurent sans emploi.

Ceci est dû en particulier à la paresse du personnel qui ne s'attache pas à réentraîner de nouveaux malades. Pourtant l'expérience a montré que l'on peut, hors de l'asile, les employer de la façon la plus diverse : les hôpitaux de médecine générale recrutent dès maintenant parmi les aliénés des infirmiers, des commissionnaires, des domestiques, des aides-cuisiniers, des manœuvres, dont le salaire varie de 10 à 30 dollars par mois, et qui, en somme, gagnent complètement leur vie et en sont très satisfaits. De plus,

©BIUM

des visites régulières permettent de les assister et de contrôler la condition où ils sont tenus.

Dans l'Asile, le rendement en travail s'est parallèlement accru ; et cela sans que le personnel ait eu à déployer une activité exceptionnelle. En effet, pendant la période de mars à juin 1920, dans une division comportant 514 malades, dont 160 alités, on vit 30 à 35 infirmiers sur 53 absents par congé. Dans le même temps, tout travailleur fut externé sur parole aussitôt que cela parut possible. Il en résulta que le personnel amoindri en nombre fut contraint à une surveillance plus active, et s'ingénia au dressage des malades désœuvrés. L'allure générale du service en fut très améliorée. Les incidents divers, contusions, égratignures, coupures, qui, de février à juin 1919, s'étaient élevés au nombre de 47, tombèrent à 26 au cours de la période correspondante en 1920. Le développement du travail parmi les désœuvrés entraîna pour nombre d'entre eux une amélioration telle de leur état mental que certains ont pu, à leur tour, être externés sur parole. L'accroissement des chances de sortie constitue en effet un puissant stimulant ; dans l'eau morte, un courant est créé.

Mais pour atteindre ce but, il est nécessaire d'établir une collaboration étroite entre les médecins et le personnel infirmier. Il faut que tous soient pénétrés des principes suivants :

1) Aucun aliéné — guéri ou non — ne saurait être retenu à l'Asile pour cette seule raison qu'il est capable d'y exécuter un travail utile.

2) Il restera toujours assez d'incurables en état physique suffisant pour qu'on puisse les dresser à accomplir les besognes nécessaires.

3) Il importe de veiller à ce qu'aucun quartier ne soit soudainement privé de la totalité de ses travailleurs.

Une sélection préalable doit écarter : les aliénés atteints de crises convulsives fréquentes, ceux qui manifestent des tendances aggressives ou des idées de suicide, les femmes à tendances érotiques et qui sont en âge d'activité sexuelle, les malades atteints d'affections cardiaques graves, les vieillards parvenus à un âge très avancé.

Le « parole system » comporte toujours un peu de risque, mais on ne doit pas exagérer ces craintes. Grâce aux visites régulières, il est possible de contrôler le comportement des malades, et de les reprendre à temps à l'Asile ; parfois plusieurs essais, en des emplois différents, sont né-

©BIUM

cessaires avant d'obtenir un résultat pleinement satisfaisant. Il est fréquent de pouvoir placer sur parole de vieux internés dont les réactions, qui ont pu être autrefois violentes, se sont peu à peu apaisées. Il faut prêter grande attention aux désirs exprimés par les malades et faire soigneusement la critique des contre-indications formulées par le personnel ou par les familles. Et les auteurs rapportent un exemple typique où, malgré l'opposition désespérée de la famille, qui ne faisait d'ailleurs rien pour l'aliéné, celui-ci put être « paroled » sans inconvénient.

Cette tâche doit être complétée par le « service social department » qui assure le placement et la surveillance des aliénés chez des employeurs avertis, et éclaire ceux-ci sur la façon de s'attacher les malades et d'en obtenir le meilleur rendement tout en évitant d'éveiller ou d'exaspérer leurs susceptibilités morbides. C'est là une œuvre dont la direction doit être confiée à un médecin âgé, de grande expérience, qui y consacre tout son temps. Son rôle consiste à veiller à ce qu'aucun malade susceptible de placement ne soit indûment gardé à l'Asile ; sa responsabilité commence à partir du placement sur parole, et cesse lors de la libération définitive. Le service d'assistance sociale établit une note mensuelle sur l'état physique et mental de l'aliéné ; il procède à des visites régulières et s'assure que chaque malade jouit d'un confort suffisant.

Actuellement, la durée du placement sur parole ne peut légalement excéder une année, à l'expiration de laquelle peut être décidé, soit le renouvellement pour un an, soit la libération définitive. Il est désirable que l'on puisse légalement placer d'emblée des malades pour une durée légale de 3 ou 5 années.

En terminant, les auteurs montrent que les objections opposées généralement à ce système ne sauraient tenir en face des résultats, mais il est primordial que le fonctionnement de ce mode d'assistance soit confié à un personnel compétent, consciencieux et actif, soutenu par une administration vigilante.

Albert Brousseau.

NEUROLOGIE

« La névrose des gazés », par Harold S. Hulbert. *American Journal of Insanity*, octobre 1920.

L'auteur décrit cette variété de névrose de guerre qu'il compare à la névrose de ces « commotionnés » que n'at-

©BIUM

teignit aucun traumatisme cranien. Certains soldats qui n ont parfois inhalé qu'une bouffée de gaz présentent peu après le syndrome suivant: les narines dilatées, ils ouvrent spasmodiquement la bouche, éversant souvent la lèvre inférieure; leur visage exprime l'anxiété, ils font pour respirer des efforts convulsifs, se plaignent de paresthésies douloureuses, et leurs mains même se portent à la gorge ou esquissent le geste d'arracher un masque ; on observe parfois des états de stupeur, des épisodes délirants, des pertes de connaissance avec crises convulsives. L'insomnie, les rêves terrifiants à thème guerrier complètent le tableau clinique.

Ces accès ont été déterminés par l'odeur d'une eau de boisson un peu trop javellisée, voire même par la sensation gustative donnée par la moutarde.

Il est important de bien connaître ce syndrome qui a fréquemment été pris pour une expression de l'épilepsie ou d'une lésion organique du système nerveux. Un diagnostic correct permet un traitement psychothérapique précoce et la récupération rapide des combattants. Il n'y a aucun parallélisme entre l'intensité du syndrome névropathique et la gravité des lésions organiques des voies aériennes. La « névrose des gazés » n'atteint en général que des individus ayant absorbé peu de gaz toxique, mais présentant par avance une constitution psychopathique nette et une inadaptation relative aux nécessités du devoir militaire.

Albert BROUSSEAU.

CRIMINOLOGIE

La genèse du délit au regard de la psychologie moderne, par Renato SERAFINI. *Révista de · Psicologia,* janvier-mars 1921.

L'auteur, à la suite de Enrico Ferri, tente d'amender le dogme lombrosien. Il lui paraît que du groupe des sujets classés délinquants-nés, on doit dissocier un nombre important de délinquants dont les actes ont été déterminés, non seulement par l'hérédité, mais aussi par divers facteurs au premier rang desquels il faut considérer le milieu où ils ont vécu, l'ignorance, la misère et l'abandon où les confine souvent l'ordre social. Si l'on reconnaît que les habitudes acquises constituent les principaux coefficients de la criminalité, les délinquants peuvent échapper aux conséquences de leur hérédité, et cela, à condition que la lutte soit acti-

©BIUM

vement menée pour protéger leur enfance, c'est-à-dire le temps où s'organise leur personnalité.

Albert BROUSSEAU.

PSYCHOLOGIE

Des troubles de la pensée symbolique déterminés par des lésions localisées du cerveau, par R. MOURGUE. *British Journal of Psychology Medical Section*, janvier 1920.

Il s'agit, en réalité, d'une nouvelle interprétation des aphasies, basée du point de vue de la psychologie fonctionnelle. L'auteur s'inspire avant tout des récents travaux de Head et des auto-observations du Dr Saloz et du Pr Forel. L'étude clinique des aphasiques montre en effet que le fonctionnement cortical est troublé dans son ensemble ; l'attitude psycho-motrice substratum objectif du jeu de l'intelligence, n'est plus en mesure de se faire. Cette dernière se trouve donc atteinte dans sa fonction de *découpage* et *d'opposition*, alors que se trouve au contraire exaltée la pensée intuitive.

Albert BROUSSEAU.

PSYCHOLOGIE

L'une des difficultés de la Psychoanalyse, par Siegmund FREUD. *Journal of Mental Science*, janvier 1921.

L'auteur défend son œuvre, et cela, avec beaucoup d'art. Il envisage cette fois une difficulté non pas d'ordre intellectuel, mais bien d'ordre affectif. Pour la mieux mettre en valeur, il trace l'évolution de l'esprit humain et les épreuves, qu'à son sens, il lui fallut subir. Et cette évolution lui apparaît comme parallèle à celle de la Libido. Comme l'enfant, l'homme ancien rapportant tout à lui, eut une période de narcissisme, et la terre centrait l'univers. Copernic vint et détruisit cette illusion. Ce fut la première épreuve, l'épreuve *cosmologique*. Mais il lui demeurait la conviction de représenter une race privilégiée, douée d'une âme immortelle, bien supérieure aux espèces animales ; l'enfant et le sauvage ne trouvent cependant pas une différence de nature entre eux et les animaux ; le totémisme en est une preuve. Mais Darwin ruina cette présomption ; ce fut l'épreuve *biologique*. Cependant l'homme gardait la prétention de régner sur son propre esprit ; il ignorait l'inconvénient et les sourdes menées de l'instinct sexuel non satisfait, mais la Psychoanalyse survint et montra que les névroses

©BIUM

sont des maladies spécifiques de la fonction sexuelle. L'homme ne peut se résigner à penser que son moi n'est point maître en sa propre demeure ; c'est maintenant la troisième blessure de l'amour-propre humain. C'est l'épreuve *psychologique*. En concluant de la sorte, Freud se retranche derrière Schopenhauer dont la « Volonté » inconsciente équivaut aux « impulsions mentales » de la psychoanalyse. Mais c'est précisément parce que cette méthode force chacun à regarder en face certains problèmes qu'elle s'attire « l'aversion et la résistance qui épargnent rarement les noms des grands philosophes. »

Albert BROUSSEAU.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Une nouvelle revue Brésilienne : Médecine et chirurgie. *Revue Mensuelle,* 1er numéro, février 1921.

L'activité scientifique toujours croissante des pays de l'Amérique du Sud se manifeste par un nombre également croissant de journaux et revues. Nous avons le plaisir de souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère brésilien qui témoigne pour la science française les sentiments de son pays, en faisant suivre ses articles de résumés en français.

PSYCHIATRIE

S.-C. ROSSI, **Grippe, insuffisance surrénale et psychose maniaco-dépressive.** *Ann. fac. méd.,* Montevideo, décembre 1919.

Au cours des épidémies de grippe qui ont sévi en Uruguay, l'auteur a pu observer dans son service de psychiatrie un certain nombre de malades atteints de psychose maniaco-dépressive. Les accès d'excitation ou de dépression qu'il rapporte ont apparu dans la période d'asthénie post-grippale, mais les malades avaient déjà présenté des accès semblables.

Il a noté chez eux de l'insuffisance surrénale, avec hypotension, légère tachycardie, raie blanche de Sergent ; à tous il a appliqué une thérapeutique appropriée : désintoxication (purgatifs, régime lacté) et administration d'adrénaline soit par la bouche (5 gouttes) soit en injections (1/2 mm³ de sol. au 1/1000, 3 par semaine) ; au bout de quelques semaines à peine tous les malades étaient améliorés ou guéris.

©BIUM

Frappé de ces résultats autant que de la coïncidence entre l'insuffisance surrénale et l'état mental de ces convalescents de grippe, l'auteur se demande si ses observations ne sont pas de nature à éclairer l'étiologie de la psychose maniaco-dépressive. D'une part en effet on peut admettre une relation de cause à effet, entre la grippe et elle, cette infection agissant tout au moins comme cause favorisante par les altérations organiques qu'elle détermine. D'autre part chez des circulaires non atteints de grippe l'auteur a pu mettre en évidence des signes d'insuffisance surrénale. Il se trouve donc porté à admettre qu'il existe plus qu'une simple coïncidence entre ce trouble endocrinien et l'affection mentale qui l'accompagne.

Louis PARANT.

NEUROLOGIE

J. SANCHIS Y BANUS. Une nouvelle réaction pour l'étude du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur propose une nouvelle méthode d'examen du liquide céphalo-rachidien destinée à remplacer la réaction de Lange, qui, douée d'une très grande valeur de diagnostic est cependant d'une technique extrêmement délicate qui l'empêche d'être d'un usage courant.

Tandis que Guillain et Laroche substituent à l'or colloïdal le benjoin colloïdal, Sanchis y Banus propose d'employer le sang défibriné de certains animaux, du cheval en particulier.

La technique est la suivante : dans des tubes étroits et très exactement calibrés on introduit 1 cm³ de liquide céphalo-rachidien auquel on ajoute 1 cm³ de sang défibriné de cheval.

Après le mélange on place le tube à l'étuve, et chaque cent secondes on lit la hauteur de la colonne d'hématies ; on construit les graphiques en portant les chiffres des hauteurs aux abcisses et ceux des temps aux ordonnés.

La préparation du réactif est très facile, la lecture des résultats se fait très aisément d'après la hauteur du dépôt.

Cette méthode réunirait donc de nombreux avantages.

Elle n'a toutefois pas encore fait ses preuves. Comme le fait remarquer l'auteur lui-même, « il est nécessaire de faire des centaines d'expériences comparatives et de préciser, selon une méthode expérimentale logique l'influence que chacun des éléments de la réaction exerce sur le résultat final. »

©BIUM

De nombreuses recherches seront nécessaires pour juger définitivement cette méthode et l'auteur souhaite que d'autres expérimentateurs poursuivent comparativement des recherches identiques.

Louis PARANT.

NEUROLOGIE

D. PRAT, Cinq cas d'épilepsie jacksonnienne. Rôle de la syphilis. Opérations. *Annales de la fac. méd. de Montevideo,* T. V, février 21.

Le Docteur Prat, professeur agrégé à Montevideo, a trépanné selon la technique de Martel, cinq cas d'épilepsie jacksonnienne. Deux étaient d'origine traumatique. Les trois autres étaient de nature indéterminée, mais l'un d'eux étant nettement syphilitique, l'auteur expose à ce propos de très intéressantes conceptions pathogéniques. Chez ce malade en effet le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang et dans le liquide C. R. ainsi que l'examen cytologique au moment de l'opération. Mais précédemment d'autres crises jacksonniennes avaient été améliorées par le mercure et l'iodure. Cela ne permet-il pas de présumer chez un grand nombre de jacksonniens non traumatisés l'origine syphilitique de leur affection ?

La syphilis peut en effet provoquer des crises convulsives, non seulement par des lésions propres, mais par des épaississements méningés, des adhérences, la congestion, l'œdeme des séreuses et de l'écorce qu'elle provoque. Or ces lésions sont d'origine syphilitique, mais une fois contituées restent indépendantes et peuvent ne pas être modifiées par le traitement spécifique.

Tandis que la syphilis peut être en activité (réaction humorale) sans donner de manifestation cérébrale, inversement la même syphilis vieille, inactive, sans réactions, peut avoir provoqué des lésions qui resteront épileptogènes.

Le travail de Prat intéressera également le chirurgien qui y trouvera la relation de trépanations à l'anesthésie locale, et un long éloge de la technique de de Martel.

Louis PARANT.

PSYCHIATRIE

S.-C. ROSSI, Le diagnostic en psychiatrie. *Annales de la Faculté de médecine de Montevideo,* T. V, février 1921.

La psychiatrie contemporaine ne doit plus se limiter à

©BIUM

la symptomatologie. Elle entre dans le domaine de la cytopathologie générale. Elle ne peut réaliser de progrès nosographiques et surtout thérapeutiques qu'autant que l'on s'efforcera de rechercher toujours les causes des troubles observés.

Les symptômes psychopathiques ne sont en effet qu'une perturbation du segment intermédiaire de l'arc réflexe neuropsychique.

Rossi veut que le psychiatre ne se contente plus de relater les « histoires » mentales, les hallucinations, les interprétations ; ainsi dans un cas de délirium tremens il importe moins d'analyser la confusion mentale que de reconnaître l'étiologie : intoxication alcoolique, et surtout la pathogénie: insuffisance cardio-hépato-rénale. Il faudra donc étudier chez le psychopathe : 1° son état clinique, somatique ; 2° celui de son chimisme humoral ; mais par-dessus tout, 3° rechercher les infections et les insuffisances fonctionnelles ; enfin, accessoirement, 4° son syndrome mental. « Peut-être un jour celui-ci suffira-t-il seul lorsque par lui-même il comprendra les autres. Mais dans l'état actuel de la psychiatrie, il doit abandonner le sceptre puisque en réalité il ne le mérite pas. »

Louis PARANT.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 Mai 1921

Présidence de M. le Dr Truelle

Un cas de lipomatose symétrique avec délire de possession. — MM. Rogues de Fursac et Furet présentent un homme de 53 ans, alcoolique, qui offre le tableau clinique complet de la lipomatose symétrique, telle qu'elle a été décrite par Launois et Bensaude et chez lequel sont survenus des troubles mentaux, d'abord considérés comme un délire alcoolique, mais que l'évolution ultérieure a démontrés relever d'une psychose hallucinatoire qui, à l'heure actuelle, a abouti à un délire de possession avec troubles de la sensibilité générale et interprétations délirantes.

Ce cas paraît être le premier où la lipomatose est associée à un syndrome délirant

a) **Paralysie générale et maladie de Recklinghausen.** — *b*) **Hallucinations lilliputiennes.** — *Présentations de malades* par MM. Dupouy et Bonhomme.

a) Les auteurs rapportent l'observation d'un paralytique général de 63 ans chez lequel on remarqua l existence d'une neurofibromatose passée inaperçue. Il s'agit vraisemblablement d'une simple coïncidence.

b) Il s'agit d'un alcoolique ayant présenté plusieurs accès délirants antérieurs et qui, au cours de l'accès actuel, eut des hallucinations variées pour lesquelles dominaient deux personnages qui le suivent sans arrêt, se logeant sous les lames du parquet de sa chambre, dans les goussets de son gilet, dans les plis de ses draps de lit, quand il est couché. Ces personnes ont des voix grêles, tout à fait « fluettes ». Ce sont donc à la fois des hallucinations visuelles et auditives. D'ailleurs à côté de ces hallucinations micropsiques le même malade présente des hallucinations de dimensions normales et d'autres macropsiques.

Chez un autre malade, également alcoolique, les hallucinations lilliputiennes typiques « mobiles, colorées, agréables » succèdent à un syndrome anxieux avec réactions panophobiques.

©BIUM

Chez les deux malades l'évolution fut favorable et il semble que l'apparition de ces états hallucinatoires soit un bon signe au point de vue évolutif.

Deux cas d'hallucinations auditives avec délire minime inextensif. — MM. ALAJOUANINE et CODET, internes des Hôpitaux, présentent deux cas d'hallucinations auditives survenues chez une femme de 68 ans, tabétique fruste et chez un homme de 40 ans, ancien alcoolique ; ces deux sujets, non débiles mentaux, n'ont qu'un délire très minime. Il s'agit là de cas transition entre le délire systématisé avec hallucinations et l'hallucinose, plus proche de ce dernier type clinique.

Un cas atypique de psychose hallucinatoire chronique. — MM. J. CAPGRAS et Paul ABÉLY présentent une malade de 49 ans dont le délire a débuté il y a quatorze ans par un état hallucinatoire avec idées de persécution pénibles. Au bout de trois ans, transformation de la psychose en un délire d'influence érotique, avec interprétations rares et troubles sensoriels multiples, isolés ou combinés : hallucinations visuelles, olfactives, tactiles, génitales, auxquelles s associent des hallucinations psychiques ou des scènes oniriques. L'érotisme rend ces troubles sensoriels agréables ; ils sont désirés, et recherchés par la malade qui pour les obtenir se place dans des conditions de solitude, de silence, de méditation analogues à ceux qui favorisent l'extase des mystiques. Par certains de ces caractères cette malade se rapproche de l'hallucinose, la systématisation, qui existe cependant, demeurant restreinte et sans extension.

Délire d'espérance chez une débile interprétante. — *Présentation de malade,* par MM. DUPAIN et BOUYER. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade entrée en mai 1917 à l'Asile de Vaucluse et n'ayant présenté tout d'abord sur un fond mental de débilité qu'un délire banal d'interprétation avec idées de persécution prédominantes et accessoirement idées érotiques et hypocondriaques. Presque sans transition, après un an d'internement, s'est pour ainsi dire substitué à ces symptômes, les effaçant par son intensité, une idée fixe, l'espérance d'une visite mystérieuse. La constance du désir est remarquable, ne s'étant jamais démentie depuis son apparition. Il se distingue nettement de tout besoin d'ordre matériel et de toute aspiration à la liberté. La malade e veut on ne peut le préciser et les auteurs sont réduits aux hypothèses pour en expliquer

©BIUM

la genèse et la nature. Cette espérance leur paraît plutôt imaginative que reposant sur l'interprétation d'un souvenir véritable. Ils proposent d'y voir la traduction de tendances sexuelles non satisfaites, ce que l'anamnèse semble corroborrer. Quoiqu'il en soit, l'attente continuelle de sa visite a tellement transformé l'état mental de la malade, effaçant pour ainsi dire les symptômes antérieurs et se substituant à eux depuis trois années, qu'on peut trouver là une évolution assez étrange d'un délire d'interprétation.

Un cas de mutisme. — MM. LWOFF et TARGOWLA montrent un malade, intermittent probable, alcoolique et présentant des signes de débilité mentale, déjà interné en 1913 pour une bouffée de délire mégalomaniaque absurde avec excitation, et qui a fait il y a un an un accès de dépression avec mutisme. Il ne persiste aujourd'hui que des phénomènes légers d'inhibition, qui s'atténuent, et le mutisme total.

Les présentateurs discutent la pathogénie de ce cas. Sans conclure de façon ferme, ils attribuent le mutisme initial à l'inhibition classique des mélancoliques, et sa persistance à un état d'aboulie, reliquat de la dépression primitive, associé peut-être à un élément pithiatique.

Deux cas de perversion sexuelle chez des dégénérés. — *Présentation de documents.* — M. HOVEN, médecin de l'Asile de Mons communique deux observations de corps étrangers de l'urèthre et de la vessie trouvés chez des aliénés qui avaient pratiqué la « masturbation interne ». Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans qui s'était introduit dans l'urèthre un tuyau d'irrigateur long de 20 centimètres, de huit millimètres de diamètre avec un nœud de trente millimètres de diamètre. Le second cas a trait à une femme de vingt ans qui avait fait pénétrer dans l'urèthre une épingle à cheveu. Celle-ci était parvenue dans la vessie où ele s'était recouverte d'une épaisse couche de sels.

©BIUM

VARIÉTÉS

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'Honneur. — Sont nommés Chevaliers de la Légion d'Honneur : M. le Dr Paris, médecin de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; M. le Dr Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ; M. le Dr Gouriou, médecin-adjoint des Asiles, Chef de Clinique de la Faculté de Paris ; M. le Dr Vublien, médecin-adjoint des Asiles ; M. François, interne à l'Asile de Maréville, tué à l'ennemi ; MM. Douzain, Martin, Barthélémy, internes à l'Asile de Maréville.

Médaille militaire. — M. Trampol, interne à l'asile de Maréville.

FACULTÉ DE PARIS

Concours du Clinicat de la Chaire des maladies mentales

A la suite du dernier concours ont été nommés :
Chefs de Clinique : MM. les Drs Heuyer, Gouriou.
Chefs de Clinique adjoints : MM. Brousseau, Ceillier.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales

Sont élevés à la première classe du cadre :

M. le Dr Trenel, Médecin en Chef de l'Asile Public d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

M. le Dr Mercier, Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Pierrefeu.

Sont élevés à la première classe de leur grade :

M. le Dr Bessière, Médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Navarre.

M. le Dr Viollet, Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Dijon.

©BIUM

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Bordeaux, le 28 juin 1921.

Le Dr D. Anglade, Médecin en Chef de l'Asile Public des aliénés de Bordeaux, Président de l'Association amicale des médecins aliénistes de France (1),

à Monsieur le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

MONSIEUR LE MINISTRE,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que mes Collègues de l'Association amicale des médecins aliénistes de France, réunis en Assemblée Générale à Paris, le 29 mai 1921, m'ont désigné pour être leur Président pendant 3 années.

A ce titre, je veux d'abord vous assurer, Monsieur le Ministre, de l'entier dévouement du Corps des Asiles d'aliénés de France. Vous le trouverez toujours respectueux de votre légitime autorité, heureux et fier de collaborer avec l'administration centrale ou locale aux progrès de l'Assistance d'une catégorie de malades vis-à-vis de laquelle on ne montrera jamais trop de pitié. Car les véritables aliénés, permettez-moi de le dire ici, se recrutent en majorité parmi des sujets qui ont pris trop à cœur leurs devoirs sociaux.

Mais ce n'est pas auprès de vous, Monsieur le Ministre, ni non plus auprès de l'éminent Directeur actuel de l'Assistance Publique, qu'il faut craindre de voir s'accréditer cette opinion que les aliénés sont des malades peu intéressants. Vous pensez que les maladies de l'esprit ne méritent ni la répugnance ni le dédain ; vous avez le souci de les prévenir et de les guérir. Nous n'en voulons pour preuve que votre sympathie agissante pour la Ligue d'Hygiène et de Prophylaxie men-

(1) A la suite de l'Assemblée générale du 29 mai 1921, M. le Dr Anglade a été nommé président de l'Association amicale, M. le Dr Henri Colin a été élu vice-président.

©BIUM

tales créée et présidée par notre vaillant collègue, le Dr Toulouse. Cette ligue, encouragée par vous, n'aura pas de meilleurs apôtres sur le territoire que les médecins des asiles d'aliénés. Ils sont qualifiés et bien placés pour éclairer l'opinion publique sur les causes des maladies du cerveau, pour suggérer les moyens de les dépister, de les éviter, les modes de traitement et d'assistance qui leur conviennent. En outre, leurs efforts sont constamment tendus vers le but de développer et d'accroître le patrimoine de nos connaissances dans une des branches les plus incontestablement françaises de la médecine : la neuro-psychiatrie, — c'est notre manière de contribuer au rayonnement scientifique de la France dans le monde.

Pour accomplir intégralement la noble tâche qui lui incombe, le corps médical des asiles doit posséder l'indépendance morale et la sécurité matérielle qui permettent aux caractères énergiques de s'affirmer, aux initiatives de surgir et de se développer.

Dans cet ordre d'idées, je me plais à reconnaître, Monsieur le Ministre, que votre administration a déjà beaucoup fait. Nous sommes dotés d'un statut libéral, et protégés contre les décisions hâtives ou arbitraires. Ce statut, vous nous en avez donné la preuve, n'est pas entre vos mains « un chiffon de papier ». Il y a seulement quelques jours, M. le Directeur de l'Assistance Publique nous faisait prévoir la publication au *Journal Officiel* des vacances de postes et entrevoir le recours à une commission spéciale pour l'établissement par ordre de mérite et de convenances personnelles d'une liste des candidats. Ces pratiques auront l'assentiment unanime de mes collègues.

Enfin, M. le Directeur de l'Assistance publique s'est déclaré favorable au principe d'une réforme qui donnera à tous les médecins des asiles, dès leur entrée dans le cadre après un concours sévère, les moyens d'employer utilement leur activité et leurs connaissances ? Les longues stations dans l'adjuvat ont certainement eu pour effet de stériliser quelques énergies latentes. La mesure qui est à l'étude soulèvera des objections, troublera des habitudes, éveillera des craintes.

©BIUM

Aucune de ces considérations ne doit la faire retarder car à tout bien peser, elle est juste et opportune.

De la situation matérielle des médecins des asiles, je ne dirai pas qu'elle est précaire ; ce serait injuste. Leurs traitements ont été relevés, mais, il est vrai, dans une proportion qui n'est pas égale à celle obtenue par d'autres fonctionnaires de même classe sociale. Cependant les études médicales sont longues et onéreuses. Si les stages spéciaux indispensables sont exactement faits, on ne doit guère pouvoir arriver au concours médical des asiles que vers l'âge de 30 ans. Le nombre des concurrents fléchira — il a déjà fléchi d'une manière inquiétante au dernier concours — s'il n'y a pas au bout des épreuves la perspective d'une carrière honorablement rétribuée.

Il m'a semblé qu'il serait juste et prudent de fixer à 10.000 fr. le traitement de début pour les médecins des asiles publics issus du concours. En outre, les médecins qui cumulent un service administratif avec leur service médical réclament une indemnité de direction qui paraît justifiée. Enfin la classe exceptionnelle a été supprimée, peut-être à tort ; car elle apportait, au sommet de la carrière, un appoint d'honneur et de ressources.

Il y a donc dans le régime des retraites des inégalités et des injustices qui résultent de la diversité dans les statuts des caisses départementales. Il ne dépend pas de vous qu'il y ait unification mais je vous signalerai des cas particuliers très dignes d'intérêt sur lesquels vous jugerez peut-être utile d'appeler l'attention des conseils généraux.

Monsieur le Ministre, je soumets ces réflexions à votre examen. Elles s'inspirent avant tout du souci de prévenir le délaissement des asiles par les médecins de valeur. Votre bienveillance nous est acquise. Je le sais. Ne vient-elle pas de se manifester par votre appel à MM. les Préfets en faveur des médecins qui fréquentent les réunions générales et les Congrès de neuro-psychiatrie ? Cette fréquentation est fort utile à tous les points de vue. Nous vous remercions de la faciliter. Puis-je vous demander d'intervenir même auprès des établissements d'aliénés qui ne relèvent pas directe-

©BIUM

ment de votre autorité, je veux dire les quartiers d'hospice et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics. J'ai des raisons de penser qu'un désir exprimé par MM. les Préfets trouverait écho auprès des commissions administratives, des congrégations, des Conseils d'administration. N'ont-elles pas intérêt à ce que leurs médecins participent au mouvement scientifique et puisent dans les congrès des leçons de choses utiles aux malades, avantageuses pour les établissements qui les assistent.

Je m'excuse, Monsieur le Ministre, d'avoir inauguré, auprès de vous, ma Présidence de l'Association des médecins aliénistes par cette longue lettre. Il m'a paru utile de vous l'écrire ; je vous prie de la considérer comme une marque de déférence et de confiance.

Comme nos prédécesseurs, je me tiendrai en rapport avec M. le Directeur de l'Assistance publique. Je compte lui apporter une collaboration active et loyale ; je sais que je trouverai auprès de lui la compétence et la bienveillance.

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

LIGUE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALES

La séance solennelle de la *Ligue d'Hygiène mentale* a eu lieu le 1er juin dernier à la Sorbonne, à l'amphithéâtre Richelieu.

M. Desmars, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques représentant le Ministre empêché, a, dans un langage qui a conquis l'assemblée, présenté la ligue au public et l'a assurée de la sympathie du Gouvernement.

Le Dr Toulouse, président de la Ligue, a fait une causerie, lue par M. Charles Boyer, du Théâtre Antoine, sur *la Folie maladie curable et évitable et l'Hygiène mentale.* Les arguments, les chiffres, les suggestions ont paru faire sur l'auditoire une vive impression.

M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, président d'honneur de la Ligue, a éloquemment défendu le droit à l'assistance pour les psychopathes libres et s'est engagé à déposer une proposition de loi dans ce sens.

©BIUM

M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, a demandé la création de dispensaires pour psychopathes.

Le Dr Williams, directeur de la Fondation Rockfeller en France, a montré que les Etats-Unis, en appliquant souvent des idées et des travaux scientifiques français, développaient largement la prophylaxie des troubles mentaux avec les méthodes employées contre la tuberculose.

Enfin Mme Jane Misme, directrice de *la Française*, a adressé un appel aux femmes.

Une partie artistique a terminé la réunion : M. Gémier, directeur du Théâtre Antoine, qui a joué d'une manière saisissante un conte d'Edgar Poë, Mme Moreno, de la Comédie-Française, Mlle Mary Marquet, du Théâtre Antoine, et M. Pierre Blanchard, de l'Odéon.

Nous sommes heureux de saluer le succès de cette première manifestation de la *Ligue d'Hygiène mentale* avec le grand public. Il s'agit d'une œuvre de grand avenir ; car le progrès social est lié au psychisme des individus, qu'on doit sauvegarder par l'hygiène mentale individuelle, et le traitement précoce des psychopathes légers ou graves ; et aussi par la sélection psycho-physiologique des écoliers et des travailleurs.

Fonctionnement de la Ligue

La Ligue comprend des *membres actifs* qui payent une cotisation annuelle minima de *dix francs* et *des membres donateurs*, qui effectuent un premier versement de *cinq cents francs*.

Elle est administrée par un *comité central* qui comprend environ soixante membres, élus en Assemblée générale.

Le Comité central élit un *bureau*, chargé de l'expédition des affaires courantes.

Un certain nombre de *commissions* sont organisées. Ces commissions peuvent nommer des *sous-commissions* en vue de l'étude d'une question spéciale.

Des *délégués régionaux* seront nommés par le Comité Central dans les centres importants pour y prendre l'initiative de la propagande locale en faveur de la prophylaxie et de l'hygiène mentales.

Des *correspondants étrangers* sont également nommés par le Comité Central, en vue d'organiser une liaison interna-

©BIUM

tionale pour l'étude des questions qui se rapportent à l'objet de la Ligue.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales poursuivra sa propagande auprès du public et des pouvoirs constitués par des vœux, des conférences, des tracts, et, quand ses ressources le lui permettront, par la publication d'un bulletin.

N. B. — Prière d'adresser les adhésions au Dr GÉNIL-PERRIN, secrétaire de la Ligue, 99, avenue de La Bourdonnais, à Paris (Tél. : Saxe 39-11), et les chèques ou mandats à M. J. LAHY, trésorier, 12, rue Linné.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.528

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes

Luxembourg-Metz (1er-6 Août 1921)

Le 25e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française a tenu ses assises du 1er au 6 août 1921 à Luxembourg et à Metz. Le compte rendu peut en être donné ici, dans le numéro des *Annales* de juillet, à cause du retard fortuit de la publication de ce numéro. Présidée par le Docteur Buffet d'Ettelbrück et le Docteur Henri Meige de Paris, assistés du professeur Lépine de Lyon comme vice-président, du Docteur Forman de Luxembourg et du Docteur Lalanne de Nancy comme secrétaires généraux, cette session fut exceptionnellement brillante, tant

©BIUM

au point de vue de l'ordonnance des séances scientifiques et de la valeur des questions qui s'y débattirent, qu'à celui de l'organisation et du choix des excursions et réceptions, par lesquelles on se délassa de la fatigue des travaux.

Ma mission se borne à rapporter la chronique non scientifique des événements qui illustrèrent cette session de notre Congrès. Et c'est par un hommage aux membres du Bureau de cette année que je débuterai. A cet hommage, j'associerai non seulement notre secrétaire général du comité permanent, notre collègue René Charpentier, mais encore le Ministre de France à Luxembourg, M. Mollard et la population entière du Luxembourg, qui collabora de la façon la plus enthousiaste et la plus fructueuse à la préparation et à la réussite de ce Congrès.

I. Au Pays de Cocagne du Luxembourg. — C'est une impression de féerie vécue que les congressistes emportent de leur séjour dans le Luxembourg. Pendant toute la durée de leur présence, une atmosphère de fête ne cessa de régner dans la coquette capitale, descendant et remontant le long des gorges abruptes et touffues qui la séparent en deux, traversant les ponts superposés qui relient entre elles les deux parties, planant au-dessus des roses odorantes qu'on rencontre à chaque pas, se balançant au rythme des lents carillons qui y sonnent de toutes parts. Oriflammes, fanfares, cafés ouverts

©BIUM

toute la nuit, interpellations joyeuses entre habitants et visiteurs, fraternisation sur la place publique, lunchs, goûters, déjeuners, dîners, champagnes, volailles, brochets, écrevisses, promenades en chemin de fer, randonnées en automobiles, tout cela gracieusement offert par les Luxembourgois. Ajoutez-y des roses en plus grand nombre encore que sur l'autel des Dieux grecs. Et pourtant c'est un « Trop de nourriture » qu'eut dû gémir Calchas, s'il se fût fait inscrire parmi les membres du Congrès.

Le *lundi* matin, après le régal du merveilleux discours sur les oracles de l'antiquité grecque, que prononça notre président H. Meige, après qu'il eut remercié dans les termes les plus galants, les autorités du pays assemblées dans la salle des fêtes du Palais Municipal pour nous souhaiter la bienvenue, la visite des beautés de la ville commença. Ce furent les belles collections du MUSÉE PESCATORE que l'on parcourut. A la fin de l'après-midi, en sortant de la première séance de travail, on se rendit en tramway aux HAUTS FOURNEAUX D'EICH, où le laboratoire d'orientation professionnelle de l'INSTITUT METZ nous montra la façon ingénieuse de sélectionner scientifiquement les meilleurs ouvriers. Puis, goûter offert par l'Etablissement. Le soir après dîner, réception somptueuse au PALAIS MUNICIPAL avec champagne et innombrables accessoires.

Le *mardi* matin, après la deuxième séance,

©BIUM

champagne-apéritif offert dans ses caves par la MAISON MERCIER. L'après-midi, après une séance de projections cinématographiques, aussi artistiques que scientifiques par MM. André Thomas, Long et Landau, excursion au ravin de ST-QUIRIN et le long de la CORNICHE qui le surplombe. Après le dîner, RÉCEPTION OFFERTE PAR M. le MINISTRE DE FRANCE Mollard, dévidement de films représentant les plus beaux sites et monuments du Grand-Duché. Succès tout particulier pour la procession dansante d'Echternacht, décrite par M. Meige, il y a déjà longtemps, et où chaque mardi de la Pentecôte les paysans de l'Eiffel viennent demander la guérison en faisant trois pas en avant et deux en arrière, tout le long du village. Discrète remise de décorations aux membres du Bureau du Congrès : Légion d'honneur pour les deux luxembourgeois, ordre du Chêne vert pour les trois français. Indiscrète distribution de boissons et de pâtisseries de toutes sortes, plus exquises les unes que les autres.

Le *mercredi* matin, départ pour ETTELBRÜCK. Et après la discussion du 3e rapport, visite de l'asile. Des roses, du calme, des portes ouvertes, de coquets jardins, des fauves apprivoisés (les renards jouent avec les pensionnaires avec autant de douceur que le plus débonnaire des chiens), des malades bien nourris et contents de leurs médecins. A midi, dans une salle immense qu'on ne craignit pas d'agrandir à grands renforts de coups de pioche, festin pantagruéi-

©BIUM

lique offert par le gouvernement du Grand-Duché dans le pavillon d'administration de l'asile. Discours étincelants de plusieurs orateurs, notamment H. Meige et Glorieux, discours que je ne connais malheureusement que par ouï-dire, si lointaine était ma place. A 4 h. 1/2, GARDEN-PARTY AU CHATEAU DE COLMAR BERG donnée en notre honneur par S. A. R. Madame la Grande-Duchesse de Luxembourg. Et sous un délicieux berceau de verdure, en croquant des choses savoureuses et en vidant des coupes glacées, les congressistes purent admirer que, comme dans les contes de Perrault, le peuple des Bons Génies luxembougeois a pour souveraine une princese de la plus gracieuse jeunesse.

Le *jeudi* fut consacré à la tournée en automobile à travers le pays. Plus de soixante voitures conduites chacune par son propriétaire, se partagèrent les membres du Congrès. On avait fait pleuvoir un peu pendant la nuit pour abattre la poussière. Des gardes armés de drapeaux rouges, étaient postés à chaque carefour, à chaque tournant dangereux. Et ce fut le plus enivrant des roulements sur les montagnes russes qui dévalaient à travers les pentes boisées de l'Ardenne, grimpaient des côtes couvertes de prairies, zigzaguaient dans des plaines de céréales, côtoyaient des ruisseaux bouillonnants. Les équipages se rangeaient respectueusement sur notre passage. A tous les hameaux, des groupes de paysans, le chapeau à la main, nous accla-

©BIUM

maient ! Nous avions l'air de toute la lignée des marquis de Carabas, parcourant leurs domaines et recevant l'hommage de leurs fermiers. Aussi pour répondre aux saluts, arrondissions-nous le bras comme si un somptueux panache ornait la misérable casquette de chauffeur qui nous servait de couvre-chef. Eich, la forêt de Grunwald, la Rochette, Vianden-Wolmitz, Wiltz, Moersch, Esch-le-Trou, Clervaux, où l'on nous offrit encore à déjeuner, virent défiler notre pimpant cortège.

Le *vendredi* après-midi, on se rendit à la ravissante station balnéaire de Montdorf, en train spécial. Accueil des plus cordiaux par le directeur. Le soir, dîner de premier ordre offert par le gouvernement. Puis représentation théâtrale et fête vénitienne dans le parc embaumé.

La nuit qui suivit fut la dernière passée à Luxembourg, et la fée Mélusine vint me visiter en rêve pour me faire le récit que voici :

« Pour les lecteurs des *Annales Médico-psychologiques*, je veux te donner les raisons de l'exceptionnelle réussite du Congrès. Je suis la marraine d'Henri Meige et lui ai donné l'éloquence comme cadeau de baptême. C'est pour cela qu'il a une si haute taille. De la sorte, il a la langue mieux pendue que qui que ce soit. J'avais toujours rêvé de faire tenir les assises du Congrès, dont il devait être président, dans le Luxembourg, car ce sont là que se sont réfugiés les Bons Génies, les Heinzelmännchen, dont

©BIUM

la collaboration fut si efficace. Mais je voulais lui en faire la surprise. Or le malin garçon, se servant de l'éloquence, a séduit la Pythie qui lui raconta les secrets qu'il vous dévoila hier. Il obtint d'elle qu'elle lui prédise le nom du pays où aurait lieu le congrès dont il aurait la présidence. Et c'est pour cela que depuis plus de 20 ans, il s'est lié d'amitié avec Forman. J'ai choisi moi-même tous les membres de son Bureau. J'ai voulu comme président associé l'homme qui fit de l'asile d'aliénés d'Ettelbrück une roseraie édénique et dont le nom Buffet est une garantie pour assurer le bien-être matériel des congressistes. J'appelai Forman, parce que c'est un fort homme qu'il fallait devant une si lourde tâche. Lalanne avec son don d'ubiquité, qui le fait surgir au coin d'un bois, aussi bien que dans la salle d'enregistrement des bagages, auprès des gens qui sont en peine, n'est autre chose que l'enchanteur Merlin. René Charpentier est maintenant plus puissant que moi, car un jour que j'avais égaré ma baguette, il la ramassa, et son amour de l'ordre l'empêcha de me la rendre, de crainte que je ne la reperde. J'ai tenu à ce que le Belge Glorieux présidât une de vos séances, parce qu'il me plaît, comme il vous l'a appris en vous disant que je lui étais apparue. Enfin, j'ai veillé à ce que la dernière séance fût présidée par le Suisse Bing, non seulement parce que son énergie se tempère de la plus exquise courtoisie, mais parce que le *Jour-*

©BIUM

nal de Fantasio m'a appris que pour taper sur les têtes de Turc, il faut faire appel à Bing (1).

« J'ajoute que, si vous avez mangé tant de volailles, de brochets et d'écrevisses, c'est à vos compagnes que vous en devez la reconnaissance. Les coqs, après avoir donné leur crête aux gardes qui jalonnaient le circuit automobile pour éviter à vos femmes tout accident, offrirent leurs ailes pour les éventer pendant le trajet, et finalement livrèrent leur chair pour être mangée par elles. Les écrevisses voulurent se faire bouillir pour avoir une couleur aussi rutilante que les lèvres de vos filles ; leur famille a toujours été très sensible à la beauté, et c'est pour cela, que, ne pouvant détacher leur regard des belles choses, elles marchent toujours à reculon. Enfin, c'est pour atteindre dans les bouches féminines les perles qu'ils y voyaient briller, que les brochets, que l'eau salée éloigne de la mer, se firent mettre au court-bouillon. ».

II. Sur le calvaire des champs de bataille lorrains. — Le *samedi* se passa à Metz. Réception à l'Hôtel de Ville par le Maire de la Ville et M. le Chef de cabinet du Préfet de la Moselle. Echanges de discours entre ces Messieurs et notre président H. Meige plus en verve que jamais. L'après-midi, ultime séance de communications

(1) Les dernières séances sont les plus délicates à présider, parce que, souvent, la brièveté des heures qui restent oblige à bousculer un peu les derniers orateurs.

©BIUM

et clôture du Congrès. Entre temps, exploration de la ville. Rues étroites et sinueuses, esplanade ombragée avec gracieux point de vue sur la vallée moselane, cathédrale aux vitraux incomparables, hangar pour Zeppelins assyriens construit par les Allemands en guise de gare, aquarium bâti pour la Poste par les mêmes architectes, brasseries et restaurants où la succulence des mets rappelle le passage de Rabelais que M. le Chef de cabinet nous apprit avoir été médecin à Metz, etc.

Le *dimanche* des auto-cars nous emmenaient sur les champs de bataille. Ceux de 1870 disparaissaient sous la somptuosité des céréales. Ceux de la dernière guerre gardent encore toute leur dramatique horreur : ETAIN, TAVANNES, FORT DE VAUX, DOUAUMONT, FLEURY, TRANCHÉE DES BAÏONNETTES, COTE 304, MORT-HOMME, MONTFAUCON, MALENCOURT, VERDUN. Tel fut le jalonnement tragique de notre route. La visite était conduite par le commandant Anirépoque l'un des héros de la funèbre épopée qui y fut vécue. Trois autres de ceux-ci à ma connaissance suivaient modestement mêlés parmi nous, nos collègues Trénel, Voivenel et Bourilhet.

Décrire cette journée serait impossible. Tant de centaines de milliers de vies humaines sont venues ici s'engloutir dans le néant que la parole comme n'importe quelle autre manifestation d'un être vivant y semble sacrilège. Les efforts les plus pieux pour honorer les morts ne lais-

©BIUM

sent pas d'y être plus ou moins choquants. Les applaudissements bien qu'adressés aux exploits des disparus dont on entend le récit, y sont intolérables. Les phrases les plus respectueuses et les plus sincères y ont un effet de rhétorique agaçante. L'ossuaire de Douaumont où sont recueillis les ossements épars dont l'identification n'a pu être établie, fait figure de magasin avec la superposition de ses cercueils de sapin alignés dans une baraque Adrian. Et c'est bien en effet la coopérative de la douleur et du deuil qui s'abrite sous ce fragile toit !

La végétation épineuse, grise et rabougrie du chardon, voile d'un suaire symbolique les convulsions délabrées de la terre où furent réduits en poussière, rochers, pierres, bronze, hommes, plantes et animaux. Parfois une bulle floconneuse et pâle arrachée par le vent à la fleur du chardon, traverse lentement l'espace. Sa descente hésitante semble alors la chute d'une larme que la nature ne peut s'empêcher de verser, comme nous sommes impuissants nous-mêmes à refouler les pleurs qui nous viennent aux yeux.

Lorsqu'après une halte de quelques quarts d'heure sur ce calvaire où l'on ne devrait venir que seul et en silence, les auto-cars nous ramènent aux bords d'une rivière sous l'ombrage des peupliers, parmi les blés qui ondoient, on éprouve comme un éblouissement, tant est violent le contraste, entre la Mort que l'on quitte et la Vie où l'on rentre.

©BIUM

Du haut de Montfaucon, c'est à perte de vue que l'on voit s'étendre les dunes jaunâtres d'un désert que n'égaient ni clochers, ni toits, ni verdure, et que seul le vol solitaire de quelque rapace anime d'un fugitif frisson.

Sans le verdoiement des collines d'Argonne qui bordent le couchant, c'est un paysage sablonneux du fond du Sahara que l'on croirait contempler.

On revint à Verdun le long de la blanche jetée que trace la route, au travers des vagues cahotiques du terrain soulevé et effondré par les obus. De-ci de-là, comme un frêle esquif perdu dans la tempête, s'aperçoit la barrière d'une tombe identifiée. A de plus longs intervalles, l'assemblage grisâtre de quelques milliers de croix de bois autour d'un grand mât surmonté du drapeau tricolore prend des allures de paquebot. Esquifs et paquebots de naufragés qui n'ont plus besoin de nos secours et auxquels nous devons d'exister.

Après une visite dans les souterrains de la citadelle de Verdun, après le spectacle lointain de l'œuvre de ruine cyclopéenne qui brisa la Montagne des Eparges, nous arrivâmes au crépuscule à Marlotte et St-Privat. L'obscurité ne permettant pas de distinguer les objets, la comparaison entre la destruction de la guerre de nos pères et la destruction de notre guerre contemporaine hantait nos esprits. Quel aspect prendra donc le monde après la guerre de nos descendants !

©BIUM

III. Le long du Rhin allemand. — Aujourd'hui *lundi*, les plus dociles des congressistes, et ils sont nombreux, partent en Rhénanie pour descendre le Rhin dont les deux bords sont allemands jusqu'à Cologne. Je dois malheureusement rentrer et ne puis suivre les voyageurs que par la pensée.

Blondes Filles du Rhin de la Légende, Gardiennes de l'Or du fleuve, quittez vos algues et vos grottes, et suivez à la nage le bateau qui les emporte, nos congressistes ! Vous y verrez accoudées à ses bastingages nos femmes et nos filles de France et de Belgique, admirant le jeu de vos flots, et l'âpre charme de vos rives. Par delà la tumultueuse gaieté de leurs rires, de leurs voix et de leurs gestes, saisissez bien le sens de leurs propos. Et comprenez par elles que la garde et l'accroisement d'un Trésor ne doivent pas être le but de la vie, car ils n'assurent pas le vrai bonheur. Votre Or, il vous fut volé par Albéric. Et c'est pour avoir voulu augmenter le leur, en ravissant le nôtre, que vos frères sont dans l'affliction aujourd'hui !

Inhumaine Loreley dont le chant fut fatal à tant de nautonniers, fais un instant silence et regarde passer ces Belges et ces Françaises dont la grâce égale la tienne. Apprends d'elles que la beauté est bien plus belle sans cruauté et que l'on peut séduire en se faisant aimer.

Et toi, Germania d'airain, qui dressée sur la montagne de Bingen inspecte l'Occident, emplis

tes yeux du spectacle accusateur de la barbare folie de tes enfants. La haine n'habitait pas plus nos cœurs que ne poussait le chardon dans nos champs où ils l'ont semé. Mais elle ne saurait en disparaître avant que n'aient refleuri les moissons opulentes que convoitait leur gloutonne envie et que leur impuissante fureur a ravagées. Le fossé de mort qu'ils ont creusé entre le monde et eux, qu'ils le comblent d'abord, s'ils veulent que leur vie se rejoigne à celle des autres hommes. Puissent-ils se hâter dans cette œuvre ! Puisse surtout le souvenir de l'invincible résistance contre laquelle tu vis se briser ton belliqueux empire, réfréner chez toi et les tiens, à tout jamais, la velléité de recommencer une aussi désastreuse expédition !

Paul COURBON.

©BIUM

LES MÉLANCOLIQUES ANXIEUX PERSÉCUTÉS

Par André CEILLIER

(Travail du service de M. Séglas à la Salpêtrière)

(*Suite et fin*) (1)

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs titres. Je ferai d'abord remarquer qu'on ne retrouve chez Mme P... aucun des éléments de la constitution paranoïaque, ce qui infirme les théories de Masselon et de René Bessière ; elle n'a ni la méfiance, ni l'orgueil, ni la tendance à tout rapporter à soi (égocentrisme), ni l'esprit de systématisation des paranoïaques. Confiante, crédule, humble, elle subit passivement les persécutions, elle n'accuse personne et ne construit aucun système. Ses idées de persécution qui ne peuvent trouver leur raison d'être dans une constitution paranoïaque inexistante ne sont pas davantage la conséquence d'idées d'auto-accusation, puisqu'il n'y a pas trace de celles-ci.

Comme pour la première malade, les idées de persécution sont la conséquence directe de l'anxiété et trouvent leur origine dans le « sentiment d'insécurité ». D'abord les craintes imaginaires ont eu pour objet son fils, et elles ont été si fortes qu'elles ont abouti à une conviction délirante. Ensuite elle a eu peur pour elle-même et s'est cru menacée dans son instinct de conservation.

Qu'une malade habituellement craintive et peureuse présente au cours d'un accès d'anxiété mélancolique des craintes et des idées de persécution, il n'y a rien là qui doive nous surprendre ! L'enchaînement des symptômes est trop logique pour qu'il soit nécessaire de chercher une autre explication.

Les hallucinations n'ont existé chez cette malade qu'à

(1) Voir *Annales Méd.-Psy.*, n° de juin 1921.

©BIUM

titre épisodique, pendant sa grande crise d'anxiété pantophobique. Pendant tout le reste de son accès, elle n'a eu que des interprétations avec illusions auditives. C'est également au cours de cette crise anxieuse qu'elle a fait quatre tentatives de suicide.

Notons encore que l'état mélancolique a précédé les idées de persécution et leur a survécu. Enfin, dans les deux accès, l'internement a coupé court aux idées de persécution. Il faut faire jouer le plus grand rôle au fait que l'on soustrait la malade à son milieu ; mais, de plus, le traitement moral (comme pour la malade de la première observation et comme pour les suivantes) n'a pas été inutile. Ces mélancoliques persécutés n'ont pas, comme les persécutés vulgaires, une foi absolue dans la réalité des persécutions dont ils se croient les victimes, et il suffit souvent d'une affirmation du médecin pour les aider à comprendre la nature de leurs troubles et leur permettre de les chasser.

Troisième observation. — La troisième malade, dont je donnerai rapidement l'observation, offre des traits communs avec les deux précédentes.

Mlle C... 32 ans. Nous notons dans ses antécédents qu'un oncle paternel s'est tué en se jetant dans un puits. Le père était peut-être alcoolique. Mlle C... d'après les renseignements précis que nous a donnés sa sœur avait une humeur variable, des sautes d'humeur. Habituellement gaie, insouciante, pleine d'entrain, elle avait des périodes de tristesse pendant lesquelles elle était abattue, pleurait, ne disait rien. Extrêmement susceptible, elle se vexait facilement.

En novembre 1919, elle a eu un accès de dépression qui a duré un mois. « C'était à peu près comme cette fois-ci, dit la malade, mais moins fort. J'étais ennuyée, je ne savais pas pourquoi, je n'aurais pas pu le dire au juste. Il m'est arrivé de pleurer. *Je sentais comme maintenant la tête vide, mais moins que maintenant.* » A ce moment elle écrit à sa sœur des lettres où certaines phrases ne sont pas achevées.

Bien que je n'aie pas assisté à l'accès il est infiniment probable qu'il s'est agi d'un accès de dépression mélancolique simple sans délire. Le début de l'accès actuel a été

©BIUM

rapide et paraît avoir été déterminé, au moins dans la date de son apparition par une phrase maladroite de sa maîtresse. Celle-ci venant de renvoyer sa cuisinière lui dit : « Les domestiques volent et mentent. » Cette phrase la bouleverse ; elle croit qu'on la soupçonne, et elle tombe aussitôt dans un état de dépression mélancolique : « Alors, dit-elle, je me suis trouvée très triste, je ne parlais presque plus, je faisais mon travail, mais j'étais moins habile... je faisais moins bien... j'oubliais. Je n'ai pas relevé la phrase. J'ai réfléchi pour voir si j'avais pu prendre quelque chose, mais je n'ai pas vu. J'ai essayé de voir si j'avais fait quelque chose de mal, si j'avais fait quelque chose sans le faire exprès. »

Elle répète constamment cet examen de conscience, elle le pousse le plus loin possible, elle fouille son passé, elle ne trouve rien à se reprocher, mais elle éprouve de l'angoisse, « un serrement de cœur comme si, dit-elle, j'avais un poids sur l'estomac. »

Jusqu'ici il n'y a pas d'idées de persécution, mais elles vont apparaître rapidement. « Huit ou dix jours après j'ai fait attention à ce qu'on faisait autour de moi. On a essayé de m'éprouver, de voir si je volais... On mettait des choses en évidence... on a mis une fois deux sous sur un fauteuil. On mettait des épingles à cheveux sous les meubles, pour voir si je faisais bien le ménage. Je me suis rendu compte qu'on me surveillait. Une nuit j'ai entendu... comme une machine à écrire... j'ai pensé que c'était pour moi... Puis je me suis aperçue qu'on me regardait comme si on se méfiait de moi. Les agents se promenaient et c'était peut-être pour moi. J'ai cru entendre des propos comme quoi on me reprochait mon indélicatesse... J'ai vu des gens qui avaient l'air de me surveiller. C'était pas ordinaire ! On faisait attention que je ne touche à rien quand j'allais chez le boulanger. »

Comme on le voit, les idées de persécution se développent progressivement, se précisent ; elles s'accompagnent d'anxiété, mais brusquement pour un motif insignifiant elle va présenter la grande crise anxieuse.

Un soir les fils de ses maîtres réparent des fils électriques. La malade croit que c'est pour la tuer, elle éprouve une angoisse terrible, une peur folle, elle se précipite dans sa chambre, prend la corde qui entoure sa malle, l'attache à la balustrade de sa fenêtre et descend ainsi dans la rue. Elle se sauve en courant, se dirige vers la Seine, sans avoir,

©BIUM

dit-elle, l'idée bien nette de se jeter à l'eau. Elle erre dans les rues jusqu'à trois heures du matin, sous la pluie, sans parapluie, va coucher dans un hôtel et le lendemain matin va demander protection à sa sœur.

Dans le service où elle est admise le 7 décembre 1920, elle se présente comme une déprimée mélancolique auxieuse. Elle en a l'attitude, le facies.

« Qu'est-ce qu'on va faire de moi ? On va peut-être me mettre en prison (anxiété, pleurs). A mon idée je n'ai rien fait, mais je crois qu'on m'en veut. Sûrement qu'on me fera encore des misères. »

Elle avoue qu'elle a eu des craintes d'empoisonnement. « Je ne sais pas si on a voulu m'empoisonner, mais il y avait sûrement quelque chose dans la soupe et puis Madame et la cuisinière ont ri en disant que c'était trop poivré... alors... ça m'a paru louche et je pense que ce n'était pas du poivre. »

Je lui demande pourquoi elle a peur d'aller en prison. Elle répond : « De la façon dont tout le monde me regardait... on me regardait comme si j'avais fait le mal. Si j'ai fait le mal on me mettra bien en prison, mais je ne vois pas quel mal j'ai pu faire. »

Elle explique très bien la filiation des symptômes : « J'avais peur sans savoir pourquoi et alors j'ai cherché à savoir de quoi j'avais peur. » On ne peut expliquer plus clairement la priorité de l'émotion sur l'idée.

Dans le service elle se figure à plusieurs reprises, pendant une quinzaine, qu'on se moque d'elle, qu'on lui en veut. Un mois après son entrée elle croit encore mais sans en être très sûre qu'on lui en voulait, mais elle ne sait pas qui. Peu à peu elle se rend compte qu'elle a exagéré. La malade reste mélancolique plus longtemps que persécutée. Ce n'est qu'après plusieurs semaines que son anxiété se calme et que la dépression s'améliore. Le 15 février on pouvait la considérer comme guérie.

On trouve dans cette observation des éléments déjà rencontrés dans les deux premières, mais en plus des variabilités de l'humeur. La malade a eu, peut-être, plusieurs accès de dépression mélancolique ; en tout cas, il paraît très vraisemblable qu'elle en ait eu un en novembre 1919. Ses idées de persécution sont, à la fois, fonction de son anxiété et de sa susceptibilité. La

©BIUM

phrase évidemment vexante : « les domestiques volent et mentent » a été le point de départ, d'abord de la dépression mélancolique, ensuite des idées de persécution ; mais l'anxiété n'a pas été étrangère à l'apparition et au développement de ces idées, ainsi que la malade le dit : « J'avais peur, sans savoir pourquoi. » Comme chez la deuxième malade, il y a eu un épisode de terreur panique avec fuite par la fenêtre, fugue de plusieurs heures, qui a exactement la même valeur qu'une grande crise anxieuse. Comme la première malade, Mlle C. fait son examen de conscience, mais ne trouve rien à se reprocher, rien qui puisse justifier les persécutions dont elle est la victime innocente.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà noté, la dépression précède les idées de persécution et leur survit.

Quatrième observation. — L'observation de Mme Quen... est extrêmement instructive. Cette malade fit à la Salpêtrière neuf séjours dont la plupart pendant la guerre. Sur ceux-là (car on avait autre chose à faire qu'à prendre des observations), on ne retrouve d'autre indication que celle des certificats. Sur les trois premiers séjours, je possède des renseignements incomplets, mais suffisants pour nous éclairer. Enfin tout dernièrement, la malade a été admise pour la neuvième fois à la Salpêtrière où j'ai pu l'observer moi-même.

Mme Quen... actuellement âgée de 74 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Pas de variations d'humeur. Pas d'alcoolisme, buvait du lait. Déjà internée pendant un mois à Ste-Anne en 1910.

4 octobre 1911. Depuis trois semaines se plaint de ne pouvoir dormir. Les troubles auraient débuté après une dispute avec une voisine. Crises anxieuses durant de un quart d'heure à une heure et se produisant le matin. Pendant ces crises la malade a peur, elle croit qu'on veut lui faire du mal, que des apaches vont passer par la fenêtre et vont la tuer. Entre deux crises la malade est bien et n'a aucune crainte. Au début il n'y avait qu'une crise par jour, puis celles-ci augmentent de fréquence et de durée.

Elle entre, auxieuse, dans le cabinet du médecin et dit : « Alors c'est la guerre ? » — Comment la guerre ? lui

©BIUM

demande-t-on ? — « On veut nous tuer, dit-elle, je les entends, ils disent : canaille. Ils veulent me prendre, me tuer. » Elle a les yeux hagards, l'air anxieux, elle entend le bruit des gens qui parlent à côté et elle dit, en montrant la porte : « Ils sont là », avec une expression tragique. Dès le lendemain de son entrée, la malade est plus calme. Elle sort le 30 octobre 1911.

2e *admission* à la Salpêtrière (*30 novembre 1911*). La malade n'a pas d'hallucinations, elle n'est pas effrayée comme la première fois, mais déprimée. Elle pousse des soupirs. « Je suis fatiguée, j'ai mal à l'estomac. Chez moi je disais : demain je ferai cela et puis je reste anéantie, sans rien faire. J'ai la bonne volonté, mais je ne peux rien faire. »

Et les apaches ? lui demande-t-on. « Il n'y en a plus. Je n'ai plus peur qu'on me fasse du mal, je m'ennuie, je m'ennuie, je voudrais mourir. Me guérirez-vous ? »

Je ne possède pas d'autres renseignements sur cet accès qui paraît bien avoir été un accès de dépression mélancolique simple sans délire. Mme Quen... sort guérie le 23 juin 1912.

3e *admission le 24 juin 1913*. D'après les renseignements du mari, Mme Quen... aurait été très bien au point de vue mental et n'aurait présenté aucune dépression ni aucune idée de persécution pendant les 17 mois qui ont séparé ses deuxième et troisième internements à la Salpêtrière. Les premiers troubles auraient débuté il y a trois semaines. « Cela l'a reprise, dit le mari, il y a trois semaines, d'abord quelques heures par jour, puis de plus en plus, sans aucune raison. »

La malade donne elle-même des précisions sur le mode de début. « Déjà depuis quelque temps, dit-elle, je n'étais pas bien, j'étais fatiguée, je n'avais pas beaucoup de sommeil. Ça n'allait plus. Je m'habillais, j'allais au marché, et je revenais sans avoir rien acheté. »

L'état mélancolique s'accentue, en même temps qu'apparaissent des craintes et des idées de persécution. « Ils sont tous contre moi, nuit et jour j'écoute à la porte, mais quand ils me voient, ils se sauvent. J'entends bien... je vais voir... personne ! »

« Dieu ! que je suis malheureuse ! quel chagrin (pleurs, gémissements). Je crois qu'ils veulent me faire mourir. On me fait trop de misères. C'est la méchanceté qui les met contre moi. »

« Avez-vous essayé de vous tuer ? » lui demande-t-on.

©BIUM

« Oh ! non, Monsieur. Ce serait un grand bonheur si je pouvais mourir... j'aurais la tête tranquille... Il y a des voleurs chez nous ; on vole tout le temps. On pourrait ajouter cette chose-là et dire que c'est moi, pour me faire punir... »

« Oh ! que je suis donc malade ! tout cela me casse la tête ! Je ne sais plus ! Je voudrais mourir. Qu'est-ce que je fais sur terre. Puisque je ne suis plus bonne à rien, pas capable de faire mon ménage, il vaut mieux que je disparaisse au lieu de vous ennuyer ici. »

La malade sort complètement guérie après 34 jours d'internement, calme, sans anxiété, sans idées délirantes.

Ces trois accès, comme on a pu s'en rendre compte, bien que les observations ne soient pas complètes, n'ont pas été semblables. Dans le premier l'anxiété et les craintes de persécution résument tout le tableau morbide ; dans le deuxième il n'y a aucune idée de persécution, mais seulement un état bien accusé de dépression mélancolique ; dans le troisième coexistent la dépression mélancolique et les idées de persécution.

A cinq reprises encore, la malade fut admise à la Salpêtrière, mais je n'ai pu trouver d'autres indications que celles des certificats où sont mentionnées la dépression mélancolique, l'anxiété, les craintes imaginaires, les idées de persécution.

Enfin Mme Quen... fut admise pour la neuvième fois à la Salpêtrière le 22 février 1921.

Comme au troisième accès, le délire a été marqué par des symptômes de dépression mélancolique. « Je veux faire des provisions, des courses et je ne peux pas venir à bout de ce que j'ai à faire. Je ne dors pas. Toujours ça me prend le matin. Je me lève à quatre heures ; ça va à peu près une heure, puis ça ne va pas... ça ne va pas, alors il faut que je m'en aille et je file aux Buttes-Chaumont... je m'en vais... quelquefois quand il pleut et je rentre toute mouillée. »

La malade nous fait ce récit avec l'accent du plus profond désespoir. Sa respiration est singultueuse, son visage exprime l'anxiété. « Je voudrais me détruire et c'est un grand malheur. L'idée me vient et quelque chose me retient. »

Je lui demande si elle a eu des idées de suicide pendant sa dernière rémission (qui a duré deux ans). « Oh ! non, dit-elle, jamais. Mais maintenant je voudrais me jeter à l'eau. Il y a quinze jours je voulais me jeter à l'eau, j'étais du côté du canal St-Martin. Alors les agents m'ont vue et

©BIUM

m'ont ramenée au commissariat... Je voulais faire à manger pour mon mari, je revenais chez moi et je ne faisais rien. Je ne suis bonne à rien... »

Est-ce qu'on veut vous faire du mal ? « J'ai toujours l'idée qu'on va me voler. Je sens comme s'il y avait quelqu'un (sentiment de présence). Je trouve que tout le monde me regarde et quelquefois je demande : « Qu'est-ce que vous avez à me regarder comme cela. » Oh ! je suis bien malheureuse (elle pleure). Si on me vole, avec quoi est-ce que je soignerai mon mari ? »

Les idées de persécution sont si nettes chez cette malade qu'elle emploie des moyens de défense : « J'ai fait mettre trois sonnettes pour entendre, dans le cas où on viendrait voler. »

Elle a des hallucinations (psychiques) de l'ouïe. « On me dit dans ma tête : « fais ceci, fais cela. Tu es sale, il faut te nettoyer. » On me défend de faire ce que je devrais faire. Tout le temps c'est ma tête qui cause. » Il y a une locataire qui a dit : « On fera tellement de feu qu'on la grillera. Elle reviendra crever à la Salpêtrière. »

Elle ne sait pas exactement qui lui en veut. « Ce sont, dit-elle, des femmes qui doivent boire qui disent cela. » Elle ne sait pas davantage pourquoi, mais en tout cas, elle n'a aucune idée d'auto-accusation. « Jamais je ne fais rien de mal à personne. Je n'ai rien du tout à me reprocher et puis je soigne beaucoup mon mari. On ne devrait pas m'en vouloir, je ne fais de mal à personne. »

Il serait inexact de dire que la malade est tout à fait résignée. Elle proteste, mais faiblement et sa révolte est tout intérieure. Ces persécutions lui paraissent injustifiées, imméritées, mais elle n'a pas le courage de se plaindre aux autorités ou d'attaquer. Elle se protège comme elle peut en mettant plusieurs sonnettes à sa porte, en s'enfuyant loin de chez elle, mais elle sait que la mort seule serait sa vraie délivrance. « Je voudrais être morte, dit-elle. Ah ! si on pouvait me faire mourir. » Mais la dépression mélancolique est si accentuée, le désespoir de la malade est tel, qu'elle n'ose à peine espérer cette suprême consolation : « On m'a dit que je vivrais jusqu'à cent ans. C'est affreux si ça doit être vrai. Ah ! que je suis malheureuse, je ne peux même pas mourir ! » (Elle sanglotte). « Je me regarde souvent dans la glace et je me vois hideuse, les yeux comme une femme qui boit. « Je suis d'une maigreur... je suis un squelette... » Cependant, comme pour toutes les

©BIUM

malades que nous avons vues jusqu'ici, l'internement a apporté un soulagement immédiat. Ce que nous avions déjà noté, elle le précise en une phrase parfaitement explicite : « Quand je suis ici, dit-elle, il me semble que je suis en sûreté, que personne ne me fera du mal. »

Dès le deuxième jour son anxiété avait déjà considérablement diminué. L'amélioration se poursuit rapidement. La malade n'a plus aucune idée nouvelle de persécution, plus d'interprétations, plus d'hallucinations ; elle reste cependant déprimée.

Mme Quen... nous donne des renseignements utiles sur son caractère. Elle nous apprend qu'elle a toujours été très peureuse, très craintive et que de tout temps elle a pensé qu'on lui voulait du mal. « La moindre chose, dit-elle, que je vois derrière moi, j'ai peur... Même quand je vais bien et qu'on me regarde, je me figure qu'on m'en veut. »

L'observation de cette malade est tellement instructive par elle-même, le rapport que les idées de persécutions présentent avec l'état de dépression mélancolique est si évident qu'il serait superflu d'en faire l'analyse. Je ferai seulement remarquer que les idées de persécution ont été absentes au moins dans un des accès. Enfin je dirai que cette malade âgée de 74 ans possède des facultés intellectuelles et une activité psychique, qu'il est rare de trouver à cet âge, même chez un sujet sain.

Cinquième observation. — Je serai très bref sur la dernière malade qui présente beaucoup moins d'intérêt que les précédentes. Je crois cependant qu'il n'est pas inutile d'en dire quelques mots pour montrer que dans certains cas de débilité mentale, il s'agit moins de bouffées délirantes que d'idées plus ou moins vagues de persécutions développées sur un fonds de mélancolie.

Mme P... âgée de 30 ans entre à la Salpêtrière le 9 juillet 1920. Son facies, son attitude, ses réponses, sa conduite, le décousu de son délire, les renseignements qu'on nous donne, tout nous indique la débilité. « Je suis malade, dit-elle, depuis le mois d'avril, j'étais toute jaune, j'avais

©BIUM

de grandes plaques toutes jaunes, j'avais mal à la tête, je me suis crue un peu folle. » Néanmoins elle n'était pas alitée et continuait à travailler comme bonne. « D'abord je me suis préoccupée de mon petit garçon, puis l'ennui m'a pris... J'étais malade et triste depuis quelque temps déjà, avant qu'on ne me crie après. » Les idées de persécution sont très floues, très variables et ne présentent aucune systématisation. Il est même difficile de savoir exactement quelles ont été ces idées et s'il y a eu des hallucinations, des illusions, ou seulement des interprétations, car la malade ne peut s'analyser. « On a crié des choses de chez nous, quand j'étais petite et même que je ne m'en rappelais pas. On m'a fait croire que j'étais mariée... On m'a fait bénir comme une pucelle. On m'a appelé cochonne et folle. « Du moment qu'elle est folle elle ne s'en fait pas. » Il y avait plusieurs personnes qui causaient et on avait l'air de lancer cela contre moi. »

Elle s'imagine qu'on est amoureux d'elle. A plusieurs reprises elle est anxieuse, elle s'inquiète, sans motif, au sujet de son petit garçon et fait ses paquets pour aller le rejoindre. Elle avoue des idées de suicide « parce que, dit-elle, je voulais m'en aller et qu'on ne voulait pas me laisser partir. »

Dans le service la malade reste tranquille, elle vit à l'écart, ne parle à personne, est triste, abattue. Elle pleure souvent. On doit la forcer pour manger. Assez rapidement elle abandonne ses idées vagues de persécution. La dépression psychique ne s'améliore que lentement. Peu à peu, la malade devient plus active et plus gaie.

En somme, il s'agit ici d'une débile qui présente des idées de persécution vagues, mobiles, non systématisées. Le seul point qu'on puisse noter, c'est que le trouble initial a été un état qui paraît être de la dépression mélancolique. C'est le trouble qui a présenté le plus de continuité et d'unité. Sur ce fonds de dépression se sont développées, par poussées, des idées délirantes polymorphes, mal systématisées, enfantines, idées de persécution surtout. A ce titre, la malade peut être considérée comme une débile mélancolique persécutée.

©BIUM

ETUDE CLINIQUE D'ENSEMBLE

Contrairement à ce qui est généralement admis, je crois que les idées de persécution ne sont pas exceptionnelles dans la mélancolie. Elles peuvent même, comme dans mes quatre observations, prendre un grand développement et se montrer comme le phénomène le plus apparent. Dans tous les cas, elles sont (et doivent être) secondaires à la dépression mélancolique, à laquelle est liée leur existence. Elles apparaissent au cours d'un accès mélancolique, parfois au cours de chaque accès s'il y en a plusieurs, parfois seulement dans quelques-uns, les autres pouvant être des accès de dépression simple, sans délire (obs. IV). Ce point a été bien mis en lumière dans la thèse de Dubourdieu.

Je ne parlerai pas des idées de persécution secondaires à des idées de culpabilité et d'auto-accusation, car ces cas, bien étudiés, sont devenus classiques. Je ferai toutefois à leur sujet une remarque. Je ne crois pas que l'idée de persécution soit seulement la conséquence d'un raisonnement logique ; j'accorde plus d'importance à l'état affectif spécial de ces malades qu'à leur raisonnement déductif. Eprouvant un trouble vague de leur cénesthésie, une douleur morale, une inquiétude diffuse, ils cherchent l'explication des troubles qu'ils ressentent, simultanément en eux-mêmes et en dehors d'eux, s'accusant en même temps qu'ils accusent les autres. Même si l'idée de persécution est postérieure à l'idée de culpabilité, cette première idée est moins la conséquence de la deuxième, qu'elles ne sont toutes deux la conséquence d'un état cénesthésique et affectif pénible.

Dans un deuxième groupe, le seul que j'étudie ici, les idées de persécution ne sont pas en rapport avec des idées d'auto-accusation, mais avec l'anxiété dont elles dépendent directement. Chez aucune de nos malades, nous ne retrouvons la constitution paranoïaque. Celle-ci n'est donc aucunement indispensable pour expliquer l'apparition des idées de persécution dans l'anxiété mélancolique. Il est même frappant de constater que ces malades sont, en quelque sorte, le contraire

©BIUM

des paranoïaques ; confiantes, crédules, humbles, elles subissent passivement leurs persécutions et ne présentent en aucune façon la tendance caractéristique des paranoïaques à construire des systèmes bien coordonnés, dont ils sont le centre.

J'ai montré que, chez ces malades, les idées de persécution n'étaient pas dues à une constitution paranoïaque inexistante, non plus qu'à des idées de culpabilité, mais qu'elles trouvaient leur explication dans l'état d'inquiétude qui leur est habituel. En même temps que l'inquiétude fait place à l'anxiété, les craintes imaginaires se développent, deviennent des craintes de persécution, puis des idées de persécution. « Qu'une malade habituellement peureuse et craintive, disais-je, présente, au cours d'un accès d'anxiété mélancolique, des craintes et des idées de persécution, il n'y a rien là qui doive nous surprendre. »

Ces rapports de l'idée de persécution avec l'anxiété constituent le nœud de la question. Chez les malades que nous avons étudiées, les idées de persécution ne sont pas seulement secondaires à l'anxiété, mais elles lui sont, pour ainsi dire, proportionnelles. Lorsque l'anxiété est modérée, tout se borne à une suspicion vague, à des interprétations fausses, à quelques illusions de l'ouïe. Lorsque, au contraire, il y a paroxysme d'anxiété, lorsque apparaît la grande crise anxieuse, les craintes et les idées de persécution sont à leur acmé. Toutes nos malades ont présenté des raptus anxieux pendant lesquels elles ont fait des fugues ou des tentatives de suicide. Mme F..., inquiète pour son mari et pour elle-même, tente de se jeter par la fenêtre. Mme P... entendant des voix menaçantes, croyant que les assassins vont monter chez elle par une échelle, fait trois tentatives de suicide, coup sur coup, puis elle s'enfuit, court chez une amie, demande asile à un hôpital, cherche un refuge dans un ministère et finalement se jette dans la Seine. Mlle C..., au cours d'un raptus anxieux, croyant qu'on va l'électrocuter, se sauve par la fenêtre au moyen d'une corde, court affolée dans tout Paris et va demander protection à sa sœur. Mme Quen... s'enfuit également de chez elle à plusieurs reprises et tente de se jeter dans le canal St-Martin.

©BIUM

Par un choc en retour, les idées de persécution exagèrent encore l'anxiété ; une anxiété secondaire se joint à l'anxiété primitive. Parfois, il y a raptus anxieux avec fugue et tentative de suicide, sans idée de persécution (Mme Quen...). Une de mes malades expliquait très bien la filiation des symptômes : « J'avais peur sans savoir pourquoi et alors j'ai cherché à savoir de quoi j'avais peur. »

Ces crises d'anxiété pantophobique ressemblent beaucoup aux terreurs paniques des alcooliques, mais celles-ci sont secondaires à des hallucinations le plus souvent visuelles et terrifiantes.

Chez toutes nos malades, les idées de persécution ont eu un degré extrêmement faible, presque nul, de systématisation. Nos malades ont été incapables de désigner leurs persécuteurs, d'indiquer leurs moyens d'action, de comprendre pourquoi et dans quel but on leur voulait du mal.

Les interprétations fausses servent à l'édification du délire et sont semblables à celles qu'on rencontre chez le persécuté vulgaire. Elles ont été plus ou moins nombreuses et plus ou moins riches, mais elles n'ont jamais manqué.

Les illusions et les hallucinations auditives verbales ont existé dans trois observations sur quatre. Les hallucinations de l'ouïe ne paraissent pas douteuses chez Mmes F..., P... et Quen... (obs. I, II, IV). Elles ont manqué chez Mlle C... (obs. III).

Ces hallucinations de l'ouïe apparaissent surtout par bouffées, au moment des grandes crises anxieuses. Elles sont alors nombreuses, nettes, précises et consistent en quelques mots isolés ou quelques phrases très courtes, des injures et des menaces. En dehors de ces crises anxieuses, les hallucinations auditives ont été rares; plus floues, épisodiques. Une seule malade (obs. I) paraît avoir présenté des hallucinations olfactives et des représentations mentales visuelles vives, en rapport avec ses craintes de persécution.

Nous avons vu que chez toutes nos malades, le début des accidents a été marqué par des symptômes de dépression mélancolique. Cela ressort de la façon

©BIUM

la plus nette de nos observations. De même, nous avons vu que l'état mélancolique survivait aux idées de persécution ou, plus exactement, à la formation de nouvelles idées de persécution. La croyance aux anciennes idées de persécution est, en effet, assez tenace et persiste longtemps après que la malade n'a plus d'hallucinations et ne fait plus d'interprétations nouvelles. Les symptômes régressent dans l'ordre suivant : d'abord les grandes crises d'anxiété et les hallucinations, ensuite les petites crises d'anxiété et les interprétations, enfin, beaucoup plus tardivement, la croyance aux anciennes persécutions et les symptômes de la dépression mélancolique.

Le traitement moral, comme l'avait indiqué Dubourdieu, exerce une influence favorable, mais beaucoup moins immédiate que le seul fait de l'internement. Dès le jour de leur entrée à l'asile ou dès le lendemain, toutes nos malades ont eu une accalmie considérable et parfois définitive. « Quand je suis ici, disait Mme Quen..., il me semble que je suis en sûreté, que personne ne me fera du mal. »

Les réactions de nos malades ont été sensiblement les mêmes. Toutes s'indignaient des persécutions dont elles se jugeaient les victimes innocentes, mais leur révolte n'était qu'intérieure et elle étaient prêtes à tout accepter : « Qu'on fasse de moi ce qu'on voudra, dit Mme F..., qu'on me condamne à mort. » Aucune n'a songé à se venger. Une seule s'est protégée en installant plusieurs sonnettes. Toutes ont réagi par des idées et des tentatives de suicide. Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que, dans tous ces cas, les malades ont tenté de mettre fin à leurs jours *pour échapper à leurs persécuteurs,* beaucoup plus que par désespoir mélancolique. Toutes ces tentatives de suicide, dont quelques-unes réitérées et très sérieuses (Mme P...) ont été faites dans un raptus anxieux. Comme autre réaction, nous avons noté chez plusieurs malades la fugue.

Enfin, autant que nous avons pu en juger par l'interrogatoire des familles des malades, les rémissions furent complètes. Ceci est particulièrement frappant chez

©BIUM

Mme Quen... qui fit neuf séjours à la Salpêtrière. Chez elle, comme il est de règle dans les folies intermittentes à accès fréquents, le début et la terminaison de chaque accès sont plus rapides que chez les autres malades à accès plus longs et plus espacés.

***

Comment faut-il comprendre ces mélancoliques anxieux persécutés ? C'est là un point où je serai très bref, car dans l'ignorance où nous sommes de la cause et de la nature des troubles et des syndromes mentaux, les questions de fait sont plus importantes que les questions de nosographie. Les quatre malades dont j'ai rapporté l'histoire ressemblent à beaucoup de points de vue à des cas qui ont été observés par plusieurs auteurs, pendant la guerre, et dont Mallet a donné de remarquables descriptions. Dans le volume I de psychiatrie du traité de médecine de Sergent, Mallet fait un tableau rapide et clair de ces anxieux persécutés. Après avoir montré que l'anxiété est primitive et persiste parfois à l'état isolé, il s'exprime ainsi :

« ...Ou bien enfin la préoccupation devenait une « idée délirante et celle-ci s'accompagnait alors le plus « souvent de phénomènes illusionnels ou hallucinatoi- « res, les troubles du jugement et de la perception « n'apparaissant que comme une projection idéative et « sensorielle de l'anxiété. Idée délirante de persécution, « mobile, variable, le malade se croyant « accusé » « et se défendant d'être « coupable » : hallucination « auditive verbale, avec toutes les transitions entre « l'illusion et l'hallucination pure. Idée délirante et « hallucinations étaient d'ailleurs épisodiques : c'est « au cours de véritables raptus que le malade angoissé « épiait, écoutait et « entendait » ; raptus suivis de « périodes de détente pendant lesquelles il reprenait « confiance, était rassuré par le médecin, arrivait « même à critiquer ses « idées » et ses « hallucina- « tions », qu'il trouvait « ridicules ». Et les accidents « évoluaient ainsi suivant une marche rémittente vers « une guérison que seul le manque de recul nous em- « pêche de dire définitive. »

©BIUM

On voit, par cette description, les rapports étroits qui existent entre ces militaires anxieux persécutés et nos mélancoliques anxieux persécutés ; mais chez les militaires observés par Mallet, il s'agit d'états anxieux se différenciant nettement des accès de dépression mélancolique, alors que chez nos malades la dépression mélancolique est primitive, et plus persistante que les idées de persécution. On voit même, comme chez Mme Quen... (obs. IV), des accès de dépression mélancolique simple, non délirante, alterner avec des accès de dépression mélancolique s'accompagnant d'anxiété et d'idées délirantes de persécution.

Devaux et Logre s'expriment ainsi :

« Les idées de persécution ne sont pas rares dans les états mélancoliques ; on conçoit alors l'importance pratique du problème qui se pose alors au clinicien : si les idées de persécution sont secondaires, si elles se relient directement, dans leur apparition et leur évolution, à l'existence de la dépression mélancolique, elles disparaîtront après la crise anxieuse. Si, au contraire, il s'agit d'un délire de persécution, soit associé à un accès de dépression mélancolique, soit compliqué par un état d'anxiété secondaire, la psychose systématique poursuivra son évolution chronique et autonome, avec ou sans symptômes d'anxiété. » Ces deux auteurs admettent que souvent il s'agit de psychoses compliquées, « la psychose mélancolique pouvant provoquer, chez un sujet prédisposé, une psychose interprétative, imaginative ou hallucinatoire ». « Enfin..., disent-ils, très souvent aussi, sans que la psychose primitive fasse éclater, à sa suite, une autre psychose plus ou moins indépendante, il arrive que l'affection en cours *réveille* et *sensibilise* des dispositions constitutionnelles qui, s'associant à l'ensemble du tableau clinique, le déforment jusqu'à le rendre parfois méconnaissable. Tel paranoïaque constitutionnel présente, à chaque nouvelle période de dépression d'une psychose intermittente, l'apparence d'un persécuté : l'anxiété mélancolique revêt alors, dans son expression clinique, la forme habituelle qu'impose aux conceptions, au lan-

©BIUM

gage et à l'attitude du sujet sa constitution paranoïaque : il s'agit d'une psychose larvée, au sens exact du mot, l'anxiété mélancolique se présentant sous l'apparence anormale de la méfiance paranoïaque. »

Ainsi pour Devaux et Logre, les idées de persécution peuvent apparaître dans l'anxiété mélancolique chez un paranoïaque constitutionnel. Masselon et René Bessière admettent que les persécutés mélancoliques sont des paranoïaques [au sens de constitution paranoïaque] qui font de la psychose périodique. Mais ces auteurs n'ont pas décrit les malades que nous étudions ici et n'ont pas étudié les rapports qui unissent l'idée de persécution à l'anxiété.

La tendance à invoquer la constitution paranoïaque est à peu près générale. Pour ma part, j'estime que cette théorie de la constitution paranoïaque ne saurait s'appliquer aux Anxieux Persécutés. Il ne suffit pas d'invoquer une constitution paranoïaque pour expliquer des cas difficiles et appuyer une théorie, il faut encore la trouver. Or, on ne la trouve pas dans nos observations.

Chez les malades que j'ai suivies, je n'ai retrouvé ni la méfiance, ni l'orgueil qu'on accorde généralement aux paranoïaques, ni les éléments plus importants encore tels que l'esprit de systématisation, la tendance paralogique, l'aptitude au délire systématisé. Outre que la conception de maladies mentales, considérées comme des entités morbides, ne me satisfait aucunement, je refuse de voir dans ces cas l'association ou la combinaison d'une psychose mélancolique et d'une psychose paranoïaque. Je refuse également d'y voir le réveil d'une constitution paranoïaque inexistante.

Pour moi, ces mélancoliques anxieux persécutés sont purement et simplement des mélancoliques anxieux. Leurs idées de persécution ont la même valeur que les autres idées délirantes mélancoliques. Ce qui est primitif, ce qui est capital, c'est l'anxiété mélancolique. Entre les différentes idées de culpabilité, de criminalité, d'impuissance, de ruine, de déshonneur, de damnation ou de persécution, il n'y a pas d'opposition absolue. Toutes reposent sur des sentiments qui traduisent un certain malaise affectif, l'inquiétude, la crainte,

©BIUM

le « sentiment d'insécurité ». Dans les idées de culpabilité, de ruine, de déshonneur, l'inquiétude morale domine. Dans les idées de persécution, l'inquiétude porte surtout sur l'instinct de conservation.

Pendant leurs crises d'anxiété, ces malades se sentent menacés dans leur existence même, plus que dans leur conscience morale.

Peut-être ces cas sont-ils devenus plus fréquents depuis la guerre, parce que celle-ci a réveillé chez ces êtres peureux et pusillanimes, les craintes touchant l'instinct de conservation.

Chez ces malades, plus que chez d'autres encore, l'émotion est primitive et intense, le contenu intellectuel est secondaire et pauvre. Il s'agit beaucoup plus de craintes de persécution que d'idées de persécution. Je rappellerai encore la phrase si démonstrative d'une de mes malades : « J'avais peur sans savoir pourquoi et alors j'ai cherché à savoir de quoi j'avais peur. »

Ainsi donc, ces malades n'ont point besoin d'avoir une constitution paranoïaque pour forger des idées de persécution dans un accès de mélancolie anxieuse.

Les idées de persécution se manifestant à l'occasion d'un accès de mélancolie anxieuse, comprennent une partie des cas décrits sous le nom de délires intermittents de persécution, mais une partie seulement. L'erreur principale des auteurs qui se sont occupés de cette question des délires intermittents de persécution a été, selon moi, de vouloir grouper tous les cas dans le même cadre. Alors que les uns admettent avec Magnan, Régis, Lalanne, qu'il s'agit de bouffées délirantes chez des dégénérés, les autres avec Anglade, Dubourdieu, René Bessière, Masselon en font des équivalents d'accès de psychose maniaque dépressive.

On sait que Kræpelin et Bleuler faisaient rentrer tous ces cas de paranoïa périodique dans la psychose maniaque dépressive et que Specht, « acceptant la description clinique Kræpelinienne de la paranoïa, et la considérant comme une manifestation de la psychose maniaque dépressive, la supprime purement et simplement, en un article, du cadre nosographique » (René Bessière). L'intermittence est d'une grande fréquence

©BIUM

en psychiatrie, et c'est faire preuve d'une généralisation abusive que de ranger dans la psychose maniaque dépressive un trouble mental quel qu'il soit, seulement parce qu'il évolue de façon intermittente.

Pour que les idées de persécution se manifestant de façon intermittente puissent être classées dans la psychose maniaque dépressive, il me paraît de toute nécessité que ces idées de persécution soient secondaires à un état primitif, maniaque ou mélancolique. La grosse difficulté du diagnostic sera de savoir si les symptômes d'excitation ou de dépression sont sous la dépendance d'un état maniaque ou mélancolique, ou si, au contraire, ils sont secondaires aux idées de persécution, c'est-à-dire d'ordre réactionnel.

En résumé, j'ai voulu montrer dans cet article que chez le mélancolique les idées de persécution ne sont pas toujours la conséquence des idées de culpabilité, mais que souvent elles sont sous la dépendance directe de l'anxiété et traduisent un *sentiment d'insécurité touchant l'instinct de conservation.*

Ces malades sont purement et simplement des mélancoliques anxieux et leurs idées de persécution sont directement secondaires à l'anxiété mélancolique.

Il n'est point nécessaire pour les expliquer d'invoquer une constitution paranoïaque (inexistante dans nos observations).

Ces cas ne comprennent qu'une partie seulement des délires intermittents de persécution.

©BIUM

L'ABOULIE DU NEURASTHÉNIQUE
D'APRÈS UNE AUTO-OBSERVATION

Par Roger DUPOUY

(Suite) (1)

III. Difficultés épistolaires

« ... A la Manufacture, je souffrais de ne pouvoir mieux reconnaître toutes les attentions que mon Directeur avait pour moi. Pour faire preuve de bon vouloir, je m'efforçais d'accomplir le semblant de travail qu'il me donnait. Hélas, le résultat était déplorable. Et plus tard, devant mon peu d'enthousiasme et peut-être aussi parce qu'il craignait de me fatiguer en me l'imposant, il cessa de me proposer ce genre de travail, mais il s'étonnait que de mon propre mouvement je ne me proposasse pas pour un nouvel essai. Il a pensé, et me l'a dit bien souvent, que c'était la preuve la meilleure de mon manque de volonté. En réalité, je l'ai expliqué ailleurs, si ma volonté pouvait me contraindre à me courber des heures sur cette tâche, elle ne pouvait suppléer aux défaillances de mon cerveau et quand je l'avais usée par 4 ou 5 heures d'efforts, j'accouchais enfin d'un ourson informe écrit dans un style lourd et indigeste, fourmillant d'expressions tortueuses et compliquées dont la forme m'écœurait et que j'étais tenté d'envoyer rejoindre dans la corbeille à papiers, les innombrables brouillons, essais raturés et surchargés qui représentaient mon travail de plusieurs heures. J'avais la conscience très nette des imperfections de mon œuvre et j'étais navré de m'être épuisé le cerveau pour ce résultat grotesque. J'estimais que ce travail, qui m'avait demandé cinq heures d'efforts, j'aurais dû le terminer en 30 minutes au plus. Toutes ces idées me consternaient et décourageaient complètement mon effort ; elles me confirmaient dans le sentiment de ma déchéance irrémédiable. Ce qui m'accablait, ce n'était pas la quantité de la besogne, mais sa nature, sa qualité ; je ne pouvais m'y adapter. Et au lieu de 8 jours j'aurais eu 8

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, n° de juin 1921.

©BIUM

mois que le résultat n'aurait pas été meilleur. Ce qui me paralysait, c'était le trouble que la maladie avait apporté dans toutes mes opérations mentales, même les plus simples de jugement, de classement, de synthèse, d'association et de mémoire. C'est ce qui rendait mon labeur si ingrat.

« J'avais tout d'abord une peine infinie à déterminer d'une manière précise les faits qui devaient rentrer dans le cadre de ma lettre. J'avais le désir d'être excessivement précis et la terreur d'omettre quelque détail essentiel et je me sentais incapable d'en juger le degré d'importance relative. Aussi, je m'encombrais d'une foule de futilités qui me paraissaient insignifiantes à un moment donné et dix secondes après, il m'aurait paru impardonnable de les négliger. Le plan de ma lettre flotte ainsi dans ma tête, et puis je ne sais par où commencer et je n'arrive pas à fixer l'ordre dans lequel je vais exprimer toutes ces idées. Quand il s'agit de rédiger, c'est un autre genre de difficultés. Les mots font défaut : je ne puis imaginer des synonymes ou des expressions en tenant lieu ; le mot outil, par exemple, n'éveillera dans mon cerveau rien d'autre et je serai condamné à l'employer à toute occasion, ce qui m'oblige à des répétitions dont la fréquence m'afflige, mais ma mémoire ne peut me venir en aide en me suggérant par exemple les mots de machine, appareil, engin, pièce mécanique, dispositif et combien d'autres.....

« Je veux aussi tout dire dans la même phrase et c'est évidemment très difficile. Je commence un membre de phrase qui n'est le plus souvent qu'une vague réminiscence d'une lecture antérieure, mais je ne sais comment l'achever. Les expressions qui terminent naturellement une phrase ne se présentent pas sous ma plume, et celles qui servent à relier deux membres ou à rappeler un objet déjà cité comme en question, dans l'objet, susvisés, dont il s'agit, etc..., toutes, font défaut. Enfin, pour enchaîner les idées les unes aux autres, pour passer d'un sujet à un sujet d'ordre tout différent, je reste embarrassé. Et je piétine de rage, pendant quelquefois 5 ou 10 minutes sans parvenir à me dépêtrer du bourbier où je me suis enlisé. Commencer est très pénible, trouver un début ; il ne me vient à l'esprit que des formules tortueuses et compliquées. Pour conclure, c'est la même difficulté. Et je biffe, je surcharge, je rature de nouveau, enfin je déchire ou efface tout ce que j'ai eu tant de peine à mettre à peu près sur pied et je repars à la recherche d'une autre formule ou d'un autre début pour m'arrêter quelques minutes plus tard en me heurtant à quelque obstacle du même genre. Je noircis ainsi d'innom-

©BIUM

brables feuilles de papier en quelquefois 20 ou 30 essais successifs et tous plus grotesques les uns que les autres.

« Mais ce qui est le plus absurde, c'est ma manie de tout biffer et de recommencer en recopiant les parties qui vont à peu près. Il me semble qu'après cette rédaction sans rature je vais retrouver la lucidité qui me trahit. On peut se figurer alors la dépense cérébrale que je suis obligé de fournir, et pour arriver à quoi ?

« Et que l'on ne croie pas que j'exagère. Je vais donner à l'appui de mes affirmations un exemple précis pris sur le vif. Depuis quelques semaines, je vais mieux et mon cerveau s'éclaire ; j'arrive même à faire, encore avec beaucoup de peine, mais dans un délai raisonnable, les petites lettres dont me charge mon Ingénieur en chef. Mais, il y a quelques jours, à la suite d'une nuit d'insomnie, je me suis retrouvé comme aux plus mauvais jours et j'ai passé des heures sans pouvoir achever une malheureuse lettre. Le lendemain, après une bonne nuit, je terminais en 10 minutes la lettre que la veille je ne pouvais mettre sur pied ; et cela prouve bien qu'il n'y a pas là une défaillance de ma volonté, mais une impuissance momentanée de mon cerveau et cela montre aussi une des bizarreries de mon mal. Je peux passer presque sans transition d'un état qui confine à l'impotence mentale à peu près complète, à la lucidité quasi-normale. Voici quels ont été dans la circonstance mes essais.

« La question qui se posait était la suivante : L'entreposeur du magasin de R. avait signalé au Directeur de sa région l'intérêt qu'il y aurait à établir définitivement l'énergie électrique au magasin. Cette note avait été transmise à notre Administration. D'autre part, une lettre de l'ingénieur W. signalait qu'il était possible que le courant continu soit remplacé à R. par du triphasé. Je devais écrire à R. pour demander des renseignements à ce sujet. Cette lettre était très simple ; on pourra s'en convaincre en lisant la minute que je donne ci-dessous. D'ailleurs on m'avait précisé à l'avance ce que je devais répondre.

Minute définitive

« En vue d'examiner s'il y a intérêt à installer cette année d'une manière définitive l'énergie électrique au magasin de R. pour la commande de la presse hydraulique je vous serais reconnaissant de me faire connaître :

1° la dépense (pétrole et entretien) qu'aurait nécessité l'emploi du moteur Hornsby pour l'emballage de la récolte 19.. d'après les résultats des années précédentes ;

©BIUM

2° l'économie que l'installation électrique provisoire a permis de réaliser ;

3° enfin si cette installation a été démontée après l'emballage comme cela était spécifié dans la soumission souscrite par M. X. Dans l'affirmative, cet industriel consentirait-il à nous la céder moyennant un prix à débattre ou dans le cas contraire serait-il disposé à renouveler pour cette année la convention ?

« M. l'Ingénieur W. m'avait signalé en... 19.. que le courant qui alimente actuellement la ville de R. devait être remplacé dans quelques années par du triphasé. Si cette substitution devait être effectuée, il n'y aurait pas intérêt pour l'Administration à réaliser actuellement une installation qu'on serait obligé de changer par la suite. Je vous serais obligé de vous renseigner à cet égard auprès de la Municipalité et de m'adresser les indications qu'il vous sera possible de recueillir à ce sujet. »

« Voici maintenant la série lamentable de mes ours. Les mots que je mets entre parenthèses sont des mots biffés ou raturés. Je suis d'abord terriblement embarrassé et je ne sais pas où je vais commencer. Vais-je viser simplement la note qui nous a été transmise par l'Administration, mais je pense qu'il faudrait indiquer toute la filière : entreposeur, directeur, administration, service central, et cela me semble très compliqué, jamais je n'en sortirai. Et je commence par les essais infructueux suivants :

« La presse hydraulique du magasin de R. a été actionnée (commandée) pendant l'année 19.. par moteur électrique...

« Je ne sais plus comment continuer et je recommence autrement.

« La conférence transmise à l'Administration en juin dernier par les employés supérieurs du magasin de R. signalent que (l'emballage a été) (qu'une installation électrique provisoire) (l'emballage pendant l'année 19..).

« J'abandonne et je reviens à :

« Signalent que l'installation d'un moteur électrique pour la commande de l'emballage en remplacement du moteur à pétrole a permis d'obtenir un rendement journalier supérieur...

« Ah que c'est donc lourd et je me lance sur une autre piste :

« En vue d'étudier s'il y aurait lieu de procéder à l'installation définitive de l'énergie électrique au magasin de R., je vous serais reconnaissant de me faire connaître : 1°

©BIUM

quels ont été d'après les résultats de l'année précédente la dépense entraînée pour l'emballage avec le moteur Hornsby...

« Non, ça ne marche pas et je recommence :

« Je vous serais obligé de m'adresser les renseignements suivants en vue d'étudier l'intérêt qu'il pourrait y avoir à installer au magasin de R., à titre définitif, un moteur électrique pour l'emballage (pour commander la presse hydraulique) (pour actionner la presse hydraulique du magasin).

« Et puis :

« L'Administration me demande d'étudier...

« Je m'arrête et reprends :

« En vue d'examiner s'il y aurait intérêt à installer...

« Et je reprends un nouvel essai :

« Les employés supérieurs du magasin de R. signalent dans leur conférence de juin...

« Et puis, nouveau ratage que je ne pousse pas plus loin, car je réfléchis après coup que je m'adresse aux employés supérieurs eux-mêmes et qu'il est inutile de leur apprendre ce qu'il y a dans une conférence écrite par eux. Malgré cette judicieuse réflexion, je n'en recommence pas moins deux minutes plus tard :

« D'après une conférence que vous avez transmise à l'Administration en juin 19.., l'installation provisoire d'un moteur électrique pour la commande de l'emballage aurait donné des résultats (aurait permis d'obtenir un rendement) supérieur à ceux (à celui) que l'on obtenait avec le moteur à pétrole Hornsby. En vue d'étudier s'il y aurait intérêt à installer l'énergie électrique d'une manière définitive au magasin, je vous serais obligé de me faire connaître : 1° quelle aurait été avec le moteur à pétrole d'après les résultats des années précédentes la dépense entraînée pour faire l'emballage de la récolte 19.. (évaluée) en l'évaluant d'après les résultats obtenus dans les années précédentes ; 2° l'économies que l'installation électrique a permis de réaliser...

« Malheureusement, je m'avise un peu tard que la conférence n'a pas été transmise à l'Administration, mais au Directeur qui en a extrait une note qu'il a communiquée à l'Administration. Pour persister dans cette voie, il me faudrait expliquer comment elle est venue jusqu'à nous ; aussi je préfère abandonner. J'essaie un genre tout nouveau :

« Une installation électrique provisoire pour la commande de la presse hydraulique du magasin avait été proposée en...

©BIUM

« Enfin, je reviens à mes anciennes amours, mais en ayant bien soin de tout recopier :

« En vue d'étudier s'il y aurait intérêt à installer cette année à titre définitif l'énergie électrique au magasin de R. pour la commande de la presse hydraulique, je vous serais obligé de me faire connaître les renseignements suivants : quelles seraient la dépense (le prix de revient) (le rendement de l'installation) et comparativement l'économie qu'a permis de réaliser l'installation électrique provisoire réalisée en 19.. aux termes de la convention qui a été signée entre... L'installation a-t-elle été... 3° le directeur de l'usine de R. serait-il disposé cette année à faire cette installation et le cas échéant à nous la céder d'une manière définitive ? Enfin, M. W., dans une lettre en date du... estimait qu'il n'y avait pas intérêt à commencer (une installation)...

« Il y a en vérité quelques passages qui pourraient être conservés, mais que c'est lourd, et je n'en suis pas satisfait, Je reprends donc :

« Dans une note...

« Et puis :

« L'Administration me demande d'étudier s'il n'y aurait pas intérêt à installer d'une manière définitive l'énergie électrique au magasin de R. et me signale en même temps l'observation présentée par les employés supérieurs...

« Je serais bien en peine d'achever cette phrase et puis je m'aperçois que je bafouille ; j'entreprends donc :

« L'installation électrique provisoire d'un moteur électrique pour la commande de l'emballage du 19.. a fait l'objet d'une annotation...

« Et ce n'est pas mieux ; je recommence encore une fois mon début :

« D'après une conférence tr...

« Et j'en reste là pour cet essai mort-né. Le suivant n'est pas plus viable :

« L'Administration me signale à toutes fins utiles...

« Je reviens en désespoir de cause à un essai précédent que je recopie naturellement :

« En vue d'étudier s'il y aurait intérêt à installer d'une manière définitive l'énergie électrique au magasin de R. pour la commande de l'emballage, je vous serais obligé de me faire connaître quelle aurait été...

« J'abandonne, je ne saurais dire pourquoi ; il m'a probablement passé à ce moment une autre idée dans la tête

©BIUM

et je m'acharne sur un nouvel essai que j'abandonne parce que je réfléchis qu'on ne substitue pas un moteur à une énergie :

« En vue d'examiner l'intérêt qu'il y aurait à substituer d'une manière définitive l'énergie électrique au moteur...

« Dans l'essai suivant, quelques bribes seraient à la rigueur passables, mais je me heurte à la difficulté d'exprimer la substitution possible du triphasé au continu ; je veux dire en détail que c'est M. W. qui en 19.. m'a signalé le fait, que ce n'est qu'une supposition, et comme je veux tout faire rentrer dans la même phrase je m'embarbouille comme on peut le voir ci-dessous :

« D'après un conférence (que) transmise en juin dernier à l'Administration, l'installation provisoire d'un moteur électrique pour la commande de l'emballage aurait permis d'obtenir un rendement supérieur à celui du moteur Hornsby. En vue d'étudier s'il y aurait intérêt à installer d'une manière définitive l'énergie électrique au magasin, je vous serais obligé de me faire connaître quelle aurait été d'après les résultats obtenus antérieurement (la dépense pour l'emballage en pétrole et entretien) la dépense en force motrice (pétrole et entretien) pour l'emballage de la récolte de 19.. et l'économie que l'emploi de l'énergie électrique a permis de réaliser. D'autre part, dans une lettre du..... M. W. exprimait la crainte que dans un délai plus ou moins long, la ville de R. soit alimentée par du courant triphasé ce qui entraînerait probablement la cessation de l'usine actuelle en continu. Je vous serais obligé de bien vouloir me fournir toutes les indications que vous pourrez recueillir à ce sujet, car il serait inutile de faire les frais d'une installation définitive que nous...

« Je m'arrête, car je me rends compte que ça ne peut pas marcher ainsi, mais dans mon nouvel essai je rencontre toujours la même difficulté à exposer le fait signalé par M. W.

« En vue d'étudier s'il y aurait intérêt à substituer d'une manière définitive l'énergie électrique au moteur à pétrole Hornsby pour la commande de la presse hydraulique du magasin, je vous serais obligé de me faire connaître : 1° quelle dépense, pétrole et entretien, aurait entraîné (nécessité) l'emploi du moteur Hornsby pour l'emballage de la récolte de 19.. en se basant sur les résultats des années précédentes ; 2° quelle économie (l'économie que) l'énergie (l'installation) électrique provisoire a (aurait) permis de réaliser. (D'autre part, je vous serais obligé). (D'après les

©BIUM

renseignements qui m'avaient été donnés par M. W. en...) (de m'adresser en même temps tous les renseignements). (En... M. W. exprimait la...). D'après les renseignements communiqués par M. W., en... il était question de créer à R. une usine électrique en triphasé... (D'autre part, en... M. W. m'informait qu'à la suite d'un projet d'installation d'usine produisant du triphasé il craignait que l'installation...) (M. W. craignait en 19.. que l'usine (à courant continu) qui alimente actuellement la ville de R. ne soit appelée à disparaître par suite de la création d'une usine productrice de triphasé dont la création était à l'étude). Je vous serais obligé de me faire connaître les renseignements qu'il vous sera possible de recueillir à ce sujet car si le (continu) (courant) l'usine...

« Nouvelles élucubrations sur le même sujet :

« D'autre part, il y aurait intérêt à s'assurer (savoir) avant de décider (réaliser une installation de ce genre) si l'usine (électrique à courant continu) qui alimente en courant continu la ville de R. ne sera pas appelée comme le craignait M. W. dans une lettre (n°) en date du... à cesser son exploitation par suite de la création d'une usine à courant triphasé...

« Autres variations sur le même motif :

« Que l'usine électrique alimentant en courant continu la ville de R. n'est pas appelée à disparaître un jour ou l'autre ainsi que le craignait...

« D'autre part (d'après) des renseignements qui m'ont été donnés par M. W. il serait (est) à craindre que dans un avenir plus ou moins rapproché le courant électrique distribué à R. sous forme de courant continu...

« D'autre part, M. W. en... m'informait que dans un avenir plus ou moins rapproché l'énergie électrique...

« Avant d'envisager une installation, il est nécessaire, afin de ne pas être obligé de changer le matériel à bref délai...

« On m'a signalé que le courant continu qui alimente actuellement la ville de R. sera remplacé par du courant triphasé ce qui nous obligerait à changer le matériel à bref délai...

« Et dans le doute (dans le cas où on ne serait pas assuré d'avoir) le courant continu, il serait préférable de se contenter d'une installation provisoire. Dans ce but, je vous serais obligé de m'indiquer si (l'énergie) le courant continu qui alimente cette année...

« Nouvelle élucubration d'ensemble ; il faut tout de

©BIUM

même reconnaître que certaines parties ont une tournure à peu près correcte :

« En vue d'examiner l'intérêt que peut présenter la substitution définitive au moteur à pétrole d'un moteur électrique pour la commande de la presse hydraulique du magasin je vous serais obligé de me faire connaître : 1° quelle dépense (pétrole et entretien) aurait nécessité l'emploi du moteur Hornsby pour l'emballage de la récolte de 19... d'après les résultats de l'année précédente ; 2° quelle économie l'installation électrique provisoire a-t-elle permis de réaliser. D'autre part, d'après des renseignements qui m'ont été donnés en... par M. W., il serait à craindre (possible) que dans un avenir plus ou moins éloigné (quelques années) le courant continu qui alimente aujourd'hui la ville de R. soit remplacé par du triphasé, ce qui (en supposant) dans l'hypothèse d'une installation immédiate nous obligerait à changer tout notre matériel dans quelques années.

« (Je vous serais obligé de bien vouloir m'adresser (tous) les renseignements qu'il vous sera possible de recueillir à ce sujet, et...). (Dans le cas où une installation provisoire nous). (Si nous ne pouvons être assurés d'avoir du courant continu d'une manière et (il serait) dans ces conditions, il serait par suite préférable de se contenter (comme en 19..) d'une installation provisoire). Je vous prie de (bien vouloir) m'adresser. Qu'il vous sera possible de recueillir à ce sujet et en même temps de me faire connaître (et aussi de m'indiquer) si l'installation provisoire de 19.. a été démontée après l'emballage comme cela était prévu à la convention signée (passée) avec le directeur de l'usine électrique à la date du... Et aussi s'il consentirait dans ces conditions (s'il serait disposé) à renouveler la convention pour 19.. et enfin si le cas échéant il serait disposé à nous la céder toute installée d'après un prix à débattre (et dans le cas contraire si le Directeur serait disposé à nous la céder moyennant un prix à débattre). Enfin, s'il consentirait cette année encore à se charger comme en 19.. de la marche...

« Et enfin, le dernier essai avant le bon qui s'en rapproche assez à condition de changer l'ordre de certains paragraphes mais que je recopierai encore une fois :

« En vue d'examiner s'il y a intérêt à installer cette année, d'une manière définitive (l'installation électrique) l'énergie électrique, (en remplacemnet du moteur à pétrole) pour la commande de la presse hydraulique du magasin de

©BIUM

R., je vous serais (obligé) reconnaissant de me faire connaître : 1° la dépense (pétrole et entretien) qu'aurait nécessitée l'emploi du moteur Hornsby pour l'emballage de la récolte de 19.. d'après les résultats de l'année précédente ; 2° l'économie que l'installation électrique provisoire a permis de réaliser. Il résulte de renseignements qui m'ont été donnés en... par M. W. que (le remplacement par du) courant (triphasé du) continu qui alimente actuellement la ville de R. peut être remplacé d'ici quelques années par du triphasé, ce qui dans l'hypothèse d'une installation immédiate nous obligerait à changer tout notre matériel et il sera peut-être préférable à ce point de vue de se contenter d'une installation provisoire jusqu'au moment où nous serons assurés d'obtenir d'une manière permanente toujours le même courant. Je vous prie de bien vouloir recueillir tous les...

« (Enfin je vous serais obligé de me faire connaître). (Enfin je désirerais savoir si...). 3° Si l'installation électrique provisoire qui avait été établie en 19.. a été démontée après l'emballage comme cela avait été spécifié dans la convention souscrite par M. X. et dans l'affirmative (dans le cas contraire) si ce dernier serait disposé à nous la céder définitivement moyennant un prix à débattre. (Vous pourriez également lui demander). Enfin, ce dernier serait-il disposé à la recommencer cette année ou dans le cas contraire consentirait-il à la céder moyennant un prix à débattre ? (Dans l'affirmative, s'il consentirait à se charger de l'installation provisoire et à renouveler...). (D'autre part, M. W. m'informait en... (enfin je vous serais obligé de vous informer) que le courant continu qui alimente actuellement la ville de R. serait remplacé dans un avenir rapproché par du courant triphasé). Enfin, il est possible d'après des renseignements qui m'ont été donnés en... par M. W. et confirmés par lui en... que le courant continu qui alimente actuellement la ville de R. soit remplacé dans quelques semaines par du triphasé, ce qui, dans l'hypothèse d'une installation immédiate nous obligerait à changer tout le matériel. Je vous serais obligé de vouloir bien me donner tous les renseignements qu'il vous sera possible de recueillir à ce sujet.

« Ouf, c'est tout, mais on admettra qu'il m'a fallu une certaine dose de volonté et on comprendra que je ne devais pas être tenté de me proposer de moi-même pour un nouvel essai quand je savais d'avance quelle somme d'efforts, quel labeur ingrat et rebutant j'allais avoir à subir.

(*A suivre*).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 JUIN 1921

Présidence de M. TOULOUSE, Vice-Président

M. le Président prie M. Capgras, secrétaire des séances, élu lors de la précédente séance, de prendre place au bureau et lui adresse ses félicitations.

M. le Président exprime les regrets de M. Pactet, président de la Société, retenu dans le Jura par ses obligations de Conseiller Général, de ne pouvoir assister à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de mai 1921. — M. le Dr H. Colin est délégué par la Société Médico-Psychologique pour la représenter à la réunion annuelle de la *Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland* qui se tiendra à Londres du 11 au 16 juillet 1921.

M. Colin, secrétaire général, rend compte à la Société des décisions votées à la réunion plénière des Sociétés de Médecine Mentale, le 31 mai dernier. (Voir *Annales Médico-Psychologiques,* n° de mai 1921).

Sont délégués par la Société pour la représenter au Congrès de Luxembourg-Metz, du 1er au 6 août 1921, MM. Briand, Colin, Dupré, Legrain, Pactet et Semelaigne.

Rapports de Candidatures

M. Marchand. — Au nom d'une commission composée de MM. Vallon, Mignot, Marchand, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Georges Petit, médecin-adjoint de l'asile de Bourges,

©BIUM

au titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

M. Georges Petit a été reçu en 1910 interne titulaire de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice et interne titulaire des Asiles de la Seine, en 1914 Médecin des Asiles publics d'aliénés. Il est membre titulaire de la Société anatomo-clinique de Bordeaux, membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

Les publications de M. Georges Petit sont très nombreuses et portent sur la clinique mentale et l'anatomie pathologique du système nerveux. Sa thèse qui a pour titre : *Essai sur une variété de Pseudo-hallucinations ; les auto-représentations aperceptives,* a été couronnée par notre Société (Prix Moreau de Tours, 1914) et par la faculté de Médecine de Bordeaux (Prix Godard 1913). Ce travail est une étude très approfondie de phénomènes pseudo-hallucinatoires qui présentent les trois caractères principaux suivants : d'être automatiques, de s'imposer au malade directement sans intervention d'éléments sensoriels, moteurs ou cœnesthésiques, d'être considérés par le sujet comme des créations exogènes.

Je ne puis vous citer les nombreux travaux de M. Georges Petit dont la plupart ont été publiés avec ma collaboration ; ils traitent surtout de l'épilepsie, de la paralysie générale, de l'alcoolisme et consistent en communications à la Société de Médecine Mentale, à la Société de Psychiatrie, à la Société anatomique.

Les travaux récents de M. Georges Petit portent tous sur l'encéphalite léthargique. Vous vous rappelez les intéressantes remarques qu'il a présentées à notre séance du 28 juin 1920 sur *neuf cas de délire aigu à symptômes mésocéphaliques.* Dernièrement, il faisait deux communications, l'une à la Société de Psychiatrie (21 avril 1921) sur *une forme mentale prolongée rémittente et intermittente de l'encéphalite léthargique,* l'autre à la Société médicale des Hôpitaux de Paris 22 avril 1921) sur les *formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique.* Les conclusions de ces travaux méritent notre attention. M. Georges Petit montre

©BIUM

qu'à côté des formes mentales d'encéphalite épidémique à évolution aiguë ou suraiguë actuellement bien connues, il existe des formes mentales prolongées de cette maladie. Dans ces cas, l'activité du virus se manifeste pendant plus d'une année soit de façon continue, soit de façon intermittente avec des rémissions et même de véritables intermissions affectant une allure périodique. Ces formes mentales prolongées peuvent être parfois d'un diagnostic étiologique difficile, les signes somatiques et les manifestations psychiques évoluant le plus souvent de façon discordante ou dissociée et les symptômes organiques pouvant même s'éclipser totalement durant plusieurs mois alors que le syndrome mental occupe seul le tableau clinique.

Enfin, à la séance du 5 avril 1921 de notre Société, M. G. Petit nous présenta un travail ayant pour titre : *Encéphalite épidémique et divorce.* La discussion qui suivit cette communication prouve l'intérêt de cette curieuse observation ayant trait à une jeune femme, qui, sous la pression intéressée de ses parents, se maria alors qu'elle était atteinte d'encéphalite léthargique.

J'ai tenu à analyser ces récentes publications, car elles montrent que M. Georges Petit suit une voie scientifique qui promet d'être féconde. Délaissant les tendances exclusivement philosophiques et psychologiques de la psychiatrie, il fait appel aux méthodes et aux nouveaux procédés d'investigation de la pathologie générale pour tâcher de préciser la pathogénie et le processus des syndromes mentaux.

Je ne puis terminer ce rapport sans penser aux années de collaboration qui me lient à M. Georges Petit depuis son internat à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice. J'ai eu la bonne fortune de l'avoir comme interne et j'ai pu apprécier son activité, sa conscience méticuleuse, son instruction étendue, ses belles qualités professionnelles.

Votre Commission, à l'unanimité, vous propose de le nommer Membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

M. le Docteur PETIT est nommé membre correspon-

©BIUM

dant de la Société, à l'unanimité des suffrages exprimés.

M. CAPPRAS. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Leroy, Truelle, Capgras pour examiner la candidature du Dr Xavier Abély au titre de membre correspondant.

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse et lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse, ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine, admis au concours d'adjuvat de 1920, M. Abély est actuellement médecin-adjoint à l'asile de Châlons-sur-Marne.

Pendant toute la longue durée de la guerre, il est constamment resté à l'avant, médecin de bataillon pendant plus de deux ans, puis médecin d'un groupe de brancardiers divisionnaires. Trois citations et une blessure lui ont mérité la croix de la Légion d'Honneur dans la promotion Fayolle.

Après avoir publié à une Société médicale de Toulouse quelques observations de médecine générale, notamment sur un cas de chorée et sur un cas de syringomyélie, il a brillamment soutenu en 1916, sur « *Les Stéréotypies* », une thèse que vous connaissez : l'une des meilleures d'entre celles qui furent récemment soumises à votre appréciation, vous l'avez honorée d'une mention. Je n'ai pas davantage besoin de vous rappeler l'importante étude, en collaboration avec son maître M. Rogues de Fursac, sur un nouveau procédé de mesure de l'attention et de l'activité psychique. Enfin il a communiqué des cas intéressants d'alternance des symptômes chez un paralytique général, de transformation d'un Délire polymorphe en épilepsie, de Délire d'imagination et de Délire d'interprétation.

Votre Commission, à l'unanimité, vous propose d'accorder le titre qu'il sollicite à ce jeune confrère dont je suis personnellement très heureux de vous signaler la valeur et les qualités.

M. le Docteur ABÉLY est nommé Membre correspondant de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

©BIUM

M. R. MALLET. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Briand, Laignel-Lavastine et Mallet, de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de votre Société de M. Vinchon, Jean, médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté de Médecine, membre correspondant de la Société de Psychiatrie.

Vous savez la précieuse contribution que M. Vinchon a apportée avec sa thèse à l'étude clinique et pronostique des *délires des enfants ;* vous vous souvenez de la communication qu'il a faite avec son maître, M. Briand, à la Société Clinique de Médecine Mentale sur *les priseurs de cocaïne,* toute d'actualité quoique remontant déjà à 1912 ; vous connaissez l'ouvrage devenu classique qu'il a publié en collaboration avec notre regretté collègue Juquelier sur *les limites du vol morbide.*

Son séjour pendant la guerre au centre de psychiatrie de l'armée d'Orient nous a valu une étude parue dans le *Journal de Psychologie* sur l'*Anxiété et le Paludisme* dans laquelle on voit le rôle joué par l'infection palustre dans le déclenchement de crises anxieuses sans confusion ni délire.

Enfin un esprit curieux et nourri comme le sien ne pouvait se désintéresser des choses de l'histoire de la médecine, de celles tout au moins qui ont trait à la Psychiatrie, et on doit à M. Vinchon une série de travaux historiques savoureux aux titres éminemment suggestifs : c'est *la Psycho-physiologie dans les travaux d'Ambroise Paré, l'Hôpital des fols incurables de Thomas Gazzoni ; les Vapeurs, les vaporeux et le Dr Pierre Pomme ;* l'article qu'il vient de signer récemment avec M. Laignel-Lavastine sur *les Symboles traditionnels et le freudisme.*

Votre Commission, Messieurs, vous demande d'approuver sa conclusion unanimement favorable à l'élection de M. Vinchon.

M. le Dr VINCHON est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

©BIUM

M. ROGUES DE FURSAC. — Messieurs, la Commission, composée de MM. Briand, Colin, Rogues de Fursac, que vous avez chargée d'examiner la candidature de M. le Docteur Brissot au titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique, a l'honneur de vous présenter son rapport.

Après avoir été externe des Hôpitaux de Paris (1902) et avoir obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique (1907), M. Brissot passa le concours de l'internat des Asiles de la Seine (1907) avec succès et, dès lors, se consacra à la Médecine Mentale. Il fut successivement interne de M. Boudrie à Ville-Evrard, de M. Briand et de M. Toulouse à Villejuif. En 1911, il fut reçu au concours de médecin-adjoint des Asiles publics d'aliénés et fut affecté à l'Asile de Moulins. Vint la guerre. M. Brissot fut mobilisé et remplit les fonctions de médecin-psychiatre et de médecin-expert aux armées, notamment au Centre psychiatrique du G. A. F. (groupe d'armées Fayolle). A l'armistice, il fut envoyé en Alsace comme membre de la mission militaire administrative pour la réorganisation des Asiles d'aliénés de la Haute-Alsace et depuis le 7 février 1919 il a fait fonction de Directeur médecin-chef du grand asile alsacien de Rouffach.

Les travaux scientifiques de M. Brissot ont porté sur des sujets variés, mais surtout sur l'aphasie et sur l'épilepsie.

Il a publié sur l'aphasie, en collaboration avec son maître, M. Briand, toute une série de travaux du plus haut intérêt, qu'il a ensuite synthétisés, en quelque sorte, dans sa thèse de doctorat (1910) intitulée : « L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies. » Vous vous rappelez qu'à cette époque la question de l'aphasie venait de traverser ce qu'on pourrait appeler une « crise ». Le problème de la localisation du centre verbal moteur, que l'on croyait résolu depuis Broca, avait été remis en cause par M. Pierre Marie et ce même auteur avait développé une théorie fort séduisante, il faut le reconnaître, qui tendait à faire des syndromes aphasiques en général des manifestations d'affaiblissement intellectuel — mais non de démence. C'est cette question des rapports de l'aphasie avec l'affaiblisse-

©BIUM

ment intellectuel et la démence que M. Brissot a étudiée dans sa thèse, en s'appuyant sur de longues et minutieuses recherches faites sous la direction du regretté Pr Déjerine et de M. Briand. Sa conclusion est que l'aphasie, en soi, n'a rien de commun avec l'affaiblissement intellectuel. « Le sujet porteur d'une lésion circonscrite des centres du langage, écrit-il, n'est qu'un *blessé du cerveau*, un *cérébral*, mais nullement un affaibli intellectuel. » « Néanmoins l'affaiblissement intellectuel, reconnaît M. Brissot, et même la démence, peuvent s'associer à l'aphasie. Mais le déficit intellectuel, quelle qu'en soit l'intensité, est alors conditionné par des lésions cérébrales diffuses, surajoutées à la lésion du centre du langage qui tient sous sa dépendance les manifestations aphasiques. »

Nous ne saurions énumérer et encore moins analyser — cela nous entraînerait trop loin — les différents travaux de M. Brissot. Nous mentionnerons cependant un important mémoire sur « la démence chez les épileptiques », qui a obtenu le Prix Belhomme à la Société Médico-Psychologique et les articles « Aphasie » et « Epilepsie » dans la partie psychiatrique du *Traité de Médecine* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

La valeur de l'œuvre scientifique de M. Brissot se trouve consacrée par les nombreuses récompenses que lui ont décernées les sociétés savantes : la Société Médico-Psychologique, prix Moreau de Tours en 1911 et prix Belhomme en 1913 ; l'Académie de Médecine, mention très honorable (prix Lorquet) 1912 et mention honorable 1913 ; l'Académie des sciences, mention très honorable 1911.

Messieurs, cet exposé que nous regrettons de ne pouvoir vous offrir plus détaillé, de l'œuvre professionnelle et de l'œuvre scientifique de M. le Docteur Brissot, vous paraîtra, sans aucun doute, comme à nous-mêmes, réunir un ensemble de titres largement suffisants pour que vous fassiez bon accueil à la candidature de ce jeune et distingué psychiatre. En conséquence, nous vous proposons de nommer M. le Docteur Brissot membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

©BIUM

M. le Docteur Brissot est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

Note complémentaire sur le traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée (1)

Par M. Maurice Ducosté

Je reprendrai une à une les conclusions que je formulais ici, il y a un an, sur l'action du Luminal dans le traitement du mal comitial. L'expérience d'une année, éclairée d'ailleurs par les nombreux travaux parus ces derniers temps sur ce médicament, montrera ce qu'il y avait d'exact, d'exagéré ou d'erroné dans mes précédentes opinions.

Ma première conclusion : « Le luminal a une action immédiate, héroïque, spécifique, sur les attaques épileptiques » a été unanimement confirmée. C'était d'ailleurs la conclusion même de M. Raffegeau, dans sa retentissante communication développée ici plusieurs mois auparavant et où il fit connaître le luminal et son intérêt thérapeutique.

La Phényléthylmalonylurée, en supprimant les attaques, libère l'épileptique de tous les troubles psychiques, impulsifs ou confusionnels qui sont habituellement attachés aux paroxysmes. On a dit tout cela, et fort bien : il est inutile d'y revenir. Mais ce sur quoi on ne s'est sans doute pas assez arrêté, c'est la transformation des services d'épileptiques sous l'influence du nouveau médicament. Rien n'était jusqu'ici plus triste, plus désespérant qu'un quartier d'épileptiques. Les convulsions étaient continuelles, les blessures fréquentes, les querelles nombreuses ; les délires, les impulsions s'excitant les uns les autres, entretenaient un mouvement continu vers les quartiers d'isolement ; on ne pouvait jamais

(1) M. M. Ducosté. — *Note préliminaire sur le luminal dans le traitement de l'épilepsie* (Soc. Méd.-Psych., 31 Mai 1920. *Ann. Méd.-Psych.*, X. T. XII, 1920, p. 433).

©BIUM

espérer l'atténuation ni l'éloignement des paroxysmes et l'internement à perpétuité était dans la majorité des cas la seule mesure qu'on pût envisager dans l'intérêt de l'épileptique et de sa famille. Retranchés de la société, inutiles aux établissements qui les hospitalisaient, car les essais de « traitement par le travail », comme on dit, étaient interrompus à chaque instant par la recrudescence des crises, les épileptiques traînaient une vie misérable, sous la menace continuelle d'un accident grave ou de la mort. Et pour ceux qui, échappés aux troubles mentaux trop bruyants, pouvaient encore vivre en liberté, la vie n'était guère ni moins pénible ni moins hasardeuse...

Eh bien, cette lamentable situation, la Phényléthylmalonylurée l'a modifiée complètement. Beaucoup de comitiaux ont pu quitter les asiles, qui y végétaient depuis des années ; les quartiers d'épileptiques sont devenus les plus paisibles et les mieux disciplinés ; ils fournissent un nombre de plus en plus grand de travailleurs. Bien qu'une longue et dure expérience professionnelle nous prémunisse contre des enthousiasmes mal éprouvés, il ne sera pas hasardé de dire que la Phényléthylmalonylurée a été la plus certaine conquête dont la thérapeutique des Asiles ait bénéficiée depuis Esquirol.

Voulez-vous me permettre une anecdote susceptible d'apporter au luminal un témoignage précis ? je ne la tiens que de seconde main, mais son authenticité n'en est pas moins sûre.

Lorsque nos confrères allèrent, par un heureux et nécessaire retour de fortune, remplacer dans les asiles alsaciens les médecins allemands, ils trouvèrent dans la pharmacie d'un de ces asiles un stock assez considérable de Luminal. Animés d'une haine ou tout au moins d'une suspicion légitime contre les produits germaniques, ils mirent au rancart ce médicament, et soignèrent, selon notre méthode, les épileptiques par le Bromure. Mais au bout de quelques jours, les protestations des infirmiers, des familles, des malades eux-mêmes et de l'Administration devinrent si véhémentes

©BIUM

qu'on fut contraint de revenir au Luminal. Immédiatement le calme réapparut, les convulsions cessèrent et l'Asile, auquel le bromure enlevait ses meilleurs travailleurs, ne fut plus menacé dans son équilibre budgétaire.

— Ma seconde assertion : « Au début les attaques sont remplacées par des vertiges, qui disparaissent à leur tour très rapidement » n'a guère été renouvelée par les auteurs. Cela d'ailleurs n'a point d'importance puisque, même si ces vertiges étaient la règle, leur disparition rapide permettrait de ne pas y attacher son souci. Il ne faudrait s'en préoccuper que si de nombreux vertiges remplaçaient de rares attaques. La vieille opinion d'Esquirol, répétée si souvent depuis un siècle, à savoir que les vertiges sont plus graves pour l'état mental que les attaques, ferait craindre alors que la Phényléthylmalonylurée ne puisse avoir en de tels cas de prohibitifs inconvénients. Mais, outre que cette substitution quantitative n'est point notée, il n'y a pas, que je sache, une seule observation probante à l'appui de l'opinion d'Esquirol, qui est une de ces formules qu'on se passe de génération en génération sur la foi d'un Maître, et qu'on accepte jusqu'au jour où l'on s'aperçoit qu'elle ne répond à rien.

Autre sujet (c'était ma 3e proposition) : « On peut supprimer le Luminal au bout de quelques semaines ou de quelques jours sans que réapparaissent les attaques. »

Cela n'a pas été confirmé ; on s'accorde sur ce fait, d'ailleurs déjà bien mis en lumière par M. Raffegeau, que « la Phényléthylmalonylurée n'est pas un médicament curatif, mais suspensif ». Supprimez-le et les crises réapparaissent, parfois avec une intensité alarmante. « Mon expérimentation, disais-je, est de trop courte durée pour que cette conclusion ait une grande valeur. »

Cependant, nonobstant les dangers dont on nous menace, il est des épileptiques chez qui on peut supprimer la Phényléthylmalonylurée, surtout si cette suppression est graduelle, sans qu'il en résulte d'inconvénient ; M. Raffegeau en a cité lui-même des exemples.

©BIUM

En tout cas, après une période plus ou moins longue d'administration du médicament à bonne dose, il faut tenter de diminuer cette dose, ce qui est presque toujours possible. D'ailleurs les observations commencent à s'additionner, où, après suppression du médicament, la guérison s'est maintenue.

Je l'ai moi-même suspendu chez 2 épileptiques, un homme et une femme, et les attaques ne sont pas revenues depuis 6 et 8 mois. Cependant, par précaution, je fais encore prendre 0,15 ctgr. à la femme pendant ses époques menstruelles où l'aptitude convulsive se manifestait surtout autrefois, et, ayant remarqué que l'homme lui-même se sentait un peu troublé toutes les 4 semaines, je lui prescris le Gardénal pendant 5 jours chaque mois. J'essayerai de le supprimer complètement bientôt chez l'un et l'autre. Ces deux malades sont, au surplus, très satisfaisants au point de vue intellectuel ; et ce sera là, peut-être, le critérium futur de la guérison. On estimerait sans trop d'hésitation qu'un épileptique est guéri, non seulement lorsque les attaques ont disparu, mais encore lorsque la bradypsychie et l'amnésie ne sont plus appréciables. Les attaques supprimées, l'état mental s'éclaircit sans doute, mais demeurent des troubles plus fins, moins facilement décelables et qui signent encore la maladie. Ce n'est pas une preuve bien convaincante d'une amélioration décisive de cet état mental que la reprise par un comitial d'un travail facile d'établissement hospitalier. Quand je vois M. Bergès citer tout particulièrement, comme exemple de la récupération remarquable de l'intelligence, le cas d'un épileptique « jadis très intelligent » et qui dit à son médecin : « Quand je lis, je comprends fort bien le sens des mots, mais ne parviens pas à saisir la signification des phrases », j'ai quelque doute sur la transformation heureuse de la mentalité de ce malade, mais je n'en ai pas sur les inconvénients qu'entraînerait chez lui la suppression du Luminal. Au contraire, qu'un comitial ne souffrant plus d'attaques, ne révèle à un examen attentif, ni bradypsychie, ni amnésie, je serais fort tenté d'essayer de le soustraire à la sujétion, d'ailleurs

©BIUM

plutôt douce, d'une médication quotidienne. Mais il ne semble pas malheureusement que le Luminal ait une influence bien marquée sur l'amélioration intellectuelle de l'épileptique. On est frappé, et si j'ose dire ébloui, par les changements que la suppression des attaques et des paroxysmes psychiques entraîne dans l'état mental des comitiaux, mais le fonds même reste invariable.

Quoiqu'il en soit, la Phényléthylmalonylurée continuée indéfiniment (mon expérience est de dix-huit mois environ, et pour d'autres, elle est beaucoup plus longue), n'a aucun inconvénient.

— 4e conclusion : « Le Luminal ne peut être considéré comme un médicament curatif, parce que les attaques et les vertiges sont remplacés par des équivalents psychiques : délires, impulsions, fugues, et cela dès les premiers jours de son administration. »

Je reconnais qu'il y a ici de ma part quelque exagération.

Cependant j'ai bien fait de révéler ces troubles dont il ne semble pas qu'on avait jusqu'alors parlé, même en Allemagne où le Luminal fut éprouvé dès 1912, puisqu'un nombre assez important de praticiens en ont parlé depuis. Vous vous rappelez sans doute que peu de temps après la communication que j'eus l'honneur de développer devant vous, M. Maillard donna à la Société de Psychiatrie les résultats de sa pratique du Gardénal. M. R. de Fursac, qui assistait à cette séance, voulut bien lui faire remarquer que j'avais, depuis déjà longtemps, observé des troubles de substitution et que j'en avais parlé à la Société Médico-psychologique. La discussion ainsi amorcée amena MM. Laignel-Lavastine, Hartenberg et Claude à confirmer ces observations.

Ces troubles existent donc évidemment puisqu'ils ont été vus par de si exacts observateurs. MM. Maillard et Bergès, qui a soutenu sur le Gardénal une thèse bien documentée, ont également noté ces troubles de substitution.

Mais il semble que j'en ai exagéré la fréquence, sinon la gravité. Je crois qu'on peut en trouver deux raisons. D'abord j'ai donné, au début, le Luminal à de trop faibles doses.

©BIUM

Au moment où j'ai commencé ces essais, le Luminal ne se fabriquait pas en France ; il était relativement cher (je le payais de mes deniers), il était rare : double raison pour l'économiser. J'en donnais 0,10 ctgr., parfois 0,05 ctgr. seulement, dose insuffisante, qui la plupart du temps jugulait bien les crises, mais pas suffisamment le mal pour qu'il ne tint à se manifester sous la forme de ces délires, de ces impulsions, de ces éclats de colère que, j'en suis persuadé, tout le monde a vus dans la clientèle de ville lorsqu'on s'est contenté de mes faibles doses du début.

La dose thérapeutique habituelle est de 0,20 ctgr. en deux prises : depuis que je m'y suis fixé, les inconvénients que j'avais signalés ont été moins graves, bien qu'ils ne soient pas disparus.

Je prie qu'on me donne acte de cette rectification.

La seconde raison pour laquelle j'ai observé trop souvent les troubles psychiques de substitution est sans doute que j'ai expérimenté sur des épileptiques peu atteints de la Maison de Santé ou de la Ville.

Il est remarquable que dans les servics d'asiles où l'on a substitué avec les plus grands avantages la Phényléthylmalonylurée au Bromure, il n'a pour ainsi dire pas été noté de désordres psychiques, et que ceux qui les ont vus nous ont rapporté les résultats de leur expérience auprès de la clientèle externe.

Il est donc probable que la Phényléthylmalonylurée n'a pas les inconvénients que j'ai signalés pour les déments plus ou moins obscurs des asiles, mais qu'il faut les prévoir chez les épileptiques moins atteints qui vivent au dehors ou dans les Maisons de Santé. Indication à augmenter la dose du médicament — après quelques tâtonnements on y arrivera — ou à aider, corriger, perfectionner les effets de la Phényléthylmalonylurée en l'associant à diverses autres préparations.

— Les troubles de substitution ne sont pas les seuls que l'on ait notés au cours de l'administration du Luminal. On a parlé d'une torpeur extrême au début du traitement. M. Carnot l'a notée il y a déjà longtemps ; on a parlé encore d'accès d'agitation violente, de troubles confusionnels profonds.

©BIUM

Ce sont là des effets toxiques, dus soit à une susceptibilité particulière au médicament, soit à l'administration de doses trop élevées ; tout cela est sans doute facile à éviter. Un médicament quelconque, donné à des doses excessives, entraîne à peu près nécessairement des troubles psychiques.

Cependant il y a quelque chose de spécial dans la torpeur dont la Phényléthylmalonylurée sidère parfois (c'est l'expression de M. Carnot) les malades qu'on soumet à son action.

Quoiqu'on en ait dit, le Gardénal est très inférieur au Véronal comme hypnotique : il n'a aucune action sur l'agitation des maniaques, des paralytiques ou des catatoniques, il n'a pas non plus d'action sur l'anxiété. Il est en vérité spécifique de l'épilepsie, exclusivement.

Mais il est très vrai que parfois au début du traitement il établit un état habituel de torpeur, même à doses thérapeutiques. Les femmes y sont plus sujettes. Ce n'est pas le sommeil, c'est une sorte de quiétude vigile où la motricité est le plus atteinte. Les malades restent des journées immobiles, comme s'ils étaient paralysés ; leur intelligence est également obscurcie, la torpeur surtout physique est aussi intellectuelle, mais par ailleurs, ni les réflexes, ni la sensibilité ne sont atteints ; et la respiration, la circulation, les fonctions intestinales et rénales demeurent normales. J'ai entretenu pendant près de trois mois cet état chez une jeune hystéro-épileptique de la Maison de Santé entrée dans mon service au dernier degré de l'émaciation, violemment agitée, dont les idées prononcées de suicide et les attaques convulsives se renouvelaient plusieurs fois le jour et la nuit. Le refus obstiné de nourriture rendait l'avenir très précaire. Outre la disparition des attaques et des tentatives de suicide, cette torpeur vigile a permis un repos vraiment nécessaire, une alimentation normale, un relèvement impressionnant de l'état général.

Il est donc certain que dans quelques cas au moins, bien qu'on ne saurait conseiller une telle thérapeutique sans la surveiller très étroitement, cet effet parti-

©BIUM

culier de la Phényléthylmalonylurée ne sera pas à déplorer. Mais généralement il est très fâcheux ; ceux qui ont utilisé le médicament chez des épileptiques dont l'activité intellectuelle ou ouvrière ne pouvait être diminuée, ont sans doute recueilli à ce sujet des plaintes nombreuses. Il faut alors abaisser la dose, quitte à la relever, si des crises survenaient ou des équivalents intellectuels ou affectifs ; mais en réalité on est souvent embarrassé et on ne trouve pas aisément le point mort où n'agissent plus d'une part la torpeur, de l'autre les attaques ou les équivalents.

Je conclus. Mais avant d'indiquer par quels moyens j'ai tenté de corriger, avec quelque bonheur je crois, les défauts et les défaillances du Gardénal, je résumerais en quelques mots ce qu'on peut attendre et redouter de ce médicament.

Il est très actif sur l'élément convulsif du mal comitial, mais il frappe trop fort. Il jugule les attaques épileptiques, mais il opprime le jeu normal des centres moteurs ; à la dose thérapeutique (0,20 ctgr. en moyenne), il installe souvent, dès les premiers jours, un état de torpeur physique qui peut passer assez facilement inaperçu dans les services d'Asiles, mais qui constitue che les malades traités en ville une gêne très manifeste. En même temps l'activité cérébrale se rétrécit, l'attention s'émousse, l'ouvrier ne peut secouer sa paresse, l'intellectuel ne goûte plus de plaisir à l'exercice de son intelligence, ou même est contraint d'abandonner ses travaux. On n'y prend pas garde à l'ordinaire parce que les crises convulsives suspendues et les graves paroxysmes qui les accompagnent, la satisfaction éprouvée par le malade et le médecin porte à ne pas attacher trop d'importance à des troubles assez peu tapageurs, mais il vient un moment où le malade lui-même s'en plaint avec insistance, et on est bien forcé alors de reconnaître que les avantages du Gardénal ne vont pas sans inconvénients.

Si on abaisse la dose, le médicament n'est plus suffisant contre les attaques motrices et s'il en diminue le nombre, ce n'est qu'au prix de troubles psychiques plus

©BIUM

ou moins graves, colères, violences, impulsions, délires même, qui ont fait penser à certains que le bénéfice obtenu était bien précaire. Et c'est précisément chez les épileptiques peu atteints, à crises assez rares, à mentalité intacte, que ces substitutions fâcheuses sont le plus fréquentes.

Je passe sur les autres inconvénients que certains auteurs ont reconnus au Gardénal : les éruptions cutanées, la constipation, la mort même, la nécessité de continuer indéfiniment une médication, dont la suspension momentanée entraîne les plus graves conséquences et enfin la facilité avec laquelle on peut atteindre la dose où le médicament est nuisible et développe ces agitations furieuses et ces délires bruyants sur lesquels tous les auteurs ont insisté.

Sans porter trop d'attention à ce qui, dans tout cela, n'est qu'exception et surprise, il faut retenir que l'inconvénient le plus constant du Gardénal, c'est son action néfaste sur l'activité intellectuelle et physique, action d'autant plus regrettable encore une fois, qu'elle choisit parmi les éplieptiques ceux dont la valeur sociale est le mieux conservée.

D'autre part, si l'on peut légitimement compter que le Gardénal, en supprimant les attaques, fera disparaître chez les épileptiques plus gravement frappés les crises délirantes, impulsives et confusionnelles qui accompagnent les paroxysmes moteurs, on ne peut espérer qu'il améliorera d'une façon sensible le fonds même de l'état mental. Après comme avant, et davantage peut-être, le comitial demeure un amnésique et un ralenti.

On était donc autorisé à essayer de corriger les mauvais effets du Gardénal, en conservant ses avantages.

Et on ne pouvait y parvenir que par une association médicamenteuse, dont je faisais prévoir, il y a un an, la nécessité, et dont je me suis efforcé depuis à fixer la formule.

Après quelques tâtonnements, je me suis arrêté à la Belladone et à la Caféine.

La Belladone a fait depuis longtemps ses preuves dans

©BIUM

le traitement de l'épilepsie. Trousseau en augmentait la dose de mois en mois jusqu'à — ce qui paraît énorme — 0,20 ctgr. de poudre et 0,20 ctgr. d'extrait. Mais quelle est l'action de la Belladone ? Albertoni avait montré qu'elle augmente l'excitabilité du S. N. moteur ; Pierret ne lui considérait aucune valeur contre l'élément convulsif de l'épilepsie. Au contraire, elle exacerbe les attaques et même les fait naître dans l'épilepsie larvée, du moins lorsqu'on l'administre à faibles doses ; mais à ces doses-là, elle améliore singulièrement l'état intellectuel. Pierret la recommande dans les épilepsies avec troubles psychiques, « et l'on voit alors, dit-il, l'intelligence s'éclaircir, le caractère s'adoucir, les impulsions s'apaiser, le gâtisme et la stupeur disparaître ». En somme, elle agit précisément contre les phénomènes que développe le Gardénal, et il était dès lors tout à fait indiqué de l'associer à ce médicament.

En outre, l'action de la Belladone sur la tunique musculeuse de l'intestin est bien connue ; elle est héroïque dans les constipations atoniques : le Gardénal développant assez volontiers la constipation — si nuisible aux épileptiques — c'était une autre indication à lui adjoindre la Belladone.

Quant à la Caféine, je la donne pour lutter contre la torpeur intellectuelle et physique qui enveloppe plus ou moins les épileptiques soumis au Gardénal. Aux doses très faibles que j'emploie, la Caféine n'a aucune action sur le cœur. Les effets des doses faibles des médicaments sont ceux qui se montrent les premiers lorsqu'on les administre à doses moyennes. Or, pour la Caféïne, l'action musculaire et nerveuse précède l'action cardio-vasculaire. G. Sée et Lapique ont établi que la Caféïne excite chez l'homme l'appareil moteur cérébral : nous rechercherons dans cette excitation ce qui pourra corriger ce que, dans l'effet contraire, le Gardénal a de trop brutal. La Caféine amène l'insomnie, excite les fibres lisses, accroît la sécrétion intestinale : tous ces effets sont désirables, précieux même, chez les épileptiques traités par la Phényléthylmalonylurée.

Théoriquement l'association Phényléthylmalonylurée,

©BIUM

Belladone, Caféine devait être excellente. Mais dès les premiers essais, je me suis aperçu que si l'action de la Caféine n'avait que des avantages, la Belladone, administrée aux doses courantes, allait au delà de son but. Il paraissait que son action, comme il arrive pour d'autres mélanges médicamenteux, était exaltée par son association avec le Gardénal. Il a donc fallu abaisser les doses jusqu'au moment où l'on tint celle qui donnait les effets désirés, sans crainte d'aucun accident. Et l'expérience a démontré qu'on pouvait aussi diminuer la posologie classique de la Caféine en conservant tous les avantages attendus. A doses faibles, ces trois substances, qui d'ailleurs s'éliminent complètement en quelques heures, ne laissent craindre aucun accident, même chez les enfants de 3 ou 4 ans. Les effets m'en ont paru des plus satisfaisants. Non seulement les convulsions disparaissent dès la première administration, mais encore on n'observe ni les troubles psychiques, ni l'obscurité intellectuelle, ni la fatigue ni la torpeur physique si fréquentes lorsqu'on administre le Gardénal seul. Sous l'influence de cette association médicamenteuse, l'intelligence de l'épileptique s'éveille, son activité s'accroît, bien que maintenu dans de justes bornes, son sommeil n'est plus ni trop lourd ni trop prolongé, les somnolences diurnes autrefois imposées par le Gardénal disparaissent ; plus de constipation ; et la diurèse augmente légèrement, ce qui est loin d'être un désavantage.

Je crois donc que cette synergie : Phényléthylmalonylurée, Belladone, Caféine, est ce que nous possédons actuellement de meilleur — et de beaucoup — pour le traitement de l'épilepsie. Sauf exceptions, car il y en a, bien qu'elles soient rares, nous sommes aujourd'hui certains d'arrêter les attaques du comitial sans aucun danger pour son intelligence ou sa santé, et nous sommes en droit de dire que nous pouvons redonner à l'épileptique, dont jusqu'ici la situation était si lamentable, la possibilité de vivre libre et de devenir une valeur sociale, dans l'apaisement des convulsions, le repos de l'esprit, la plénitude des forces intellectuelles et physiques.

©BIUM

DISCUSSION

M. TOULOUSE demande à M. Ducosté sur combien de malades portent ses expériences et leur durée.

M. DUCOSTÉ. — Une centaine de malades, suivis pendant dix-huit mois pour la plupart.

M. TOULOUSE. — Lorsqu'on propose une nouvelle méthode thérapeutique, je crois que ce qui importe est de savoir si elle vaut mieux que celle qu'elle veut remplacer. La méthode de bromuration avec régime achloruré fait, à peu près à coup sûr, disparaître les accès, si on se plie aux règles que j'ai indiquées avec M. Richet il y a vingt ans. La longue expérience actuelle permet, en outre, d'affirmer que ce traitement est inoffensif. Sans aucun doute, le Gardénal, que j'essaie actuellement dans mon service, est un médicament actif, mais je ne sais encore si, comme le bromure, il pourrait être supporté pendant des années.

Pour pouvoir dire qu'un épileptique est guéri, il faut attendre qu'il soit pendant deux ans sans crise. Je ne sais pas si un médicament de la série auquel appartient le Gardénal peut être administré aussi longtemps sans inconvénients.

Le brome est très proche de l'élément essentiel de notre organisme qu'est le chlore et il est très facile, avec le bromure et le régime achloruré, de faire disparaître les accès épileptiques.

Il n'est pas encore d'arguments décisifs permettant d'affirmer que le Gardénal est supérieur au bromure.

M. DUCOSTÉ. — Je regrette de ne pouvoir accepter les conclusions de M. Toulouse. L'essai parallèle de la méthode de MM. Richet et Toulouse et du nouveau médicament m'a montré une supériorité très marquée de ce dernier. En outre la méthode achlorurée est beaucoup plus difficile à suivre et infiniment plus pénible que la pratique actuelle ; elle est aussi plus dangereuse et ses inconvénients ont été maintes fois signalés.

M. DUPRÉ. — Je veux seulement ajouter quelques mots à ce que vient de dire M. Toulouse sur les excellents résultats de la thérapeutique par le bromure avec régime achloruré. J'en ai une grande expérience en clientèle et

©BIUM

je suis actuellement sept à huit malades qui sont complètement débarrassés de leurs crises par la méthode indiquée par MM. Richet et Toulouse.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — On n'arrivera à aucun résultat précis en se lançant dans des généralités. Il en serait de même pour les crises convulsives que pour la fièvre lorsque les anciens thérapeutes considéraient la fièvre en général.

De plus, lorsque plusieurs thérapeutiques se présentent, j'ai l'habitude de les accueillir et de les essayer toutes, de dresser des courbes des résultats obtenus et d'en tirer ensuite des conclusions pratiques.

J'ai procédé ainsi pour le gardénal, le tartrate borico-potassique et le bromure dans le traitement de l'épilepsie.

Pour signaler quelques cas précis, j'ai observé de la sorte :

1° une jeune fille, mise successivement, et par périodes égales : au tartrate borico-potassique (3 grammes par jour), au bromure (4 grammes par jour) avec régime sans sel, et au gardénal (dix centigrammes par jour). Le tartrate n'a donné aucun résultat (1) et le gardénal, aux dires du père qui demanda de laisser l'enfant uniquement à ce médicament, fut de beaucoup ce qui réussit le mieux.

2° un autre malade qui fut traité alternativement par le bromure (4 gr. *pro die*) et le gardénal (dix centigr. une semaine et vingt centigr. une autre) se sent, selon son expression, « beaucoup moins abruti » et ses crises sont encore moins fréquentes, mais n'ont pas complètement disparu (deux dans les trois derniers mois).

3° un autre malade, soigné antérieurement par mon maître le Professeur Gilbert Ballet, et qui devait prendre chaque jour 5 à 6 gr. de bromure, avec régime sans sel, pour n'avoir pas de crises, a accepté, une semaine sur deux, la substitution de 0,20 de gardénal au bromure, n'a pas eu de crises et se sent mieux au point de vue psychique.

(1) Il est vrai de dire que l'analyse du médicament faite par M. Meillière, pharmacien de Laennec, montra que ce n'en était pas.

©BIUM

4° un jeune malade, connu également de M. Raffegeau, avait des crises presque quotidiennes malgré le bromure à hautes doses. Le gardénal à 20 centigr. par jour jugula du jour au lendemain les crises convulsives depuis 1914 ; mais le caractère très violent rendit la vie familiale impossible et après une réaction coléreuse très grave, il fallut en mai dernier recourir à l'internement.

Pour me résumer, des divers médicaments employés chez les épileptiques, le gardénal me paraît actuellement le plus efficace dans la grande majorité des cas.

M. Henri Colin. — Je rappelle que M. Frankhauser, notre collègue de Stephansfeld, qui a une grande expérience de l'administration du Luminal a, dans une lettre adressée à la Société, et lue à la séance de juillet 1920 (voir *Annales*, nov.-déc. 1920), conclu à la suppression de ce médicament en raison des dangers qu'il présente. J'ai été frappé par les faits rapportés dans cette lettre et je demanderai à notre collègue, le Dr Courbon, médecin de Stephansfeld, qui assiste à la séance d'aujourd'hui, s'il peut nous apporter quelques éclaircissements sur cette importante question.

Personnellement, j'ai observé un cas où les phénomènes moteurs nettement amendés par le Luminal ont été fâcheusement remplacés par des équivalents psychiques graves, des accès délirants avec impulsions violentes qui ont nécessité l'internement et qui ne s'étaient jamais manifestés au cours d'un traitement par le bromure continué pendant plus de vingt années.

M. Courbon. — Le Luminal est employé dans mon service où j'en ai trouvé de gros stocks et il s'y révèle comme un excellent médicament contre l'épilepsie. Mais il est loin d'y avoir détrôné le Bromure, car il est des cas où il échoue alors que le Bromure réussit.

Il diminue incontestablement le nombre des crises convulsives. Mais pour satisfaisante que soit la disparition de celles-ci, elle ne suffit pas à faire conclure à la guérison de la maladie. Bien souvent l'emploi d'un médicament inusité amène ce résultat qui paraît merveilleux au premier abord, mais ne tient pas les espérances qu'il fait naître. C'est ce qui m'est arrivé avec le borate de soude dans 4 asiles où il n'était pas en usage

©BIUM

avant mon arrivée. Non seulement il ne guérit aucun malade, mais à la longue les crises convulsives elles-mêmes réapparurent.

Jamais il ne m'a été donné de constater que la médication bromurée fît courir les dangers mortels dont il a été parlé. Je n'ai jamais eu non plus d'accident par le Luminal. Mais je me souviens avoir lu dans un journal médical, il y a quelques semaines, le titre d'un travail dont j'ignore le contenu, de M. Chavigny sur *Un cas de mort par le Luminal.*

M. MARCHAND. — M. Colin vient de nous rappeler l'opinion de M. Frankhauser sur le Luminal ; M. Frankhauser a expérimenté ce produit à l'asile de Stephansfeld. Dernièrement, je visitai l'asile alsacien de Rouffach et je demandai au distingué collègue qui m'accompagnait s'il obtenait de bons résultats dans son service avec le Luminal ; sa réponse fut que ses effets thérapeutiques n'étaient pas supérieurs à ceux du bromure.

M. Ducosté vient de nous dire que l'on pouvait, grâce au Gardénal, suspendre presque à coup sûr les crises convulsives chez les épileptiques. Je n'ai pas obtenu de résultats semblables. Je traite par le Gardénal plusieurs femmes épileptiques de mon service depuis huit mois. Je vois ces malades chaque jour et j'ai cherché à établir pour chacune d'elles la dose de médicament nécessaire pour juguler les crises. Dans aucun cas je n'ai pu obtenir la cessation complète des crises. Une malade a vu ses accès diminuer dans une proportion plus grande qu'avec le bromure. Chez les autres, les crises sont aussi nombreuses, que l'on compare entre elles les périodes de traitement par le Gardénal et les périodes de traitement par le bromure. Je résumerai ainsi mon opinion sur les effets thérapeutiques du Gardénal : son efficacité varie suivant les malades. L'état de certains sujets est très nettement amélioré par ce médicament ; chez d'autres on ne constate que peu d'effet. C'est là, je crois, l'opinion de la plupart des médecins qui ont expérimenté le Gardénal.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Le gardénal est assurément un excellent médicament contre les accidents convul-

sifs de l'épilepsie. Mais M. Ducosté déclare qu'il fait disparaître les crises à coup sûr, quelles doses maxima a-t-il employées pour obtenir un résultat dans tous les cas ?

M. DUCOSTÉ. — Je n'ai pas été obligé de dépasser vingt centigrammes et, généralement, dix centigrammes de gardénal associés à la belladone et à la caféine suffisent.

M. VALLON. — On a cité dernièrement un cas de mort par le gardénal, à la Société de Médecine légale. Je ferai remarquer à ce propos que la dose avait été tellement exagérée qu'on ne peut logiquement en tirer argument contre le médicament.

M. DUCOSTÉ. — On enregistre de temps à autre des insuccès dans le traitement par le gardénal : il en est de même pour les médicaments les plus actifs et les plus sûrs. Par l'adjonction des corps que j'ai indiqués ces insuccès seront moins fréquents, et plus supportables aussi les équivalents psychiques à la réalité desquels M. Colin vient d'apporter son témoignage. Il a cité l'exemple de cet Asile d'Alsace qui, un peu précipitamment peut-être, délaisse un excellent médicament par crainte des dangers qu'il fait courir aux malades. Je crois que le temps et l'expérience montreront avec éclat la supériorité de la Phényléthylmalonylurée sur le bromure.

Le régime déchloruré est difficile à appliquer, surtout en ville, et comme le dit très bien M. Laignel-Lavastine, on n'est jamais certain que le malade se soit soumis exactement aux prescriptions de son médecin.

Les sels de bore, dont M. Courbon a retiré de grands avantages agissent, il est vrai, efficacement, au début de leur administration, mais ils sont très toxiques, et leur action s'émousse très rapidement ; dans l'ensemble, leurs effets, peut-être supérieurs à ceux de bromure, sont nettement inférieurs à ceux du gardénal.

Il est exact, comme l'a observé M. Marchand, que les épileptiques ne réagissent pas tous de la même façon à tel ou tel médicament ; je vois cependant avec plaisir que notre savant collègue, adversaire résolu, il y a un

©BIUM

an, de la Phényléthylmalonylurée, l'emploie aujourd'hui avec succès ; je doute fort qu'il en sera autrement pour ceux qui voudront bien essayer une thérapeutique qui, éprouvée depuis une dizaine d'années, a satisfait tant de praticiens.

M. Vallon a très heureusement mis au point le reproche que l'on a fait parfois au gardénal d'avoir amené la mort des épileptiques : les quelques cas cités jusqu'ici sont des plus contestables. Cependant les médicaments les plus inoffensifs employés à des doses rationnelles ont pu produire des accidents mortels. Il existe des susceptibilités individuelles qui feront du gardénal, un jour ou l'autre, dans tel cas particulier, un médicament dangereux. Il faut s'y attendre. Aussi convient-il, pendant cette période de transition où il est si important d'imposer aux esprits les plus rebelles une substance dont l'intérêt paraît exceptionnel, de procéder avec la plus grande prudence, et de ne pas donner à ses adversaires des arguments dont pâtiraient les malades. Bien qu'on ait administré des doses beaucoup plus fortes, celles de 0,20, 0,30 ctgr. à la rigueur, ne doivent pas être dépassées. Comme je l'ai dit, l'adjuvant Belladone, Caféine, permet d'abaisser, en perfectionnant ses effets, la dose de Phényléthylmalonylurée ; dans bien des cas, on obtiendra d'excellents résultats avec 0,10 ou 0,15 ctgr., et certainement sans aucun danger.

4 cas d'acidose chez des mélancoliques

Par Mlle M. BADONNEL

L'acidose, considérée autrefois comme l'apanage du diabète, est un état qui, sans toutefois être fréquent, survient au cours de multiples affections.

On a tendance à l'envisager aujourd'hui comme un syndrome qui peut s'incorporer à diverses entités morbides.

L'existence de troubles mentaux au cours de l'intoxication acidosique a déjà été signalée.

En pratiquant d'une façon systématique l'examen des

urines de nos malades, nous avons décelé un certain nombre de cas d'acétonurie. Parmi ces malades, 4 sont des mélancoliques. Il nous a paru intéressant de rapprocher leurs observations.

Obs. I. — Le 14 sept. 1920, Mme D., âgée de 54 ans, est internée. Son certificat signale qu'elle est dans un état mélancolique avec anxiété, mutisme et refus d'aliments.

Le 12 oct., un certificat de quinzaine enregistre une légère amélioration. La malade est moins anxieuse, mais reste très déprimée.

Pendant les mois qui suivent, cette amélioration s'accentue. En février et mars où nous la voyons, la malade est très active ; mais assez affaiblie au point de vue intellectuel, elle a besoin d'être dirigée. Elle est aisément satisfaite d'elle-même. Elle se trouve heureuse.

Son état général est bon. Elle grossit. D'ailleurs elle mange très gloutonnement pendant toute cette période.

Au mois d'avril, elle manifeste quelques signes d'excitation. Elle devient indocile. Elle ne travaille plus. Elle tient des propos incohérents et grossiers. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Elle s'alimente moins bien et maigrit. La langue est saburrale et l'haleine très fétide.

Le 7 mai, l'examen des urines révèle l'existence d'acidose. Les réactions de Legal et Gerhardt sont positives. On y trouve, en outre, de l'urobiline. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La réaction de Hay est négative.

La malade est soumise à un traitement bicarbonaté.

Elle ne s'alimente qu'avec du lait dont elle prend en moyenne 1 l. par jour.

L'examen quotidien des urines y fait apparaître les mêmes réactions jusqu'au 16 mai.

A partir de cette date, l'acidose diminue jusqu'à disparaître complètement le 20 mai.

Une urobilinurie très légère persiste.

L'état mental reste identique.

Le 24 mai, un anthrax apparaît. La malade a une température très élevée. Elle succombe 3 jours après.

A l'autopsie, on trouve le foie de poids et d'aspect normal.

Obs. II. — Internée le 27 décembre 1918, Mme C. est atteinte de « dépression mélancolique. Idées de persécution. Interprétations délirantes. Hallucinations ».

©BIUM

Cet état s'améliore rapidement. Le 12 janvier 1919, elle est beaucoup moins déprimée. Elle n'a plus d'hallucinations, mais elle conserve les mêmes idées délirantes : « un individu a voulu l'étrangler... son fils est mort, mais elle ne le croit pas. Il est revenu sous un autre nom... ».

Depuis cette époque, la malade n'a pas quitté l'asile. Elle passe alternativement par de longues périodes calmes où elle présente seulement un délire mal systématisé et qui n'a aucune tendance à s'accroître et par des périodes de dépression mélancolique avec anxiété.

La dernière de ces crises anxieuses s'est produite au mois de mai 1921. Pendant 10 jours, Mme C. reste alitée. Sa physionomie exprime la plus vive inquiétude. « Elle a des pensées horribles. Elle songe aux buveurs de sang et aux mangeurs de chair humaine. Elle s'accuse d'être une criminelle. Elle veut se tuer, mais elle n'en a pas le courage... »

Dès le début de la crise, les urines, alcalines, contiennent de l'acide diacétique et de l'acétone, de l'urobiline et des traces d'albumine. A aucun moment la malade n'a eu de glycosurie.

La réaction de Hay était négative.

Du 2 au 6 mai, l'acidose et l'urobilinurie persistent.

Du 6 au 17 mai seule existe une légère urobilinurie. Celle-ci disparaît à son tour le 18 mai.

Vers le 12 mai, l'état de Mme C. s'améliore au point de vue psychique. Elle n'est plus anxieuse. Elle reste encore déprimée pendant quelques jours. Puis, à partir du 12 mai, elle retrouve son état habituel.

La malade s'est toujours alimentée. Pendant la période d'anxiété, elle a pris du lait additionné de lactose et a été soumise au traitement bicarbonaté.

Le 3 mai, à 10 h., nous avons fait ingérer à la malade 1 mgr. de bleu de méthylène. Nous avons retrouvé le produit dans les urines recueillies à 12, 13, 14 et 15 h. L'élimination maxima s'est produite à 13 h.

Le 18 mai, nous avons fait prendre à la malade 150 gr. de glucose. A aucun moment, nous n'avons retrouvé de sucre dans les urines.

Il est à noter dans les antécédents de la malade l'existence d'un kyste hydatique du foie pour lequel elle a été opérée en 1913.

Obs. III. — Mme J. est entrée à l'asile de Villejuif le 20 mai 1921.

D'après les renseignements fournis par son mari, elle pré-

©BIUM

sente depuis 3 semaines des troubles caractéristiques d'un état de dépression mélancolique. Elle s'accuse d'avoir voulu faire du mal à tout le monde, d'avoir voulu empoisonner une de ses cousines.

Les 8 derniers jours que la malade passe chez elle s'écoulent dans une sorte de torpeur. Elle a continuellement les yeux mi-clos. Elle répond cependant aux questions qu'on lui pose et refuse les aliments.

Lors de son entrée à l'asile, elle présente le même état. On ne la tire de sa somnolence qu'en lui adressant à plusieurs reprises la parole. Elle répond en général correctement aux questions qu'on lui pose, mais l'idéation est très lente. Elle se sent extrêmement fatiguée. Elle éloigne tout le monde d'elle, car elle croit avoir la peste.

Mais ce qui frappe le plus au premier abord est l'aspect général de la malade : elle a des gestes trémulants, la peau chaude et moite, des sueurs abondantes ont déterminé une éruption de sudamina au-devant de sa poitrine. Par moment la malade a des nausées et rend quelques mucosités striées de sang. Elle demande à boire et se plaint d'avoir une soif ardente. Le foie, un peu douloureux, n'est pas nettement augmenté de volume. On note encore un léger œdème prétibial.

La pression artérielle est de 17/9 (appareil de Pachon).

On ne trouve rien d'anormal à l'auscultation des poumons.

Les réflexes tendineux existent mais affaiblis.

Dans les urines on trouve des traces d'albumine et de l'urobiline. Les réactions de Legal et Gerhardt sont fortement positives.

On ne trouve pas de sucre et la réaction de Hay n'indique pas la présence de sels biliaires.

Du 20 au 24 mai, les réactions de Legal et Gerhardt restent fortement positives.

Les urines sont rares. Le 22 mai, on en recueille seulement 0 l. 75.

On pratique sur ces urines le dosage de l'urée et de l'Az total.

Urée : 29,54 0/00.

Az total : 21,8 0/00.

Le même jour, le taux de l'urée sanguine s'élève à 1 gr. 08.

Du 25 au 30 mai, les réactions de Legal et Gerhardt s'atténuent. L'urobilinurie disparaît.

A partir du 31 mai, l'acidose cesse à son tour. La diurèse est plus abondante.

Le 2 juin, le taux de l'urée sanguine est de 0,55 0/00.

©BIUM

Les jours suivants il tombe à 0,27.

A ce moment, l'état de la malade s'est amélioré. Elle reste encore déprimée cependant. Elle s'alimente bien.

Mme J. a déjà eu en 1907 une période de dépression mélancolique.

Au mois d'août 1908, elle a été opérée pour appendicite. En dehors de quelques douleurs stomacales sans caractères précis, elle n'a eu aucune maladie récente.

Obs. IV. — Mme B., âgée de 45 ans, est internée le 22 janvier 1921.

Elle est atteinte de délire mélancolique avec anxiété, troubles de la cœnesthésie, préoccupations hypochondriaques. Elle a la sensation d'être un objet de répulsion. Elle ne veut s'approcher de personne parce qu'elle sent mauvais... Son cerveau n'est pas normal. « C'est une pierre qui pense ». Tous ses troubles sont imputables à la syphilis. Elle est persuadée qu'elle a une gomme dans le cerveau, le larynx, les oreilles... Sa fille est couverte de boutons ; son petit-fils a un écoulement d'oreille. C'est elle qui en est cause.

L'acidose n'est pas recherchée à cette époque.

Cet état s'améliore assez vite. Vers le milieu de février, les troubles s'atténuent. La malade ne croit plus qu'elle a la syphilis. Pendant tout le mois de mars, elle se présente comme une personne normale.

Elle est sur le point de quitter l'asile lorsque, le 9 avril, ses préoccupations hypochondriaques et ses troubles cœnesthésiques réapparaissent. Elle présente même des troubles ébauchés de la personnalité : Pourquoi n'aurait-elle pas la syphilis ?... Il y a dans sa tête un durcissement. Elle souffre physiquement de penser. Elle a aussi l'impression que sa pensée ne lui appartient plus. « C'est affreux, dit-elle, de sentir qu'on perd sa personnalité. »

Dans les urines du 9 avril on trouve :

Albumine = louche.

Sucre = 0.

Urobiline = traces.

Réaction de Gerhardt = négative.

Réaction de Legal = positive.

Réaction de Hay = négative.

Du 10 au 20 avril, les troubles rétrocèdent.

11 avril : taux de l'urée sanguine, 0,36.

17 avril : La malade ingère à 11 heures 1 mgr. de bleu de méthylène. Les urines de 13 et 14 heures contiennent du bleu.

20 avril : La malade a ses règles. Elle devient anxieuse.

©BIUM

Elle croit que sa fille est morte. C'est de sa faute. Elle est une mère indigne, un monstre. Elle fait le mal involontairement. Elle est l'Antéchrist. « Il s'est formé, dit-elle, un être à même mon premier être. Je vis un être qui n'est pas moi. » Elle se frappe et cherche à se faire du mal.

Cet état persiste pendant la fin d'avril et tout le mois de mai.

23 avril : réaction de Gerhardt = positive.

26 avril : albumine = louche.

Sucre = 0.

Urobiline = 0.

Réactions de Legal et Gerhardt = négatives.

28 avril : La malade ingère 150 gr. de glucose dans la matinée. A 16 h., on trouve des traces de sucre dans ses urines.

Ni acidose, ni urobilinurie.

29 avril : Albumine = louche.

Réaction de Legal = positive.

Urobiline = traces.

30 avril : Réaction de Legal = positive.

Urobiline = en plus grande quantité dans les urines que précédemment.

Pression artérielle, 19/9.

Du 1er au 16 mai : Les réactions qui mettent en évidence l'acidose et l'urobilinurie deviennent très fortement positives.

L'anxiété de la malade est extrêmement vive.

Du 6 au 13 mai : l'intensité des réactions s'atténue.

Mme B. est moins anxieuse mais très déprimée.

Du 13 au 22 : l'acidose disparaît. Une urobilinurie légère persiste. La malade est plus calme. Elle a encore des idées d'indignité.

15 mai : On dose dans l'urine l'urée et l'Az total.

Urée = 12,9 0/00.

Az total = 8,68 0/00.

A partir du 22, l'urobilinurie disparaît à son tour et l'état mental s'améliore notablement.

Le 1er juin, Mme B. se met à travailler à un ouvrage de broderie, ce qu'elle n'avait fait depuis six semaines.

A 32 ans, Mme B. a déjà été internée, en proie à des obsessions.

Le nombre limité de nos observations ne nous permet pas des conclusions très affirmatives. Néanmoins, étant donné que l'acidose, en dehors du diabète, reste un syn-

©BIUM

drome assez rare bien qu'appartenant à plusieurs autres affections, il nous a paru intéressant de signaler ces observations.

D'autre part, il semble que l'intoxication acidosique apparaisse de préférence au cours de la mélancolie et soit plus spécialement contemporaine des paroxysmes anxieux. Nous l'avons cherchée chez une cinquantaine de sujets ; nous l'avons trouvée deux fois seulement en dehors de cet état.

Enfin, si l'on établit, chez les malades que nous avons examinées, un rapprochement entre l'importance des troubles psychiques et l'intensité des réactions qui traduisent l'acidose, il semble que les deux ordres de phénomènes suivent des courbes parallèles. Au maximum de l'anxiété correspondent des réactions de Legal et de Gerhardt fortement positives. Lorsqu'elles s'atténuent, l'état mental s'améliore.

Nous nous en tiendrons à cette constatation. Il nous paraîtrait téméraire de conclure à des relations de cause à effet. L'acétonurie, les troubles mentaux peuvent n'être que les indices d'une perturbation plus profonde qui nous échappe. En effet, nous avons trouvé chez nos malades, outre l'acidose, de l'urobilinurie, dans un cas une forte urémie, de la perméabilité hépatique au bleu de méthylène et d'une façon presque constante une légère albuminurie.

Enfin nos observations ne nous ont pas permis d'établir la précession d'un des troubles : acidose ou anxiété.

Nous constatons seulement leur coexistence. Elle apporte une preuve de la profonde perturbation organique qui existe chez les mélancoliques. Leur nutrition est gravement troublée et les phénomènes somatiques attirent aussi impérieusement l'attention chez ces malades que les troubles psychiques.

L'intérêt de ces quelques considérations ne nous semble pas être d'ordre purement spéculatif. Il n'est pas invraisemblable de supposer que, par une thérapeutique s'adressant à l'intoxication, à l'insuffisance hépatique, on parvienne à atteindre l'état psychique et à diminuer cette anxiété si pénible pour les malades.

©BIUM

DISCUSSION

M. LEGRAIN. — Je désire souligner l'intérêt des faits qui viennent de vous être rapportés et engager nos collègues à poursuivre des expériences dans cette voie. Le syndrome mélancolie est rempli d'inconnues, mais il paraît lié à des troubles profonds de la nutrition. Des recherches méthodiques sur l'urine des mélancoliques m'ont fait découvrir l'existence fréquente d'une réduction de la liqueur de Fehling : quand on chauffe assez longtemps la partie supérieure du mélange il se produit un précipité « purée d'absinthe » qui se dépose peu à peu au fond du tube. L'acidose n'avait pas encore été signalée. Il est remarquable de constater un parallélisme étroit entre son apparition et les paroxysmes anxieux. Des conséquences utiles en découlent pour la thérapeutique : il nous a semblé que l'anxiété diminuait sous l'action d'un traitement alcalin.

M. DUPRÉ. — Ces observations sont d'autant plus intéressantes que l'on connaît déjà les rapports du diabète avec la dépression psychique.

M. COLIN. — J'ai fait autrefois des recherches analogues sur l'indican : il augmente avec l'anxiété, si bien que l'analyse d'urine permet de prévoir la crise.

M. TOULOUSE. — L'acidose se rencontre toujours à la suite d'un jeûne hydrocarboné ; on connaît le signe qui le décèle, c'est l'haleine acétonique, cette odeur de pomme reinette permet d'affirmer à coup sûr que le malade ne mange pas et se trouve dans des conditions très proches du diabète.

A propos de cette intéressante communication, je ferai remarquer que, de nos jours, le champ des recherches psychiatriques s'élargit non seulement du côté de la psychologie, mais surtout du côté de la chimie biologique.

©BIUM

Variations de la Pression artérielle d'après certains états émotifs

Par MM. G. NAUDASCHER et E. MARTIMOR

De nombreux auteurs ont cherché à établir une relation entre la pression artérielle et les différents états émotifs.

L'*anxiété* notamment paraît avoir été considérée tantôt comme la cause, tantôt comme la conséquence de l'hypertension et l'on tendrait à admettre généralement comme une règle la coexistence de l'anxiété et de l'hypertension.

A cette règle, les trois observations que nous avons l'honneur de vous présenter paraissent constituer des exceptions.

La première est celle d'un homme de 39 ans, D... Henri, chez lequel l'anxiété se rencontre en même temps que l'hypotension artérielle. Nous avons d'abord, pour éliminer toute cause d'erreur, recherché les tares organiques susceptibles de provoquer un abaissement de la pression. Parmi les plus importantes, nous n'avons pu déceler ni lésion cardiaque ni tuberculose.

Le malade a été interné pour la deuxième fois le 5 octobre 1920 à la Maison de Santé pour « dépression mélancolique avec préoccupations obsessives, anxiété, idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'auto-accusation et de suicide ».

Le certificat de quinzaine signale de l' « agitation anxieuse avec troubles cœnesthésiques pénibles, idées hypochondriaques et de transformation corporelle et intellectuelle, cris incessants, insomnie, refus de nourriture ».

Au moment où nous avons commencé à prendre la pression artérielle, c'est-à-dire le 9 mai 1921, cet état ne s'était pas encore modifié ; l'agitation était continuelle et le malade présentait tous les signes de l'anxiété la plus vive. L'examen pratiqué au moyen de l'appareil de Pachon donnait : comme Mx : 13, comme Mn : 9 et,

©BIUM

malgré le faible degré de la pression, le nombre des pulsations n'était que de 60 à la minute.

Les jours suivants, l'anxiété persiste et cependant Mx descend jusqu'à 12 et Mn baisse à peu près parallèlement à 7 1/2 et 7.

Le 22 mai, on constate une légère amélioration de l'état mental : l'anxiété est moins vive, on peut distraire le malade, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui et lit pour la première fois un journal. Chose remarquable : à cette sédation de l'anxiété correspond une élévation de Mx qui remonte de 12 à 14. Les jours suivants, l'amélioration s'accentue et Mx ne descend plus au-dessous de 14 jusqu'au 13 juin. A partir de ce moment, l'amélioration se précise de plus en plus ; le malade suit volontiers un traitement arsenical et fait régulièrement de la gymnastique suédoise.

Dans cette observation, nous avons pu constater d'une façon manifeste que *la tension artérielle, faible au moment où l'anxiété était la plus vive, a augmenté au moment où l'anxiété diminuait.*

Notre deuxième observation est celle d'un mélancolique anxieux, J... Michel, âgé de 63 ans, artério-scléreux, interné à la suite de plusieurs tentatives de suicide. A son entrée à la Maison de Santé, il présente des idées de culpabilité et d'indignité assez confuses, une anxiété très marquée, il redoute des châtiments terribles et se prête difficilement à l'examen médical où il voit un prélude à ses tortures. Le malade est très déprimé, il reste immobile dans son lit et ne s'alimente qu'après beaucoup d'insistances. A ce moment, Mx atteint 19, Mn : 11 et l'on compte 92 pulsations à la minute.

Pendant trois semaines environ, l'état reste stationnaire : l'anxiété est toujours aussi marquée, le malade est inactif, prostré dans son lit, s'alimentant mal ; durant cette période, Mx descend de 19 à 17. L'état émotionnel et l'activité du malade n'ayant pas subi de modification appréciable, il semble que l'inanition relative peut être en grande partie rendue responsable de cet abaissement de la pression.

Les jours suivants, *l'anxiété diminue* et cette amélio-

©BIUM

ration s'accompagne, comme chez le malade précédent, d'une *élévation progressive de la pression artérielle.* Le 16 mai, la pression Mx atteint 21 et la pression Mn : 14. Tandis que la pression Mn varie très peu, la courbe de la pression Mx subit des oscillations assez amples (de 16 à 24) ne correspondant nullement aux variations journalières de l'humeur. Ces dernières sont d'ailleurs très marquées : tantôt on note de l'asthénie, de l'indifférence, tantôt une anxiété aussi vive qu'à l'entrée. Nous n'avons découvert aucun rapport constant entre ces variations de l'humeur et celles de la tension artérielle : si le retour de l'anxiété correspond tantôt à une légère ascension, tantôt à une descente de la courbe, il est à remarquer cependant que, dans son ensemble, l'*augmentation de la pression a coïncidé avec la diminution de l'anxiété.*

Le 4 juin, après plusieurs jours d'une alimentation très réduite, Mx est encore retombée à 16, Mn à 10, le pouls à 68. Quelques jours plus tard, le 9 juin, le malade, qui s'alimente beaucoup mieux, commence une période d'excitation légère, arrache les boutons de ses vêtements, devient turbulent pendant la nuit et Mx atteint 23, Mn : 11, le pouls reste à 68.

Chez ce malade, les variations de la pression paraissent avoir été surtout influencées par les modifications de son activité ou de son état général. La tension minima qui a peu varié tout en restant au-dessus de la moyenne est sans doute en rapport avec l'état des vaisseaux d'un homme de 63 ans. Le nombre élevé des pulsations coïncidant avec de fortes pressions maxima a provoqué un véritable surmenage de myocarde et, depuis environ un mois, nous avons pu constater de l'arythmie et des intermittences qui n'existaient pas auparavant.

Chez notre troisième malade, H... René, nous avons observé la même discordance entre les variations de l'humeur et celles de la tension sanguine. H... est un paralytique général dont l'état émotif se transforme complètement d'un jour à l'autre. On le voit successivement gai, triste, indifférent, anxieux, déprimé, ou

euphorique. Sa courbe de tension subit également de grandes oscillations parallèles pour Mx et Mn, mais les pressions fortes correspondent aussi bien à des phases d'euphorie qu'à des crises d'anxiété.

Toutefois plusieurs ascensions de la courbe coïncident avec des périodes d'anxiété, mais il faut remarquer que cette anxiété a toujours été accompagnée d'agitation motrice : le malade réclame la camisole et, soulevé à demi sur son lit, conserve pendant plusieurs heures une attitude extrêmement fatigante. A ce moment, l'hypertension est accompagnée d'une accélération du pouls qui atteint jusqu'à 116 pulsations à la minute. Cette dérogation à la loi de Marey que nous avons constatée fréquemment dans l'anxiété ne peut être durable : le muscle cardiaque supporte l'effort plus ou moins longtemps, suivant les sujets, et l'état de fatigue se traduit par une chute brusque de la pression. C'est ainsi, par exemple, que, le 24 mai, notre malade présente de l'agitation anxieuse : la Mx atteint 18, la Mn 12, le pouls 116 ; le lendemain, au contraire, il est en état de mutisme et d'inertie : la Mx est tombée à 11, la Mn à 9 et le pouls bat à 60 pulsations à la minute. Le 29, même état de l'humeur, mais la pression s'est stabilisée et l'on obtient les chiffres suivants : Mx = 16 ; Mn = 11 ; Pouls = 68.

C'est ainsi que, chez ce malade, à humeur extrêmement variable, les influences réciproques de l'agitation et de la pression nous ont paru particulièrement intéressantes.

Ces trois observations ont été choisies parmi plusieurs autres qui toutes nous ont amenés à la même conclusion : *il n'y a pas de rapport constant entre l'anxiété et l'hypertension :* ces deux phénomènes paraissent indépendants l'un de l'autre.

Toutefois, nous devons reconnaître que la coexistence de l'anxiété et de l'hypertension est fréquente et c'est ce qui a pu inciter de nombreux auteurs à faire de l'une la cause ou la conséquence de l'autre ; mais, si l'on recherche soigneusement les tares organiques susceptibles de provoquer de l'hypertension et si l'on s'astreint à

©BIUM

répéter fréquemment chez un même sujet la détermination de la pression artérielle, on finit par s'apercevoir que l'hypertension de nombreux anxieux est due à toute autre cause que leur anxiété.

En effet, les observations d'hypertendus anxieux concernent généralement des sujets âgés. Dans la plupart des autres cas, il paraît difficile de ne pas attribuer à l'*agitation* une part importante dans les variations de la pression artérielle alors que les expériences de physiologie indiquent l'augmentation de la pression sous l'influence de l'effort musculaire. Dans une thèse récente (1), P. Léger étudie la chute de la pression qui suit l'hypertension provoquée par les exercices de gymnastique suédoise et, d'accord avec Pachon (2), considère la chute secondaire et progressive de Mx comme traduisant le fléchissement cardiaque : « Son début marque le moment où l'individu cesse d'être entraîné, constituant à ce titre le signal d'alarme qui doit imposer la fin de l'exercice. »

Quelle que soit l'importance de l'état émotionnel, la réaction motrice qui l'accompagne se prolonge plus ou moins, suivant l'état de résistance de l'organisme et nous avons trouvé bien souvent des abaissements de la tension qui traduisaient la fatigue du myocarde. On comprend que les divers examens pratiqués à différents moments aient pu donner, suivant les auteurs, des résultats aussi variés, quelquefois même contradictoires, ainsi que nous avons pu le constater au cours de nos recherches bibliographiques. Sydney Clarke (3) résume son opinion en déclarant qu'il n'existe aucun rapport défini entre la pression du sang et les diverses formes psychiques. C'est également l'avis de J. Lépine de Lyon (4) (cité dans la thèse de Mercier). « La tension

---

(1) *Contribution à l'étude du critère oscillométrique considéré comme critère d'entraînement en éducation physique.* — P. LÉGER. Thèse, Bordeaux, 1914.

(2) V. PACHON. — C. R., *Société de Biologie*, 1910.

(3) *Pression artérielle dans les maladies mentales.* — Sydney CLARKE. *Journal of mental science*, janvier 1910. *R. N.*, 1911, II, p. 120.

(4) MERCIER. — Th., Lyon, 1906.

artérielle correspond à un état organique et non à telle ou telle maladie de l'esprit. »

En résumé, ces observations nous ont paru intéressantes par la variété des états émotionnels correspondant à des valeurs extrêmement différentes et inégales de la pression artérielle.

L'agitation motrice nous paraît mériter une importance toute particulière dans l'élévation de la pression qué l'on rencontre chez les malades anxieux.

L'anxiété ne nous semble pas devoir être considérée comme une cause ni comme une conséquence de l'hypertension artérielle.

L'anxiété et les troubles de la pression ne seraient-ils pas plutôt des conséquences simultanées de perturbations dans le fonctionnement du *Sympathique ?*

Il semble, en effet, d'après des recherches récentes, que des filets du Sympathique cranien ou pelvien soient susceptibles de déterminer de l'hypotension, tandis que l'excitation du Sympathique thoraco-abdominal s'accompagne d'une pression au-dessus de la normale avec accélération du rythme cardiaque.

On peut donc supposer que certaines variations de la pression feraient partie de *syndromes d'excitation élective du Sympathique,* excitation commandée le plus souvent par des *troubles endocriniens.* La vérification de cette hypothèse serait d'autant plus intéressante qu'elle permettrait peut-être d'expliquer la pathogénie de l'anxiété et peut-être aussi d'en déduire certaines indications thérapeutiques.

Nous avons déjà fait quelques recherches dans cette voie et nous nous proposons de vous en communiquer les résultats ultérieurement.

Discussion

M. Legrain. — Je tiens à faire remarquer les points de contact de cette communication avec la précédente. J'ai poursuivi des recherches identiques : je n'ai pas constaté de parallélisme entre l'anxiété et l'hypertension, mais très souvent il y a hypertension dans

©BIUM

l'anxiété. Peut-être ces modifications ont-elles une origine toxique.

M. DUPRÉ. — Il convient de ne parler qu'avec réserve de phénomènes toxiques si l'on ne peut pas dire de quel poison il s'agit. La théorie de Bouchard a suscité des travaux importants et cependant les auto-intoxications restent difficiles à préciser. Cette imprécision ne fait qu'augmenter si l'on y ajoute le rôle du Sympathique et des glandes endocrines : le champ des hypothèses s'élargit un peu trop.

Quant à l'hypertension elle-même, rien de plus variable ; à quelques mois de distance ou même dans le courant de la journée il y a des différences énormes. Comme l'émotif est aussi très instable, on trouve chez lui des oscillations considérables et parfois inexplicables.

M. TOULOUSE. — J'ai une certaine pratique de ces expériences. Les variations de la tension n'ont rien de spécifique au point de vue qualitatif : que l'émotion soit agréable ou pénible, le résultat peut être le même au point de vue quantitatif, le seul appréciable. Il en est d'ailleurs de même pour les variations du rythme respiratoire. Ce qu'il faut rechercher, ce n'est point un rapport entre la tension artérielle et un syndrome mental donné, mais un rapport entre cette tension et un état affectif actuel, immédiat, souvent très fugitif ; bref, il faut noter l'état psychique, la surprise, par exemple, ou tout autre émotion, au moment même de l'expérience. Dans ce but, il sera utile de chercher en même temps le réflexe psycho-galvanique, révélateur des modifications affectives transitoires.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des séances :
René CHARPENTIER. J. CAPGRAS

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

LE FILLIATRE, **Précis de Rachianesthésie générale** (Paris, Le François, 1921).

Après une période d'engouement suivie à son tour d'un oubli excessif, après quelques accidents redoutables survenus à l'époque où la technique était encore imparfaite, la rachianesthésie générale s'affirme chaque jour comme un procédé de plus en plus sûr, efficace et précieux pour le chirurgien. Mais le public médical connaît encore insuffisamment les indications, la technique, le choix de l'anesthésique, qui en font un procédé sans danger à condition de ne pas le laisser aux mains d'aides inexpérimentés. C'est cette lacune que vient combler l'excellent Précis de Le Filliâtre, qui apporte le résultat de 15 ans de recherches patientes.

Sa méthode est caractérisée : 1° par l'*évacuation préventive* de 30 cm³ de Liquide C.-R., destinée à supprimer l'hypertension, cause principale des accidents immédiats et tardifs (céphalées, hyperthermie, troubles circulatoires et respiratoires, vomissements, paralysies, etc.) ; 2° par le *barbotage*, qui permet, par le brassage de l'anesthésique dans le liquide C.-R., d'obtenir une imprégnation rapide et complète des centres nerveux et d'opérer jusque sur la cornée : 3° par l'emploi de la *cocaïne chimiquement pure*, de préférence à la stovaïne, paralysante et dangereuse et à la novocaïne qui ne diffuse pas et ne reste indiquée que pour les opérations sur les membres inférieurs ; 4° par l'injection préventive d' « *hyperthésine* », contenant de la scopolamine, de la morphine, de la strychnine, de la sparteïne, grâce à laquelle tous les accidents de shok (opératoire et psychique) sont supprimés.

Avec cette méthode la *durée* de l'analgésie dépend de la dose injectée, mais la *hauteur* de la zone analgésiée dépend uniquement de la quantité de liquide préalablement évacué, et du barbotage. L'anesthésie bulbaire n'est pas à

©BIUM

craindre, et l'on n'a pas de cas de syncope ni de mort à déplorer.

Le Précis de Le Filliâtre contient, avec un grand nombre de figures très claires, tous les renseignements pratiques et techniques utiles, qui en font un *vade-mecum* précieux. L. P.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

G.-R. Lafora, **Progrès récents dans le traitement intra-rachidien de la neurosyphilis.** *Archivos de neurobiologia,* Madrid, mars 1921.

Lafora passe en revue les résultats obtenus par ses propres travaux et par ceux des autres expérimentateurs, Français, Espagnols, Américains, Allemands : Tinel, Sicard, Paulian, Martens et Mac Arthur, Marbat, Gennerich, etc., etc...

Il ramène à quatre les objections contre la méthode de traitement intra-rachidien, et les réfute aussitôt : 1° les améliorations obtenues par cette méthode sont les mêmes que par voie intra-musculaire ou intra-veineuse ; il s'en faut, répond Lafora : on s'est adressé à cette méthode à cause de l'échec total ou partiel fréquent de ces devancières et l'on a obtenu des succès plus nombreux. 2° Contrairement aux affirmations des adversaires de la méthode, les médicaments anti-syphilitiques injectés ont une réelle efficacité locale. 3° Les expériences de l'auteur et de quelques autres permettent d'affirmer qu'il existe réellement des courants de liquide céphalo-rachidien, qui peuvent entraîner des colorants et même des poudres inertes depuis le cul-de-sac lombaire d'abord jusqu'à la base puis jusqu'à la convexité du cerveau et même dans les ventricules latéraux. 4° Enfin il n'est pas exact comme on l'a prétendu que le traitement intra-rachidien soit dangereux, à condition toutefois d'user de prudence et d'avoir une connaissance diagnostique exacte de l'affection.

A ce propos l'auteur insiste sur les perfectionnements récents apportés à la technique de la thérapeutique intra-rachidienne.

Il est entendu, dit-il aussi, qu'il n'est question que de

©BIUM

guérisons cliniques, ou de rémissions et non de guérisons définitives.

Louis PARANT.

J. SANCHIS-BANÚS, **Etat actuel de la question de l'Epilepsie** (*Archives de Médecine, Chir. et Spéc.*), Madrid, mars 1921).

Après un rapide historique des conceptions des différentes époques sur la nature de l'Epilepsie, l'auteur expose les trois théories pathogéniques contemporaines, qui toutes, du reste, tendent à ne plus distinguer l'épilepsie dite essentielle des diverses épilepsies symptomatiques : théorie anatomo-pathologique de Chaslin, d'Alzheimer, de Vogt (scléroses névrogliques), — la théorie psychologique de Pierre Clark (troubles essentiels et primitifs du caractère, précédant toute manifestation convulsive ou autre), — enfin la théorie endocrino-sympathique, qui s'appuie sur l'observation, chaque jour plus approfondie, des modifications humorales, des troubles endocriniens, des phénomènes anaphylactiques dans l'épilepsie (Max de Crinis, H. Fisher, etc.).

Louis PARANT.

La Maladie de Wilson, leçon professée par le Dr S. A. K. Wilson, médecin du Queen Square Hospital, de Londres.

Le 6 juin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, devant un très nombreux auditoire, avait lieu la première des conférences neurologiques organisées sous la direction du Professeur Pierre Marie, et où des sujets d'actualité sont traités par les auteurs qui se consacrent particulièrement à leur étude.

Le Dr S. A. K. Wilson avait bien voulu venir exposer lui-même au public français les données les plus récentes sur la *dégénérescence lenticulaire progressive*, à laquelle son nom restera attaché.

Avec une connaissance parfaite de notre langue, et une grande maîtrise, il fit un tableau très clair de cette affection, qu'il illustra de nombreuses photographies de malades et de pièces anatomiques.

On sait, depuis les études de Lhermitte (1), que « cette affection, qui débute entre 12 et 22 ans, se caractérise avant

(1) LHERMITTE. — *Les syndromes physio-pathologiques du corps strié. Paris-Médical*, 20 octobre 1920, p. 247.

©BIUM

tout par des symptômes d'ordre moteur : hypertonie généralisée, spasmes musculaires, tremblement à type parkinsonnien, mouvements involontaires ressemblant soit à la chorée, soit à l'athétose, asthénie, dysphagie, dysarthrie, crises de pleurs et de rire spasmodiques. Mais ce qui frappe par-dessus tout c'est *la perte des mouvements d'automatisme élémentaire* » (1). La rigidité des membres et du tronc donne aux malades un aspect soudé. Pas de troubles sensitifs. Au point de vue mental, une émotivité variable, peu d'affaiblissement intellectuel, mais un certain rétrécissement du champ de la conscience. Enfin, coïncidence curieuse, une cirrhose particulière du foie et parfois même de l'hypertrophie de la rate.

Mais le Dr Wilson a apporté dans sa conférence des données nouvelles d'un grand intérêt.

On ne connaisssait guère encore que des cas aigus évoluant en 2-6 mois, ou subaigus évoluant en 3-4 ans.

Il rapporte deux cas nouveaux dont l'un a duré 12 ans ayant débuté à l'âge de 14 ans par une dysarthrie particulière ; puis, deux ans plus tard, apparurent des troubles de la marche, puis successivement de la sialorrhée, la bouche restant ouverte, des tremblements des doigts et de la main. des contractions des muscles de la face lorsque le malade faisait effort pour parler, une parole explosive, du tremblement intentionnel. Chez l'autre malade, les premiers phénomènes ont apparu à l'âge de 28 ans, à la suite d'un ictère, et cette malade vit encore, malgré l'évolution progressive de l'affection.

De belles photographies mettaient en évidence le facies, toujours souriant, un peu niais, où les yeux cependant conservent un regard intelligent ; les contractures des membres, obligeant les malades à marcher sur la pointe des pieds ; l'écriture, où le dessin des lettres est altéré par une vibration très accentuée de la main.

La contracture de la main est caractéristique, différente de celle de l'hémiplégie, et de celle de la maladie de Parkinson : le pouce n'est pas fléchi et s'allonge en dehors des autres doigts repliés. Le tremblement est continuel.

L'attitude des bras est également caractéristique des dégénérescences lenticulaires progressives : ils sont allongés le long du corps, contracturés en pronation, la face palmaire tournée en dehors.

La cirrhose hépatique, presque constante, n'est pas tou-

(1) Lhermitte. — *La Médecine*, Février 1921, p. 385.

©BIUM

jours facile à déceler cliniquement. Un jeune malade, dont la photographie fut projetée, présentait une hypertrophie du foie, de l'insuffisance hépatique, décelable par l'épreuve de la lévulose, de l'hypertrophie de la rate, et un certain degré d'ascite.

Etudiant ensuite les lésions anatomo-pathologiques, le Dr Wilson est amené à projeter la pièce du cas historique, qui avait été diagnostiqué sclérose en plaques, mais pour lequel il soupçonna une maladie nouvelle : à l'autopsie il vit une désintégration complète des deux noyaux lenticulaires.

Ces lésions sont constantes, et intéressent par contre rarement le noyau caudé et surtout la couche optique. Elles sont caractérisées par une destruction totale de tous les éléments nerveux, et une prolifération considérable de la névroglie.

Le neurologiste anglais attire tout spécialement l'attention sur deux sortes bien différentes de mouvements involontaires : les tremblements, et les mouvements choréo-athétosiques. Ces derniers, qui sont dus, comme l'on sait, à la lésion du globus pallidus, sont en rapport avec le système *afférent* (cérébello-strié), tandis que le tremblement, provoqué par la destruction du putamen, est en rapport avec le système *efférent* (strio-pédonculaire).

Enfin, s'élevant à des considérations pathogéniques, Wilson repousse l'origine congénitale de cette affection, à laquelle il assigne au contraire une cause toxique ou toxi-infectieuse.

Il s'appuie tout d'abord pour cela sur l'allure clinique des cas aigus, avec fièvre, amaigrissement, lésion du foie.

D'autre part, sur les lésions tout récemment étudiées par Stuart dans l'empoisonnement par le monoxyde de carbone. Sur les microphotographies on voit nettement deux ordres de lésions : les unes siègent dans la partie profonde de l'écorce cérébrale ; les autres montrent que le CO a une affinité particulière pour le noyau lenticulaire, le globus pallidus en particulier, qui est détruit. Deux cas de pellagre, où l'on observe des lésions identiques dans les nerfs périphériques (granulations métachromatiques), viennent encore à l'appui de cette théorie, étant donnée l'origine toxique de la pellagre.

L'exposition très claire, le langage net, concis, et l'heureuse précision des termes, rendaient aisée l'audition du grand neurologiste anglais, qui obtint de son très nombreux public un succès des plus chaleureux.

Louis PARANT.

©BIUM

PSYCHOLOGIE

P. Courbon, **La Réticence.** *Journal de Psychol. norm. et path.*, mars 1921.

Silence volontaire d'un aliéné sur tout ou partie de son délire, la réticence peut être défensive ou expansive. Cette dernière qui a pour but de faire entendre plus que ne le feraient les paroles, s'observe dans la débilité mentale ou l'indolence psychique. Plus importante et plus fréquente la réticence défensive procède soit de la crainte qu'a le sujet de ne pas être compris (réticence critique), soit de son obéissance à ses propres conceptions morbides (réticence délirante). L'une est liée à la survivance relative du jugement qui pousse, par exemple, le malade à taire ses réactions violentes pour ne pas être considéré comme dangereux. L'autre résulte du délire lui-même, C. signale les réticences méfiante, dédaigneuse, superstitieuse, honteuse, mystificatrice, hallucinatoire, métabolique ; il énumère les artifices employés : négations, échappatoires, mensonges, ironie, restriction, rétractation, simulation, colère. La réticence se trahit par nombre de petits signes dont la découverte dépend surtout de la perspicacité de l'observateur, notamment l'inadaptation du langage ou de la mimique aux circonstances et toutes les réactions verbales, graphiques ou mimiques qui échappent à l'attention du malade. On la distinguera du silence involontaire par émotivité ou négativisme ou par insuffisance psychique. — Article intéressant, quoique un peu schématique, et d'une lecture profitable, même après celle de la thèse récente de M. Bouyer sur le même sujet.

J. Capgras

A. Hesnard, **La Folie, pensée organique** *Journal de psychologie normale et pathologique,* mars 1921.

« Les vésanies ne sont pas des maladies de l'esprit. Ce sont des productivités psychiques monstrueuses d'origine organique, des néoformations, des tératomes psychiques. — La maladie générale suscite des tendances anormales, sortes de poussées affectives, désharmoniques, c'est-à-dire en désaccord avec la finalité biologique de l'individu. Au cours du développement de la personnalité, spécialement aux époques climatériques, elles subiront, comme les tendances normales des paroxysmes dans leur élan discordant. Elles se feront alors jour dans la conscience sous forme de psychoses, en

vertu d'une symbolisation qui les revêtira d'un aspect de réalité. Mais, venues du dedans, se développant en dehors du réel, elles n'auront jamais qu'une formule pauvre, primitive. Difficiles à exprimer, elles ressembleront à une pensée des premiers âges égarée dans un cerveau de civilisé. »

W. HOVEN, **Caractère individuel et aliénation mentale.** *Journal de Psychologie normale et pathol.*, mars 1921.

Le caractère de l'individu traduit sa disposition à l'aliénation mentale et détermine la variété de son délire. Il existe notamment un complexus éthologique de la démence précoce et de la psychose maniaque-dépressive. Les prédestinés à D. p. présentent plusieurs traits du caractère suivant : irritable, susceptible, timide, craintif, pusillanime, puéril, sombre, renfermé, taciturne, autiste, farouche, hargneux, misanthrope, insociable, agressif, impratique, incohérent, désordonné, impulsif. Les traits du prédisposé à M. d. sont : impressionnables, consciencieux, minutieux, méticuleux, souvent tendres et doux, gens de cœur et de devoir, anxieux, ordonnés, réguliers, rangés, — ou expansifs, communicatifs, remuants, entreprenants, agités, sensuels.

Il y a plus : on retrouve dans la famille des D. p. et des M. d. le complexus spécifique de la préhistoire de ces deux sortes d'aliénés. En général les atteintes de D. p. ou de M. d. chez les descendants sont en raison directe de l'étendue et de l'intensité de l'imprégnation spécifique de la génération précédente.

J. CAPGRAS.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 Juin 1921

Présidence de M. le Dr TRUELLE

Un employé de chemin de fer paralytique général. — MM. Pactet et Robin présentent un paralytique général qui a été interné à l'occasion d'une crise délirante hallucinatoire d'origine toxique. L'intérêt de cette présentation réside dans le fait que ce paralytique général, employé d'une grande compagnie de chemin de fer et malade depuis plusieurs mois déjà, n'avait été soumis à aucun examen médical et continuait à être chargé de fonctions concernant la sécurité des voyageurs. Il conviendrait de persuader les Compagnies de chemin de fer que l'intégrité mentale n'est pas moins indispensable chez leurs agents que l'intégrité de la vision ou de l'audition.

Erotomanie atypique, par le Dr de Clérambault. — Homme de 34 ans, ajusteur mécanicien. Objet du Délire Erotomaniaque : sa propre femme, dont il est divorcé depuis un an. Conviction absolue de ce qu'elle l'aime, de ce qu'il est encore tout-puissant sur elle, de ce qu'il la reprendra quand et comme il voudra. Constamment les paroles de la femme démentent sa conduite, ou bien ses regards démentent ses paroles. Quinze jours ou six mois après qu'elle sera remariée, elle deviendra sa maîtresse, et, satisfait dans son orgueil, après quinze jours il la renverra. Le second mari sera riche, et lui remettra de l'argent qu'il gaspillera. Réactions persécutrices envers la femme et ses beaux-parents. Jalousie intermittente.

Le cas ressortit à l'Erotomanie d'abord par l'objet, car il s'agit bien d'un Délire ambitieux à Thème Sexuel, non diffus, mais polarisé (définition, pour nous, de l'Erotomanie) ensuite par l'Idéation Spécifique de l'Erotomanie qui se retrouve là presque au complet : Postulat Fondamental (être aimé le premier) ; Idées Secondaire (être nécessaire à l'objet, conduite paradoxale de l'objet, soumission de l objet aux volontés d'autrui, etc.) ; négation intermittente de la valabilité de l'Etat Civil (ici divorce et non mariage ; certitude passionnelle ; convictions spontanées bien plutôt qu'in-

©BIUM

terprétations ; interprétations contre des tiers rares et limitées au domaine de la revendication amoureuse ; mélange d'amour et de haine ; hypersthénie foncière, réactions persécutrices ou plutôt revendicatrices.

Le cas actuel met bien en lumière l'élément Orgueil du Syndrome Erotomaniaque que l'auteur a déjà montré être prédominant (définition de l'Erotomanie : Orgueil, Amour, Espoir).

Anomalies du cas actuel : égalité sociale du sujet et de l'objet fait d'une possession antérieure ; absence, au moins intermittente, de jalousie.

Ces données laissent intacts les mécanismes fondamentaux. Le passage d'emblée au Stade de Dépit est le résultat des circonstances. Le Dépit Erotomaniaque inspire des propos méprisants et refoule, mais sans la supprimer, la jalousie. L'objet, bien que né sur le même rang social, flatte l'orgueil du sujet (grâces réelles, affinement général, parentés et fréquentations plus élevées) ; le sujet sent nettement ses infériorités ; l'esprit de la règle, sinon la formule de la règle, est respecté. L'auteur a déjà démontré que le Platonisme n'est pas dans l'Erotomanie un élément nécessaire, ni même important. L'illusion orgueilleuse contenue dans le Postulat est le seul élément essentiel.

Ce cas doit être classé dans l'Erotomanie, mais parmi les cas les plus atypiques, et à côté des Délires de Revendication. De toutes façons c'est un Délire Passionnel.

L'Auteur pose le premier cette question théorique : existe-t-il des Délires Erotomaniaques Purs, ou bien le Syndrome Erotomaniaque serait-il constamment le prélude d'un Délire Polymorphe à Prédominance Ambitieuse ? Les cas de Délire Erotomaniaques restant indéfiniment purs et autonomes lui semblent être au moins très rares.

Deux cas de tumeur cérébrale avec autopsie. — *Présentation de pièces.* — M. Leroy présente les observations avec autopsie de deux malades atteintes de tumeur cérébrale. La première était une femme, héréditaire, normale jusqu'à 25 ans qui, à cette époque, après la naissance de son second enfant, présente de l'aménorrhée, en même temps que s'installent la céphalée et une amblyopie progressive aboutissant en 4 ans à la cécité complète. L'examen opthalmologique avait fait poser, dès la seconde année, le diagnostic de tumeur cérébrale au niveau du chiasma. Puis surviennent la somnolence, une asthénie intense, du gâtisme et un délire de persécutions interprétatif et imaginatif avec hallucinations auditives et tactiles, sans

©BIUM

hallucinations visuelles. L'autopsie montre une grosse tumeur cérébrale, hypophyse en bouillie, selle turcique considérablement élargie et aplatie.

La deuxième malade était une jeune fille qui, dès l'enfance, souffre de la tête et a toujours eu des troubles du caractère (méchanceté, contradiction, irritabilité). Les règles apparues à 15 ans cessent complètement à 18, alors que la céphalée devient brusquement terrible, somnolence, exophtalmie unilatérale, brouillards devant les yeux, sans diminution de la vue, aucun trouble délirant. A l'autopsie, tumeur hypophysaire (épithélioma atypique).

Chez ces deux malades, les symptômes cardinaux furent céphalée et aménorrhée ; pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes, pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien ; ni sucre, ni albumine, hypotension artérielle, pas de confusion mentale. Au début, chez les deux malades, le médecin traitant avait pensé à des troubles de l'ovaire. Le diagnostic de tumeur cérébrale fait pour la première par l'examen des yeux était resté douteux pour la seconde.

Rupture pulmonaire, emphysème sous-cutané foudroyant. — *Présentation de pièces.* — M. le Dr LEGRAIN (Villejuif) présente un cas d'emphysème sous-cutané suivi de mort en quelques heures et survenu chez une vieille femme de 83 ans à la suite d'une chute. L'intérêt de ce cas réside dans ce fait que la rupture pulmonaire n'avait aucune communication avec le foyer d'une triple fracture de côte survenue au cours de cette chute. Il y avait une minuscule rupture siégeant tout près du hile dans le médiastin postérieur. La mort fut la conséquence d'une compression progressive du cœur.

Maladie de Recklinghausen et troubles mentaux. — *Présentation de photographies,* par M. NAUDASCHER. — Il s'agit d'un homme de 35 ans atteint de neuro-fibromatose généralisée chez lequel un délire accompagné d'hallucinations visuelles et auditives ne paraît pas en rapport avec la maladie familiale. Sur neuf personnes composant la famille, six ont présenté les symptômes de la maladie de Recklinghausen.

L'auteur, faisant remarquer la rareté de la neuro-fibromatose chez les aliénés, l'absence de signes psychiques fréquemment signalée et la constatation de tumeurs fibreuses qui ont évolué insidieusement à l'intérieur du crâne croit pouvoir en conclure que les troubles mentaux décrits habi-

tuellement seraient plutôt en rapport avec des localisations cérébrales tandis que les autres troubles mentaux seraient des conséquences de la dégénérescence mentale qui accompagne la dégénérescence physique occasionnée par la neuro-fibromatose, maladie si fréquemment héréditaire et familiale.

Aptitudes artistiques développées chez une délirante à l'occasion de son délire, par M. NAUDASCHER. — Une malade de 39 ans, atteinte de délire de persécution et de grandeur avec hallucinations et interprétations délirantes est arrivée, sous l'influence de son délire, à reproduire avec une très grande perfection des modèles de peinture très difficiles pour prouver qu'elle est d'origine illustre et confondre une rivale.

Malgré un délire très actif ayant duré onze années, la malade ne paraît pas encore présenter d'affaiblissement intellectuel.

©BIUM

VARIÉTÉS

PUBLICATION AU *JOURNAL OFFICIEL* DES VACANCES DES POSTES DE MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS

Suppression de l'Adjuvat

Circulaire Ministérielle

Paris, le 20 juillet 1921.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à Messieurs les Préfets.

J'ai l'honneur de vous informer que, pour permettre aux médecins des asiles publics d'aliénés qui sollicitent des changements de résidence de poser, en temps utile, leurs candidatures aux postes qu'ils désirent occuper, j'ai décidé de publier au *Journal officiel* les postes vacants au fur et à mesure qu'ils deviendront disponibles. Les vacances seront également signalées aux journaux médicaux les plus répandus parmi les médecins aliénistes. De votre côté, au moment où seront établies les notices annuelles des médecins des asiles situés dans votre département, vous inviterez ces praticiens à vous indiquer — et vous me ferez connaître — les postes auxquels chacun d'eux désirerait être appelé de préférence.

Je me propose de porter toutes les indications ainsi recueillies à la connaissance d'une Commission spéciale chargée de l'examen des candidatures. Cette Commission, présidée par le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques et composée à la fois de délégués élus des médecins des asiles et de représentants de l'administration dans des conditions qui seront déterminées ultérieurement, serait chargée d'émettre un avis sur le degré de mérite technique des divers compétiteurs à un même poste.

En notifiant ces décisions au personnel médical du ou des asiles de votre département, je vous serais obligé de lui faire connaître que la Commission spéciale des asiles s'est, dans une récente réunion, prononcée en faveur de la suppression pure et simple de l'adjuvat, suppression demandée à l'unanimité par la dernière assemblée générale de l'Amicale des médecins des asiles. Avant d'entrer dans cette voie et de prendre une décision définitive sur une réforme de cette importance, j'estime qu'il convient d'étudier et d'arrêter des modalités paraissant les plus propres, dans le nouvel état de choses, à sauvegarder les règles de la discipline, en évitant notamment tout conflit d'attributions

©BIUM

entre les médecins d'un même asile. Cette étude va être confiée à une sous-commission qui aura à envisager les modifications à apporter sur votre proposition, au règlement intérieur de l'asile de votre département, si plusieurs médecins y sont attachés, en vue d'effectuer une répartition des services entre chacun d'eux. A cet effet, vous voudrez bien prendre toutes dispositions pour m'adresser, dans le plus bref délai et en tout état de cause, avant le 15 août, toutes suggestions utiles au sujet de la répartition dont il s'agit. Il va de soi que vous aurez, au préalable, à prendre, à cet égard, tous avis qui vous paraîtraient indispensables, notamment ceux des intéressés.

Le Ministre,
Signé : G. LEREDU.

Conformément à cette circulaire, le *Journal officiel* du 23 juillet 1921 publiait l'avis de vacance ci-après (p. 8541) :

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales

Les directeurs-médecins et médecins en chef des asiles publics d'aliénés sont informés que le poste de directeur médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) sera vacant à partir du 1er août 1921.

Un poste de médecin adjoint est vacant à Fains (Meuse).

Nous sommes heureux de voir se réaliser une amélioration que nous n'avons cessé de réclamer. La publicité des vacances de postes est une mesure équitable qui mettra fin à un état d'anarchie ou de bon plaisir qui n'a que trop duré.

Quelques jours après que l'*Officiel* eut enregistré ces publications, nous recevions du Ministère la lettre suivante :

Asiles publics d'aliénés. — Postes vacants

Paris, le 2 août 1921.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à Monsieur le Docteur Colin, Directeur des « Annales médico-psychologiques », 26, rue Vauquelin, Paris, Ve.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que les postes suivants sont actuellement vacants dans les Asiles publics d'aliénés.

Saint-Dizier : Directeur Médecin.

Ainay-le-Château et Fains : Médecin adjoint.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien, par une insertion dans les « Annales médico-psychologiques », por-

©BIUM

ter cette information à la connaissance du corps médical des asiles.

Pour le Ministre :
Conseiller d'Etat, Directeur,
DESMARS.

Nous remercions bien vivement M. le Ministre de l'Hygiène et le très distingué Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, M. Desmars, de leur communication qui nous permet de renouer dans les *Annales* une tradition trop longtemps interrompue.

Internat du personnel. — *Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales à Messieurs les Préfets.* — Il arrive fréquemment que des règlements du service intérieur des asiles publics d'aliénés sont soumis à mon approbation qui rendent l'internat obligatoire pour tout le personnel secondaire et subalterne.

Or, cette mesure va à l'encontre des tendances générales de mon administration qui favorise la constitution des familles nombreuses et la création de familles nouvelles.

Dans cet ordre d'idées, l'externat devrait être autorisé en faveur des pères et des mères de famille.

En outre, dans tout règlement soumis à mon approbation, il y aura lieu d'incorporer directement, à l'avenir, les indemnités spéciales accordées aux fonctionnaires pour charges de famille, ainsi que des bonifications d'avancement à l'ancienneté, variables suivant le nombre des enfants, ainsi qu'il en existe dans les statuts du personnel du Ministère de l'Hygiène, parus au *J.-O.* du 14 juillet 1920.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire et veiller à l'exécution de ses prescriptions.

10 janvier 1921.

Signé : J.-L. BRETON.

Infirmières et infirmiers d'asiles. — *Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales à Messieurs les Préfets.* — Au cours de sa séance du 14 septembre 1920, la 4e Section du Conseil de l'Assistance Publique a étudié un projet de Statuts pour les infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés et a adopté, concernant le statut, les conclusions suivantes du rapport établi à ce sujet par M. le Dr Marie :

. . . . . .

« Les conditions d'existence matérielles du petit per-
« sonnel devront être l'objet d'un règlement assurant un
« minimum d'hygiène, de confort et de salaire avec pré-

©BIUM

« voyance obligatoire par l'assurance accidents et mala-
« dies.

« On doit viser à réaliser dans la mesure du possible le
« milieu familial approprié à la cure des maladies men-
« tales.

« Un service de retraite ou reposance sera fondé unifo:-
« mément sur le rattachement financier à la Caisse Natio-
« nale des Retraites pour la vieillesse. Il doit permettre le
« passage d'un établissement à un autre. »

Je vous prie de vouloir bien me faire connaître le plus promptement possible et au plus tard le 31 juillet prochain, les mesures que vous proposerez de prendre pour réaliser le vœu du Conseil Supérieur ou de m'indiquer par article les raisons pour lesquelles il ne vous semblerait pas possible d'y donner suite immédiatement.

J'attacherais du prix à avoir votre avis sur la question de la reposance et sur la possibilité de la régler dans le sens indiqué par le Conseil Supérieur.

Pour le Ministre :
Le Conseiller d'Etat, Directeur,
DESMARS.

16 juillet 1921.

CONSEIL MUNICIPAL

SUBVENTION A LA LIGUE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALES

M. le Dr CALMELS, au nom de la cinquième commission. — Messieurs, je vous propose d'allouer à la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales une subvention de 5.000 francs.

Cette œuvre, très intéressante, se propose comme but principal de préparer l'organisation d'un mode d'assistance pratique pour les malades atteints de légers troubles mentaux, n'exigeant pas l'internement, et auxquels le régime des asiles d'aliénés, établi par la loi de 1838, ne peut s'appliquer.

La catégorie de malades appelés à bénéficier de son initiative est particulièrement nombreuse depuis la guerre, et des plus intéressantes, car elle est constituée en majeure partie par des blessés de guerre, surtout des blessés du crâne et des commotionnés qui, rendus à la vie civile et laissés sans direction, sont souvent incapables de se réadapter à la vie sociale, et dont les troubles mentaux, négligés, peuvent s'aggraver rapidement et devenir incurables.

Elle se propose de les traiter au moyen de dispensaires et de services ouverts, créés dans les asiles et grâce auxquels le contact avec les aliénés chroniques sera évité à ses

©BIUM

protégés. Entrée et sortie seraient effectuées sans certificat d'internement, sur simple bulletin d'admission signé du médecin chargé du service.

Le Conseil général, en raison de l'intérêt qui s'attache au but poursuivi par la ligue et des garanties que présentent ses membres, lui a attribué une subvention de 5.000 francs.

Il semble qu'elle mérite les encouragements du Conseil municipal.

C'est pourquoi nous vous proposons de lui allouer la même subvention.

Adopté (1920, p. 1705). (Séance du 13 juillet 1921).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

(Asile Ste-Anne)

A la suite du dernier concours ont été nommés chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs HEUYER et GOURIOU.

Chefs de clinique adjoints : MM. les docteur BROUSSEAU et CEILLIER.

UNIVERSITÉ DE ROME

M. le professeur SANCTE DE SANCTIS est nommé à la chaire de psychiatrie devenue vacante par suite du décès de M. le professeur TAMBURINI.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.695

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le Service d'Anthropologie Pénitentiaire Belge

Parmi les problèmes sociaux importants qu'il appartient aux médecins-aliénistes de résoudre, celui de l'organisation pénitentiaire moderne semble s'imposer à l'heure actuelle tout spécialement à leur attention. Il n'est pas sans intérêt, croyons-nous, de faire à ce point de vue un exposé des réformes qui ont été réalisées en Belgique dans ces derniers temps, sous l'impulsion énergique de M. Vandervelde, Ministre de la Justice.

Voici en quels termes, le 30 mai 1920, il pré-

©BIUM

cisait dans son rapport au roi la portée du service anthropologique pénitentiaire :

« Le but assigné par la science moderne à tout système pénitentiaire n'est pas seulement la défense sociale, mais aussi, et avant tout, d'assurer la rééducation et la réadaptation sociale du délinquant.



« C'est de cette considération que s'inspirent les règlements de nos prisons, mais les moyens de moralisation qu'ils prescrivent sont, trop souvent, frappés de stérilité, à défaut d'une sélection méthodique des détenus.

« Le traitement pénitentiaire ne peut produire des résultats utiles que s'il est approprié à la constitution physique et psychique de chaque délinquant, et la condition préalable d'une telle individualisation est un classement systématique des condamnés qui fasse notamment, parmi eux, le départ des normaux et des anormaux.

« Le service médical spécial, dont la création est l'objet de l'arrêté que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de Votre Majesté, aura pour mission d'opérer ce classement en procédant à un examen anthropologique des condamnés dès leur entrée en prison. »

Avant d'examiner la façon magistrale dont ce vaste programme, exposé en ces quelques lignes, a été réalisé par le Comité Directeur du service Anthropologique des Prisons, il est intéressant de rappeler brièvement l'historique de cet organisme à portée à la fois scientifique et pratique, dont vient d'être doté notre pays.

©BIUM

Depuis sa fondation, la société d'Anthropologie de Bruxelles, groupant l'élite des aliénistes, juristes et hommes de sciences, avait accueilli avec le plus vif intérêt les communications de ses membres se rapportant à l'Anthropologie Criminelle et qui, dès cette époque, s'attachaient à faire ressortir sur quels principes empiriques était basé le traitement des prisonniers. Nous manquerions au plus élémentaire des devoirs si nous omettions de dire ici que dès 1882, l'éminent professeur Paul Heger, insistait sur la nécessité impérieuse de créer des cliniques criminologiques et sur l'intérêt capital que pouvaient présenter au double point de vue social et scientifique les recherches sur les caractères physiques, moraux et sociaux des délinquants, effectuées dans les prisons d'une façon systématique. En 1907 M. Renkin, Ministre de la Justice, désireux de montrer l'intérêt qu'il portait aux questions criminologiques, créa officiellement le premier laboratoire d'Anthropologie à Forest (faubourg de Bruxelles), et en confia la direction à M. le Dr Vervaeck.

A l'heure actuelle, neuf instituts semblables fonctionnent dans les principales prisons du pays. Ils sont installés dans de vastes locaux parfaitement éclairés et aérés et pourvus de tout le matériel scientifique nécessaire de sorte que les différents examens auxquels sont soumis les détenus peuvent se faire avec le maximum de précision. Chaque laboratoire est dirigé suivant son importance par un ou deux médecins alié-

©BIUM

nistes de carrière, disposant d'un personnel subalterne : un employé et des surveillants ; ceux-ci sont chargés des écritures, des mensurations et des enquêtes sociales à faire dans le milieu familial et scolaire des délinquants. De la sorte, le médecin directeur peut consacrer le maximum de son temps aux investigations scientifiques pures (1).

A l'effet de faciliter les recherches ultérieures et l'élaboration des statistiques se rapportant à la criminologie, la Direction du Service Anthropologique a arrêté un modèle déterminé d'observation que les médecins attachés aux laboratoires ont à remplir, pour tout délinquant primaire, condamné à une peine minimum de 3 mois et pour tous les récidivistes.

Le schéma de cette observation dont la seule critique qu'on puisse en faire est qu'elle est peut-être trop complète, a été approuvé à la section de Criminologie de l'Institut International d'Anthropologie lors de sa récente session à Liège. L'hérédité, la vie sociale, l'état de santé, les tares morphologiques, l'exploration du système nerveux, le fonctionnement des organes des sens, l'examen mental sont étudiés méthodiquement dans cette fiche, — disons plutôt dossier — qui accompagnera le détenu dans ses

(1) Avant d'entrer en fonctions, le personnel est tenu à faire un stage au laboratoire de Forest où se trouve installé actuellement la direction du Service d'Anthropologie pénitentiaire, confié à M. le Dr Vervaeck.

©BIUM

transferts à l'asile ou en d'autres établissements pénitentiaires. Ainsi chaque médecin qui aura à s'occuper du détenu sera au courant du résultat de toutes les investigations antérieures auxquelles il aura été soumis.

Grâce à ces dossiers, il sera constitué d'ici quelques années, une vaste documentation où chacun, suivant sa spécialisation, trouvera des renseignements précieux, de nature à contribuer à la solution des différents problèmes se rapportant à la criminalité.

Il eût été regrettable que pareille organisation, appelée à rendre de précieux services à la science pénitentiaire, n'ait pas eu une portée pratique.

C'est à quoi M. le professeur Héger-Gilbert et M. le Dr Vervaeck ont consacré tous leurs efforts depuis bien des années et le mémoire documenté qu'il ont présenté en 1919 à l'Académie de Médecine de Belgique, doit être considéré comme la base de l'œuvre qu'ils ont édifiée et dont ils ont le mérite.

Voyons en quoi elle est de nature à intéresser tout spécialement les médecins aliénistes. Tout laboratoire, essentiellement centre d'études, sera complété par une annexe psychiatrique où tous les cas douteux seront mis en observation. Cette annexe permettra ainsi, non seulement d'instituer une thérapeutique rationnelle pour chaque délinquant anormal, mais facilitera énormément la besogne des médecins chargés de l'expertise mentale des détenus, parce que ceux-ci y seront

©BIUM

entourés d'un personnel ayant reçu une formation spéciale (1).

C'est dans l'annexe psychiatrique que se fera le triage des délinquants anormaux : les uns, aliénés proprement dits, seront dirigés vers l'asile ; d'autres reconnus comme simulateurs iront achever leur peine dans un établissement pénitentiaire ; les derniers enfin, groupant la masse énorme des déséquilibrés mentaux, des insuffisants psychiques, des dégénérés à réactions antisociales, seront maintenus en observation et soumis à un régime pénitentiaire en rapport avec leur constitution anthropologique. Grâce à à ces examens l'on pourra conserver dans les sections psychiatriques pénitentiaires la plupart des criminels morbides qui, actuellement, doivent être transférés à l'asile ordinaire d'où ils ne s'évadent que trop souvent et d'où ils peuvent, en tout cas, sortir dès que leur état mental semble amélioré. L'annexe sera donc, comme l'a dit le professeur Héger-Gilbert, « l' Asile dans la prison ».

La question du reclassement social des délinquants a tout particulièrement été étudiée par le Comité de Direction du service Anthropologique.

Ce comité se compose de cinq membres, le Directeur du service d'anthropologie pénitentiaire,

(1) Au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, sur la proposition de M. le Docteur Chavigny, il fut voté un vœu tendant à voir instaurer, à l'instar de ce qui a été réalisé en Belgique, pareil service dans les Infirmeries des Armées de Terre et de Mer.

©BIUM

un médecin spécialisé dans l'étude des questions pénitentiaires, un psychiatre, un haut fonctionnaire du Ministère de la Justice et un technicien scientifique au courant des méthodes de travail. Les détenus ne seront plus astreints désormais à la fabrication des sachets ou filets, travail pénitentiaire tout indiqué pour réduire à néant leurs capacités professionnelles. Non seulement chaque délinquant, reconnu ouvrier qualifié, pourra et devra exercer son métier en prison dans des ateliers (1) aménagés de telle sorte que la promiscuité entre détenus soit impossible, et répondant aux dernières exigences de l'hygiène industrielle, mais les jeunes délinquants sériés, ne possédant pas la moindre notion professionnelle, feront l'objet d'un examen spécial au laboratoire et, suivant leurs préférences, leurs aptitudes, leur instruction, seront dirigés soit vers la prison-école industrielle, soit vers la prison agricole. Dans ces deux établissements, sous la direction de maîtres autorisés, les uns acquerront les premières notions du métier qu'ils pourraient exercer dans la suite, les autres pourront y perfectionner leur éducation professionnelle souvent incomplète. Les détenus seront rémunérés pour leur travail ; le salaire ainsi obtenu sera réparti en plusieurs parts destinées : à diminuer le coût de leur entretien, à indemniser la partie civile lésée, à constituer un

(1) Un vaste atelier de menuiserie vient d'être construit par les détenus eux-mêmes à la Prison de St-Gilles (Faubourg de Bruxelles).

©BIUM

pécule qui sera versé soit à la famille pendant leur détention, soit au condamné à sa libération en attendant son réemploi.

A côté de ces délinquants déjà fort nombreux sur lesquels ne pèse aucune tare pathologique, il en est qui sont malheureusement atteints d'affections telles que tuberculose, syphilis, épilepsie, et qui, de ce fait, nécessitent des soins spéciaux.

A cet effet, il a été créé des établissements pénitentiaires appropriés qui hospitaliseront les prédisposés à la bacillose et les tuberculeux, les délinquants atteints d'une affection vénérienne ou convulsivante, etc.

Nous ne pouvons terminer cette chronique sans dire quelques mots du dernier problème qui préoccupe tout spécialement ceux à qui nous devons la réalisation des réformes pénitentiaires actuelles : l'œuvre post-pénitentiaire.

Depuis la loi sur la libération conditionnelle que nous devons à l'éminent homme d'Etat que fut Jules Lejeune, des Comités de Patronage s'étaient créés ayant pour mission de s'enquérir des conditions sociales et matérielles dans lesquelles allaient se trouver les délinquants appelés à bénéficier d'une mesure de libération anticipée.

Malgré le zèle de ceux qui se sont dévoués à l'aride apostolat pénitentiaire, il arrivait souvent que le délinquant, libéré avant l'expiration de sa peine, en retombant sous l'influence des contingences sociales mauvaises qui une pre-

©BIUM

mière fois l'avaient amené au délit, devait retourner en prison.

Dans ces conditions il était indispensable de réorganiser l'œuvre de reclassement des condamnés. Un projet est à l'étude tendant à associer à ce mouvement les patrons et chefs d'atelier, les ouvriers appartenant aux groupes syndicalistes des différents partis politiques et les personnes désireuses de contribuer dans la mesure de leurs moyens à la réadaptation sociale des délinquants.

Le complément logique de ces profondes transformations du régime pénitentiaire belge est la réforme du régime pénal des délinquants anormaux. Signalons dans cet ordre d'idées qu'une commission consultative du Conseil de législation étudie les possibilités de modifier l'article du Code pénal relatif à la responsabilité, en y introduisant la notion du délinquant anormal, et en envisageant quelles sont les mesures spéciales auxquelles devraient être soumis les aliénés criminels et les récidivistes. Ces travaux s'inspirent des remarquables rapports présentés au VI[e] Congrès de Médecine légale de langue française de Bruxelles par M. Holvoet, procureur du roi, et M. Coirbay, juge d'instruction (1).

En résumé, l'ancien régime pénitentiaire, consistant à enfermer les détenus pendant un temps déterminé dans des cellules où ils étaient

(1) *Annales de Médecine légale et de Police scientifique*, mai 1921.

©BIUM

occupés à des travaux (disons presque puérils) et confondant tous les délinquants dans une même masse — qu'il s'agît de normaux, de déséquilibrés, de dégénérés ou d'insuffisants psychiques — a donc vécu. Désormais, tous ceux que leurs actes antisociaux amèneront dans les établissements pénitentiaires y seront l'objet d'un examen systématique.

D'après les résultats de ces recherches, ils seront sériés, placés dans telle ou telle catégorie, impliquant leur envoi dans l'établissement approprié à leur état. La nouvelle organisation pénitentiaire constituera donc à la fois un centre d'études psychiatriques et anthropologiques, de thérapeutique s'exerçant dans tous les domaines de l'activité organique des délinquants, d'orientation et d'éducation professionnelle, et enfin d'épuration et de défense sociale.

Dr Werner HOEDEMAKERS,
Médecin au Laboratoire d'Anthropologie pénitentiaire, à St-Gilles.

©BIUM

ERNEST DUPRÉ

(1862-1921)

La mort du Professeur Dupré est un nouveau deuil pour la Psychiatrie française, durement éprouvée pendant ces dernières années. Avec Gilbert Ballet et Régis, avec Vigouroux pour lequel il avait tant d'estime, il fut de ceux qui contribuèrent le plus à rattacher étroitement la Psychiatrie à la Médecine Générale, à la faire connaître et aimer des médecins, à en faire non seulement une branche de la Médecine, mais l'aboutissant de toutes nos connaissances médicales. N'enseignait-il pas que les maladies mentales procèdent d'anomalies de la sensibilité générale, d'altérations de la conscience organique, en un mot de vices constitutionnels ou acquis de l'innervation générale. En d'autres termes, ajoutait-il, notre psychologie est faite de notre physiologie, laquelle n'est autre chose que notre anatomie en mouvement.

Interne des Hôpitaux en 1887, docteur en médecine et médaille d'argent de la Faculté en 1891 avec une thèse inaugurale très remarquée sur les « Infections biliaires », professeur agrégé de la Faculté de Médecine en 1898, Dupré fut nommé, en 1899, médecin des Hôpitaux et médecin-inspecteur des Asiles d'Aliénés.

C'est en 1901 que j'eus l'honneur d'être, pour la première fois, l'élève et le collaborateur de ce Maître dont l'influence fut si grande sur tous ceux

©BIUM

qui suivirent son enseignement. Dans ce milieu hospitalier où bien rares étaient alors ceux qui manifestaient de l'intérêt pour les choses de la Psychiatrie, où ce mot même éveillait plus souvent un sourire qu'une curiosité scientifique, Dupré, sur un mode familier, dans de longues causeries enrichies des trésors de sa culture générale et de son érudition médicale, examinait en clinicien minutieux et averti des malades chroniques, étonnés souvent d'être l'objet d'aussi longues considérations. Il mettait en lumière des détails pleins d'intérêt à propos desquels se manifestait la fertilité de son esprit, l'originalité de son jugement, la finesse de son sens critique, son aptitude aux généralisations fécondes.

Il le disait lui-même : rien ne lui paraissait simple, et cette faculté d'apercevoir et de mettre en lumière la complexité des problèmes était une source inépuisable de précieux enseignements.

Plus tard, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, succédant à Paul Garnier, qui fut, avec Magnan et Brouardel, des Maîtres dont il aimait à se dire l'élève, il fit, pendant de longues années, une polyclinique hebdomadaire. Cet enseignement médico-légal était l'illustration clinique des cours théoriques qu'il faisait à Sainte-Anne et à l'Ecole de Droit. Dans une salle trop petite, de nombreux médecins venaient compléter leurs études en suivant son enseignement, se pressant pour l'entendre, ne craignant pas les longues stations dans l'embrasure d'une porte. Dupré savait mieux que tout autre faire défiler devant ces auditeurs inexpérimentés des cas typi-

©BIUM

ques ou exceptionnels et mettre en lumière, en peu de mots, ce qu'il importait de remarquer. Il a formé ainsi toute une génération d'aspirants au diplôme de médecin-légiste auxquels son but était de faire mesurer du regard le vaste domaine de la Psychiatrie, d'enseigner combien grands et nombreux sont les écueils sur cette route que d'aucuns s'imaginent pouvoir parcourir sans autres guides que le bon sens et de solides connaissances médicales. Là encore sa science de la complexité des problèmes posés, la sûreté et la droiture de son jugement, s'alliaient pour l'exposé des faits à une langue précise, sûre d'elle-même, ennemie des banalités et des formules conventionnelles, à un vocabulaire riche en synonymies. Tous ceux qui furent ses collaborateurs savent combien il tenait à l'emploi du mot juste et combien la recherche lui en était facile, même si ce mot faisant défaut, il le devait créer.

D'une activité infatigable, accomplissant sa tâche sans se soucier de l'heure, il menait de front les divers services hospitaliers dont il avait assumé la direction, les nécessités de l'enseignement, l'exercice de la médecine légale, etc. A toutes ces occupations, rendues plus lourdes par les circonstances, il ne craignit pas, pendant la guerre, d'ajouter, en reprenant volontairement du service, sa collaboration au service de Psychiatrie Militaire du Val-de-Grâce, que dirigeait avec tant de compétence M. le Médecin Principal Briand.

Quand, en 1919, Dupré, Membre de l'Académie de Médecine, depuis 1918, fut appelé à succéder à Gilbert Ballet, comme Professeur de Clinique des

©BIUM

Maladies Mentales de la Faculté de Paris, tous se réjouirent de le voir occuper cette chaire dans laquelle il avait déjà professé brillamment à plusieurs reprises, en qualité d'agrégé. La maladie ne lui permit pas de l'occuper longtemps et la mort, interrompant une trop courte carrière, vient de l'arracher à l'affection de tous.

Dupré a abordé avec le même succès les sujets de médecine générale, de neurologie, d'anatomie pathologique, de psychologie pathologique, de médecine légale, de sociologie, de critique historique. Son œuvre, vaste et diverse, porte la marque d'un esprit original et libre, aux idées neuves et justes ; nous essaierons, dans un prochain article, d'en donner un aperçu général.

Suivant son désir, ses obsèques, tout intimes, furent simples comme il le fut lui-même pendant toute sa vie. Sa tombe à peine close, nous avons voulu aujourd'hui souligner ici quelle perte fut pour la Psychiatrie et pour la Médecine française la brièveté de son Professorat. S'associeront à nos regrets tous ceux qui ont pu apprécier la valeur de son enseignement, la finesse de son esprit, le charme de sa compagnie, la douceur de son amitié.

René CHARPENTIER.

©BIUM

LES CONSÉQUENCES DE LA LOI DE RÉFORMES ET PENSIONS DU 31 MARS 1919 DANS LE DOMAINE DES MALADIES MENTALES (1)

PAR LES

Dr Henri COLIN
Médecin en Chef des Asiles de la Seine
Ancien Médecin-Chef de la Section militaire de l'Asile de Villejuif

et

Dr E. MINKOWSKI
Ancien médecin traitant des Salles militaires de Ville-Evrard

Nous avons eu l'occasion de constater à maintes reprises des faits regrettables auxquels donne lieu en médecine mentale l'application de la loi du 31 mars 1919. Nous nous proposons de les exposer ici brièvement et de les signaler de cette façon à l'attention publique.

Pendant les longues années de guerre, les efforts de nombreux psychiatres étaient guidés avant tout par le désir humanitaire de parer aux rigueurs de l'ancienne loi sur les pensions et réformes, loi qui, à mesure que la guerre se prolongeait, devenait de plus en plus incompatible avec les conditions exceptionnelles créées par celle-ci. Ces efforts aboutirent à faire admettre le principe de la réforme 1 pour certaines catégories d'individus atteints de troubles mentaux, qui, auparavant, en raison de la loi en vigueur, semblaient ne pouvoir en bénéficier. Les aliénistes insistèrent également sur la nécessité d'élever dans certains cas les taux des

(1) Deux communications importantes furent faites sur ce sujet à la Société de Médecine légale, la première le 12 juillet 1920 par MM. Colin et Minkowski, la deuxième en décembre 1920 par M. Beaussart. Nous publions dans leur ordre respectif les mémoires qui ont servi de base aux auteurs de ces communications.

©BIUM

pensions admises pour les troubles mentaux, survenus au cours du service, directement imputables à celui-ci ou simplement aggravés par lui. Aujourd'hui, aussi étrange que ceci puisse paraître, un travail tout contraire semble s'imposer ; il devient nécessaire de protester contre la façon mécanique dont s'effectue actuellement, en vertu de la nouvelle loi, la réforme et l'évaluation des taux des pensions des militaires internés ou atteints de troubles mentaux plus légers. La loi du 31 mars 1919 donne lieu à des injustices qu'il est difficile de passer sous silence. Des individus atteints de troubles soit constitutionnels, soit manifestement antérieurs au service, d'autres encore à tendances criminelles, les uns et les autres incorporés à tort, n'ayant souvent rendu aucun service pendant leur temps de présence sous les drapeaux, bénéficient de la réforme n° 1 au même titre que les blessés de guerre. Les malades internés obtiennent la plupart du temps une pension qui correspond à 100 0/0 d'invalidité, quelle que soit la nature des troubles qu'ils présentent : le fait de l'internement suffit seul à régler la question.

Nous présentons plus loin quelques observations succinctes qui, à notre avis, sont suffisamment démonstratives. Il est à peine nécessaire de dire que ces observations sont loin d'être les seuls cas que nous ayons eus à constater. Si les choses s'étaient présentées ainsi, nous nous serions dispensés d'en parler ; ces cas n'auraient présenté qu'un intérêt minime, en raison de leur nombre tout à fait insignifiant ; mais des faits analogues se sont produits très fréquemment et les observations que nous publions ne sont que des exemples, choisis par nous pour illustrer les conséquences fâcheuses de l'application de la loi du 31 mars en médecine mentale.

Nous commençons par quelques observations recueillies dans les salles militaires de Ville-Evrard, où les malades étaient considérés comme des petits mentaux et n'étaient pas soumis aux formalités de l'internement.

©BIUM

OBSERVATION I. — M. B., classe 1917.

Enfermé, à l'âge de 14 ans, dans une maison de correction, pour vagabondage ; y est maintenu jusqu'à son incorporation. Serait sujet, depuis l'âge de 15 ans, à des accidents convulsifs qui se produisent surtout après des abus de boisson.

Incorporé en avril 1918, n'a jamais été au feu. Depuis son incorporation a encouru plusieurs punitions disciplinaires ; serait parti deux fois sans permission ; une troisième fois, comme il le raconte, voit par la fenêtre passer un train, sent alors une envie irrésistible de s'en aller, part sans autorisation. Extrait du rapport du capitaine, commandant la compagnie : « Cet homme a évidemment des moments d'absence ; il lui arrive d'aller se promener étant de garde et de s'éloigner ainsi de son poste de plusieurs kilomètres ; il ne paraît pas se rendre un compte exact de ses actions ; sa responsabilité est certainement atténuée, il n'a pas la tenue d'un individu normal. » Le capitaine demande sa mise en observation dans un service spécial.

Entré au Val de Grâce le 24 mai 1919, il est évacué sur les salles militaires de Ville-Evrard le 29 mai avec le diagnostic suivant : « Débilité mentale. Crises ? Appoint éthylique. »

Séjour dans le service de Ville-Evrard du 26 mai au 5 octobre 1919. A ici une seule crise ; celle-ci s'est produite en l'absence du médecin et sa nature n'a pu être déterminée. S'évade à quatre reprises ; les trois premières fois reste absent 2-3 jours et rentre ensuite de son propre gré ; la quatrième fois reste absent pendant onze jours, rentre chez lui, dit à ses parents qu'il a été porté sortant de l'hôpital, se met en civil et va travailler dans une usine, où il gagne 15 fr. par jour. — Tendance aux réactions violentes, même à l'égard de supérieurs. — Insuffisance du jugement très prononcée, est incapable de se rendre compte des conséquences graves que peut entraîner sa conduite ; toute discussion à ce sujet avec lui est impossible ; inaccessible au raisonnement et à l'influence morale. Niveau intellectuel et moral très faible.

Non-valeur militaire en raison des tares constitutionnelles énumérées plus haut. Pour débarrasser l'armée de cette non-valeur et pour éviter, d'autre part, à B. des conflits encore plus graves avec le Code militaire, il semble

©BIUM

indiqué de proposer B. pour la réforme n° 2. En vertu de la loi du 31 mars 1919, B. est réformé n° 1 avec une pension temporaire d'invalidité [pour deux ans (1)] de 60 0/0.

OBSERVATION II. — M. G., classe 1919.

Incorporé après l'armistice ; trois mois de service effectif.

Débilité mentale très profonde, ne pouvant échapper à un observateur quelque peu attentif ; connaissances usuelles nulles (ne sait pas compter, ne connaît pas les mois de l'année, ne sait pas au juste avec qui on était en guerre, etc.), compréhension très lente, imprécise, souvent inadéquate, aucune initiative, est tout à fait incapable de comprendre le caractère et la portée de la décision qui doit être prise à son sujet ; syncinésies.

En vertu de la loi du 31 mars est proposé par les médecins experts pour la réforme n° 1 avec invalidité de 15-20 0/0.

OBSERVATION III. — A. M., classe 1918.

Enfance maladive. Brevet simple à 15 ans. Employé à la Société générale.

Incorporé en juin 1917 dans le service armé. En juillet 1918 part en renfort au front. La première fois qu'il devait monter en ligne avec son unité, aurait bu d'un seul coup toute sa ration de vin et d'alcool, serait resté en route et n'aurait rejoint son unité en ligne qu'au bout de 4 jours. Remis à la prévôté, il est soumis à une expertise médicale ; reconnu irresponsable en raison de son état mental, il bénéficie d'un non-lieu et on le dirige sur le service de psychiatrie de Broons.

Voici les passages essentiels de la feuille d'observation de Broons (3 décembre 1918-10 février 1919) :

« Diagnostic : dégénérescence mentale.

« Signalé dans l'enquête de gendarmerie comme étant « un arriéré anormal, incapable de subvenir à ses besoins, « d'une santé chétive.

---

(1) Ici, comme dans les autres cas analogues, la Commission de Réforme devra statuer à nouveau au bout de deux ans ; comme il s'agit de troubles constitutionnels, on ne voit guère de quelle façon une modification dans l'appréciation du degré d'invalidité pourrait se produire.

« En novembre 1917 opéré à l'hôpital mixte de Melun « pour hernie, est noté à ce moment comme étant le jouet « de ses camarades en raison des idées qu'il émet.

« Après avoir commis un acte de désertion, vient du « centre de psychiatrie de Beauvais avec mention : en pré- « vention de Conseil de guerre, non-lieu après rapport « médico-légal concluant à l'irresponsabilité et à la ré- « forme 2.

« Etat actuel : insuffisance intellectuelle constitution- « nelle, mentalité puérile et désharmonique, jugement et « volonté faibles, insouciance, suggestibilité, caractère « instable. Gros stigmates physiques de dégénérescence, « maladresse, élocution lente.

« Proposition : non-valeur inutilisable au point de vue « militaire ; réforme n° 2 ; état constitutionnel antérieur à « l'incorporation et non aggravé par le service.

« Sort le 10 février 1919, réformé n° 2. »

En mai 1919 M. passe à nouveau devant une Commission ; il est repris et classé dans le service auxiliaire. Versé à la 20e section il est détaché tout d'abord à un bureau de recrutement ; renvoyé ensuite à l'Ecole Militaire il ne s'y fait pas inscrire sur les contrôles et reste ainsi un mois sans emploi, à ne rien faire. Appelé par son capitaine pour donner des explications, il fait valoir le fait qu'il a été réformé antérieurement pour troubles mentaux et est dirigé sur le service de psychiatrie du Val-de-Grâce ; de là il est évacué sur le service de Ville-Evrard avec le diagnostic : « Débilité mentale (affaiblissement intellectuel possible). Dépression psychique. Adénoïdien. »

Au début de son séjour à Ville-Evrard M. présente un état de dépression très légère et tout à fait passagère qui ne semble pas pouvoir être considérée comme une manifestation morbide. Son état mental correspond entièrement au tableau qui en est fait dans l'observation de Broons. Fait preuve dans maintes circonstances d'une insuffisance de jugement très prononcée. Adresse au médecin des lettres dans lesquelles il parle de son projet de devenir professeur de culture physique et de créer une Ligue antialcoolique à Neuilly-sur-Marne, demande dans ce but un laissez-passer et une pièce qui pourrait lui servir de bureau, etc.

M. est incontestablement une non-valeur inutilisable au point de vue militaire. Comme nous l'avait montré le cas de B. (obs. I), il n'aurait pu être question pour M.

©BIUM

que d'une réforme 1 avec pension, puisque « toutes les maladies constatées chez un militaire... pendant la période où il a été incorporé... sont présumées, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents de service. » Mais comment tenter d'administrer la preuve de non-imputabilité et de non-aggravation, preuve qui est maintenant à la charge de l'Etat et qui doit concerner non seulement les causes efficientes, mais aussi les causes aggravantes, preuve rendue d'autant plus difficile que « la simple interprétation de doctrines médicales, toujours en évolution, ne suffit pas pour détruire le bénéfice de la présomption d'origine. » D'autre part comment se résoudre à faire bénéficier M., individu atteint de troubles constitutionnels, ayant marqué sa courte présence au front par une désertion devant l'ennemi, des mêmes avantages que les blessés de guerre ?

M. a été renvoyé à son corps avec la mention suivante : « étant donné que M. possède une certaine instruction et qu'il est déjà classé service auxiliaire, une nouvelle tentative de l'utiliser au point de vue militaire paraît justifiée. » Ceci évidemment n'est qu'une solution bâtarde. Il ne faut pas perdre de vue que M. a en main tout ce qu'il faut pour faire une demande de pension. Pris service armé, il appartiendra à sa démobilisation au service auxiliaire ; ce déficit au point de vue militaire semble lui ouvrir des droits à la pension ; dans sa demande il pourra faire valoir le fait qu'il avait été reconnu, au moment de son incorporation, bon pour le service armé. Pour la même raison d'ailleurs, il aurait pu, s'il n'avait été repris, demander que sa réforme n° 2 soit transformée en réforme n° 1. De nombreux commentaires à l'usage du public, parus au sujet de la nouvelle loi, insistent sur l'importance capitale qu'a pour l'intéressé le fait d'avoir été reconnu bon pour le service au moment de l'incorporation. Il est intéressant, à ce point de vue, de citer un passage d'une lettre écrite par la mère de M. : « Dans le cas où il serait proposé pour une réforme, je veux croire que l'Etat qui en aurait fait un diminué lui tiendrait compte du préjudice qu'il a subi et qui serait considérable, si vous ne pouviez le rétablir. »

Observation IV. — R. B., classe 1919.

Accidents convulsifs depuis l'âge de 10 ans.

A son certificat d'études primaires, est resté deux ans dans une école de commerce, employé dans un bureau.

©BIUM

Incorporé avec sa classe ; évacué une première fois pour crises, au mois de novembre 1918 ; quitte l'hôpital en février 1919 après avoir été versé dans le service auxiliaire. Du 16 février au 30 septembre 1919 est employé en qualité de secrétaire à l'Ecole Militaire ; évacué à nouveau, ayant eu plusieurs crises le même jour ; dirigé sur le service militaire de Ville-Evrard.

Accidents comitiaux constatés dans le service, accidents fréquents, d'intensité variable, allant depuis de simples absences jusqu'aux grandes crises convulsives.

Proposé pour la réforme, B. est réformé n° 1 avec invalidité temporaire de 20 0/0.

B. prétend avoir dit au Conseil de révision qu'il était sujet à des accidents convulsifs. Il peut évidemment se produire également que les accidents comitiaux soient dissimulés par l'intéressé lors de son incorporation pour une raison ou pour une autre ; un de nos malades était atteint de crises depuis l'âge de 7 ans ; après avoir été ajourné en 1918, il s'engage ensuite comme volontaire ; puis ne trouvant pas le service à son goût, il fait valoir ses accidents convulsifs dans le but d'être réformé avec pension.

Les observations qui suivent ont été recueillies dans la section militaire de l'Asile de Villejuif, qui était destinée aux malades internés.

Observation V. — G. Ca., classe 1919.

Abandonné par sa mère, fut adopté par une famille. Toujours de santé délicate. A fréquenté l'école, mais n'a pu obtenir son certificat d'études ; sait cependant lire, écrire et compter assez bien. Présente de l'asymétrie faciale et une voûte palatine ogivale.

Incorporé au 1er zouave en avril 1918. Est continuellement brimé par ses camarades.

En mars 1919 en prévention de conseil de guerre pour vol et tentative de meurtre ; bénéficie d'un non-lieu.

Vient du Service Central du Val-de-Grâce avec le diagnostic suivant (Dr Vinchon) : Débilité mentale avec manie ; impulsions, violences.

A son entrée dans le service, le 19 septembre 1919, est confus, désorienté, parle d'une voix traînante et mal articulée, ne cesse de grimacer, est triste, déprimé, mais calme.

Nous concluons à de la débilité mentale avec alternatives d'excitation et de dépression ; niveau intellectuel fai-

©BIUM

ble ; convalescent d'une crise de dépression mélancolique avec agitation anxieuse ; désorientation, insomnie.

Alité, Ca. s'améliore en quelques jours et revient à son état habituel.

Ca. est réformé n° 1, le 24 février 1920, avec pension temporaire ; l'invalidité est évaluée à 100 0/0.

Observation VI. — J. Ba., classe 1919.

Incorporé avec sa classe.

Mère débile ; 9 enfants dont 5 morts en bas-âge.

Ba. est allé à l'école, mais n'a jamais pu apprendre à lire, à écrire et à compter ; n'a aucune mémoire ; ne se souvient pas de la date de sa mobilisation, ne peut donner aucun détail sur sa vie militaire. — Ouvrier agricole.

Naïf, illettré, peu dégourdi, il est au régiment la victime des brimades de ses camarades ; il devient triste et déprimé et tente, à deux reprises, de mettre fin à ses jours, en se jetant sous un train et en essayant de se précipiter par la fenêtre d'un 3e étage.

Vient le 25 août 1919 du Val-de-Grâce avec le certificat suivant (Dr Briand) : « Est atteint de débilité mentale avec dépression mélancolique ; découragement, accès de désespoir, tendances très marquées au suicide ; tentatives récentes par précipitation sous un train et défénestration. »

A la section militaire de Villejuif Ba. retrouve la vie de campagne ; il accepte avec joie la proposition qui lui est faite de participer aux travaux de jardinage et d'agriculture ; la dépression disparaît ; il s'améliore rapidement et revient à son état habituel.

Le 24 février 1920 est réformé n° 1 avec pension temporaire ; l'invalidité est évaluée à 100 0/0.

Observation VII. — L. Ch., classe 1919.

A fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 13 ans sans obtenir son certificat d'études ; sait lire et compter, écrit en faisant de nombreuses fautes d'orthographe.

S'est toujours montré instable ; de son propre aveu, a fait une trentaine de métiers et changeait de patron tous les mois environ ; se croyait d'intelligence supérieure, rêvait d'inventions et ne cessait de dessiner des plans de machines diverses. Ses parents reconnaissent qu'il a toujours été bizarre et indiscipliné.

Incorporé en avril 1918 au 13e R. A., il est versé bientôt

©BIUM

dans le service auxiliaire. Très fréquemment puni de prison pour absences illégales.

Des troubles mentaux aigus éclatent un an après son incorporation ; il est incohérent, prétend être déserteur, raconte qu'il a vécu caché dans une cave, dévalisant pour vivre la cave d'une voisine. Entre le 26 avril 1919 au Val-de-Grâce ; le Dr Chavigny le déclare « atteint de dégénérescence constitutionnelle ; agité instable. » Entre dans la section militaire de Villejuif ; le certificat immédiat dit ce qui suit : « dégénérescence mentale avec idées de persécution ; illusions, interprétations délirantes ; faible niveau intellectuel. »

Les troubles aigus disparaissent dans la première quinzaine de son séjour à Villejuif ; il revient à son état habituel.

Proposé par le Dr Roubinovitch pour la réforme n° 2, il est réformé n° 1 ; son invalidité est évaluée à 50 0/0.

Observation VIII. — L. J., classe 1919.

Est allé à l'école jusqu'à 13 ans, mais n'a pas obtenu son certificat d'études ; sait lire et écrire.

Incorporé en avril 1918 au 10e R. I. ; part aux armées le 31 août 1918 ; est arrêté le 30 décembre 1918 à la gare de Lyon et conduit au Val-de-Grâce ; dirigé sur les salles militaires de Ville-Evrard. Le 28 janvier 1919, J. est envoyé à Villejuif avec le diagnostic suivant (Dr Bonhomme) : « Manie et débilité mentale ; agitation violente par instants ; déchire ses draps, crie, raconte avec volubilité qu'il est constructeur de trains. »

Certificat immédiat : « est atteint de débilité mentale avec idées délirantes polymorphes, prédominance d'idées de grandeur ; hallucinations de l'ouïe, illusions, interprétations délirantes. »

Raconte qu'il sait tout, qu'il peut tout faire ; Paris lui appartient ; il est Christophe Colomb ; il est l'inventeur du pain, des chaises, des timbres.

Proposé pour la réforme n° 2, il est réformé n° 1 ; l'invalidité est évaluée à 100 0/0.

Les troubles aigus disparaissent et J. sort le 13 janvier 1920.

Observation IX. — A. L., classe 1914.

Fils d'alcoolique ; ne sait ni lire, ni écrire, ni compter ; avoue des excès alcooliques. Manœuvre.

©BIUM

Incorporé dans le service armé, il est bientôt versé dans le service auxiliaire. Sur sa demande, il est repris dans le service armé ; on ne l'y conserve qu'un mois, est à nouveau versé dans le service auxiliaire.

Entre au Val-de-Grâce en juillet 1919 et est dirigé quelques jours plus tard sur le service militaire de Ville-Evrard. Présente ici un état d'excitation anxieuse, ayant évoluée sur un fond de débilité mentale profonde ; idées délirantes de persécution et hallucinations de l'ouïe (on le persécute, on doit le fusiller, on veut l'empoisonner, il est entièrement pourri, etc.) ; tendance aux réactions violentes. Dirigé sur la section militaire de Villejuif il est déclaré atteint d'imbécillité.

Le 19 janvier 1920 il est réformé n° 1 ; son invalidité est évaluée à 100 0/0.

Les troubles aigus disparaissent et il revient à son état habituel. Il sort le 1er mars 1920.

Parmi les cinq malades internés à Villejuif, dont il vient d'être question, trois ont été vus par la commission de réforme après la disparition de leurs troubles délirants aigus ; ils ont été tous les trois réformés 1, en raison du fait de l'internement ; deux d'entre eux obtiennent une pension de 100 0/0, l'invalidité du troisième est évoluée à 50 0/0. Enfin, les deux derniers obtiennent pour la même raison une pension de 100 0/0 ; leur sortie a lieu peu après la réforme. Aucun de ces cinq malades ne s'est battu.

Tels sont les faits sur lesquels nous nous proposions d'attirer l'attention dans ce mémoire. Nous rappelons encore une fois que les neuf observations que nous venons de relater sont loin d'être des cas isolés ; elles ont été choisies parmi bien d'autres pour illustrer les difficultés soulevées en médecine mentale par l'application de la loi du 31 mars, ainsi que les injustices auxquelles elle peut donner lieu. Ces dernières semblent suffisamment grandes pour justifier une modification appropriée de la loi en question.

Il est tout à fait indispensable qu'une discrimination rigoureuse s'effectue entre les troubles congénitaux ou manifestement antérieurs à l'incorporation et les troubles acquis ou aggravés sous l'influence du service. L'avis du médecin-spécialiste, basé sur une observa-

©BIUM

tion détaillée et une analyse approfondie des symptômes, ne saurait être remplacé à ce point de vue par aucune formule arbitraire. Le fait d'avoir été reconnu « bon pour le service » par un conseil de révision ne peut être considéré, dans les conditions actuelles, comme preuve de santé mentale au moment de l'incorporation. Il est évident qu'une amélioration du fonctionnement des conseils de révision, surtout un élargissement de leurs moyens d'exploration et d'enquête, pourrait sensiblement diminuer le nombre des non-valeurs mentales qui pénètrent tous les ans dans l'armée ; mais nous sommes encore bien éloignés d'un tel état de choses. D'ailleurs, la question de pareilles réformes concernant le fonctionnement des conseils de révision, est indépendante de la teneur de la loi du 31 mars ; qu'il y ait intérêt à ne pas admettre dans l'armée les non-valeurs mentales, cela n'est pas douteux ; la meilleure preuve en est que cette question a été discutée plus d'une fois bien avant que la loi du 31 mars ait vu le jour ; il suffit de rappeler les travaux de Pactet et les vœux exprimés par le Congrès des aliénistes et des neurologistes, tenu à Nantes en 1909, à la suite des rapports de MM. Rayneau et Granjux, vœux qui, à notre connaissance, n'ont d'ailleurs pas eu de suite.

Mais pour apprécier une loi sur les pensions et réformes, nous devons nous baser non pas sur une vue abstraite d'un fonctionnement idéal des conseils de révision, mais sur les conditions qui existent en réalité. Cette réalité nous montre qu'aussi bien pendant la guerre, qu'avant et après, de nombreux individus tarés au point de vue mental ont été incorporés ; leur inaptitude au service militaire est apparue à la suite, plus ou moins rapidement. Ces individus auraient évidemment droit à un dédommagement sous forme de gratification du fait du préjudice matériel qui aurait pu leur être causé, à eux et à leurs familles, par cette incorporation injustifiée. Reste à évaluer le taux de cette indemnité. Mais doivent-ils réellement bénéficier d'une réforme n° 1, obtenir, en cas d'internement, d'une façon

©BIUM

automatique, une pension de 100 0/0, être assimilés ainsi aux grands blessés de la guerre et jouir des mêmes avantages matériels et moraux que ceux-ci ? Il nous paraît difficile de qualifier cet état de choses autrement que d'immoral. Une modification de la loi à ce point de vue serait vivement à souhaiter.

Pour éviter tout malentendu, il nous paraît utile d'ajouter encore une remarque ici, qui empêchera une fausse interprétation de nos idées sur la loi du 31 mars 1919. Si nous signalons ici les conséquences fâcheuses de cette loi, ceci ne veut évidemment pas dire que nous la désapprouvions en entier, encore moins que nous voulions revenir aux rigueurs de l'ancienne loi, qui, comme il a été dit plus haut, était devenue inopérante en raison de la durée de la guerre et des fatigues exceptionnelles qu'elle avait imposées aux hommes. La loi du 31 mars est née des conditions nouvelles créées par la guerre ; elle a voulu être avant tout une loi bienveillante ; nous n'y voyons certes qu'un grand avantage et un important progrès sur l'ancienne loi. Mais toute loi fait ses preuves au contact de la vie réelle, c'est à ce contact qu'apparaissent ses avantages, mais aussi ses inconvénients. Signaler ces derniers n'est pas désapprouver la loi tout entière ; au contraire, ceci ne veut que dire que la loi peut être améliorée. Sans rien perdre de sa bienveillance à l'égard des vraies victimes de la guerre et du service, la loi du 31 mars 1919 gagnerait à être modifiée dans le sens de la plus stricte équité.

©BIUM

Documents Cliniques

UN CAS DE DÉLIRE TÉLÉPATHIQUE

Par le Dr A. STAROBINSKI,

Médecin-assistant à la clinique « Vers la Rive » à Vaumarcus

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de délire très rare et très curieux chez un jeune homme intelligent et cultivé.

Voici le résumé de notre observation :

M. X..., 25 ans, célibataire, étudiant. Sa mère est très nerveuse. Le père est un homme autoritaire, énergique. X... a été sensible et émotif depuis sa tendre enfance. Il avait peur de tout et sa mère ne le laissait jamais seul. Il avait souvent des cauchemars et des peurs nocturnes. Excessivement gourmand, maintenant encore il peut avaler des quantités considérables de chocolat et de sucre. Il ne pouvait jamais s'endormir seul. X... a une affection spéciale pour sa mère. Actuellement, ce qui est très bizarre, il couche dans le lit du père près de sa mère, et le père va dans la chambre du fils. Pendant la nuit, X... tient la main de sa mère et appuie sa tête sur son corps. Le « complexe maternel » est très fort chez notre malade. Il déteste fortement les amies de sa mère. X... a fait de très bonnes études. Il a beaucoup lu et il est bien développé au point de vue intellectuel. Après avoir fait ses études de lettres il part à P. pour faire des études spéciales d'histoire. Là, il est toujours dans un milieu intellectuel, il étudie, passe des examens, mais n'arrive pas à finir complètement ses études. A la fin de 1920 il fait la connaissance d'une jeune fille dont il devient excessivement amoureux. Voici comment il en parle dans une de ses lettres : « Je vous ai parlé déjà de la merveilleuse intimité qui existait entre l'amie dont je vous ai parlé également et moi. Cette intimité résultait non seulement d'une sympathie réciproque, mais encore d'une nature identique. Elle était arrivée au point que *nous pensions d'une façon parallèle, en même temps, que nos sentiments étaient les mêmes au même moment,* et même — je l'ai compris très tard — que j'arrivais à *éprouver les mêmes réactions physiques que celles qui étaient les siennes.* A côté de cette intimité cependant depuis le moment qu'il a été question d'autre chose que

©BIUM

d'amitié — j'ai toujours senti comme une lumière étrange qui nous séparait. Cette lumière cessait dès que j'étais loin d'elle et l'intimité se rétablissait d'elle-même. » Il écrit ensuite que cette jeune fille voulut devenir sa maîtresse et il continue : « Je suis certain que la raison profonde pour laquelle sa mère n'a pas voulu qu'elle devienne ma femme est celle-ci : elle devait avoir une maladie nerveuse (que vous appelez, je crois, trouble fonctionnel) qui la forçait au début du mois à se donner à un individu... Je vous décrirai les symptômes de ce trouble tel que je le reconstitue d'après ce que je ressens : c'est une sorte d'oppression, d'étouffement, les nerfs de la poitrine doivent crisper celle-ci. Tout cela accompagné de palpitations. J'ai assisté sans m'en douter à une crise de la sorte chez mon amie sans rien comprendre à son attitude. Sa voix est devenue sèche, rauque, cassée, elle ne parlait que par saccades. Je n'ai posé aucune question, suis resté calme et au bout d'une heure cela a passé. Dès le lendemain *j'ai senti qu'elle me désirait avec une violence épouvantable et pendant 3 jours j'ai eu de nouveau cette oppression terrible,* sans alors comprendre ce que c'était. Je ne savais qu'une chose c'est qu'elle souffrait. Car à ce moment seulement je compris *cette intimité qui nous réunissait jusque dans le partage de nos souffrances.* »

Nous voyons déjà lors de cette première crise les deux caractères essentiels du délire chez notre malade : 1° le caractère nettement érotique et 2° l'élément télépathique grâce auquel le malade attribue à la personne aimée les sensations érotiques qui se produisent chez lui. En effet, le « trouble fonctionnel » que le malade nous décrit, les sensations « d'étouffement, d'oppression, de crispation des nerfs de la poitrine accompagnées de palpitations » ne sont rien d'autre que la traduction du désir ou de l'acte sexuel que le malade perçoit à distance. Le délire chez notre malade est accompagné d'une série des troubles accessoires : agitation, insomnie, hallucinations, confusion psychique.

C'est dans cet état qu'il arrive à la Clinique vers la fin du mois de janvier 1921. Le changement de milieu, le calme, l'isolement et le traitement médicamenteux approprié le font sortir de l'état délirant. Il arrive assez vite à s'adapter à la vie de la Clinique; il est très aimable avec tout le monde, mais malgré cette apparence de guérison ou d'amélioration nous nous rendons compte que la cause fondamentale de son délire n'est pas liquidée.

Pendant son séjour à la Clinique le malade lie une amitié assez intime avec une jeune fille coquette et autori-

©BIUM

taire. Cette amitié se transforme bientôt en amour. En même temps une autre jeune fille l'aime également, X... le sait bien. Nous désignons la première de ces jeunes filles par la lettre S et la seconde par D.

Le malade part de la Clinique au milieu du mois de mars 1921. Il se porte assez bien, il reprend énergiquement son travail et ses parents sont très contents de lui. En même temps il entretient une correspondance assez nourrie avec les deux jeunes filles en question. Les lettres qu'il leur écrit ne présentent rien de particulier. On y trouve beaucoup d'allusion à l' « amitié idéale », etc..., X... s'y montre également très présomptueux pour son avenir.

A la fin du mois de mai 1921 une nouvelle crise délirante se déclanche. Sa mère nous écrit qu'il a cessé de dormir, qu'il est atteint de tremblements nerveux violents, qu'il transpire beaucoup et a le corps brûlant. Le délire sous la même forme que précédemment apparaît de nouveau. Le malade se représente que grâce à sa sensibilité particulière il sait et il ressent « ce que pensent et souffrent les femmes qui pensent particulièrement à lui. »

Il prie le Dr Liengme, médecin en chef de la Clinique « Vers-la-Rive », d'aller aussi vite que possible soigner Mlle S. Il nous décrit l'état de cette jeune fille dans les termes suivants : « A la suite de 8 jours de veilles, d'angoisse particulière et d'une émotion elle a eu une crise terrible la semaine passée. Or en même temps qu'elle une autre femme pensait à moi. Vous la connaissez (Mlle D.). Elle pensait de tout autre façon et grâce à ce qu'il y avait de mauvais en elle, *elle a eu une série de spasmes dégoûtants dont j'ai eu le contre-coup et dont le contre-coup s'est aussi mêlé à la crise terrible de la pauvre petite S.* Peu importe comment j'ai su démêler ce qui était d'elle ou de S. Mon expérience intérieure m'a servi. Aujourd'hui S. croit que je suis persuadé que c'est elle qui a eu les pensées de Mlle D. et qui a déclanché ces spasmes. Elle a eu un coup au cœur dont seul je puis la remettre. » Le lendemain il écrit de nouveau une longue lettre dans laquelle son délire se précise toujours davantage. « Vous savez l'état d'excitation où elle (Mlle S.) était le lundi 30 mai (suite des veilles, etc.). Ce jour-là elle reçoit une lettre fort excitée de Mlle D. qui avait la fièvre (suite de vaccination) et l'imagination enflammée à la suite de la lecture d'un bouquin contre lequel je l'avais cependant mise en garde. De plus elle m'avait dit qu'elle était fort énervée sans raison depuis quelques jours. Je suppose que dans cette lettre elle parlait de moi, car je l'avais prévenue 15 jours

©BIUM

auparavant que je n'acceptais pas qu'on m'écrivit comme elle le faisait et j'espaçais mes lettres pour cette raison. Depuis 10 jours elle n'avait rien de moi et j'ai pu voir qu'avec son imagination enfiévrée elle s'imaginait m'avoir perdu comme ami — ce à quoi elle tenait m'a-t-elle dit. Je reconstitue la scène facilement. S. en lisant cette lettre dans un état d'énervement croit s'apercevoir (ce qui était faux) que Mlle D. avait pour moi plus que de l'amitié. ma femme et croit tout perdu. Peu importe comment — Elle s'aperçoit peut être alors qu'elle-même désirait être ma femme et croit tout perdu. Peu importe comment — sans qu'elle me l'ait dit — j'ai reconstitué le trouble fonctionnel qui l'avait amenée chez vous. Ce trouble se déclanchait vers les fins du mois. Il se déclanche à ce moment sous l'influence de l'énervement, de l'excitation et de l'émotion. *Elle a une envie terrible. Cela se répercute chez moi et de moi chez Mlle D. où se déclanche un désir formidable* né je vous le répète à cause de ses lectures ridicules et de son imagination enfiévrée. Cela dure un quart d'heure et disparaît. Cette même nuit comme suite à l'imagination déclanchée d'un trouble des nerfs de Mlle D. Celle-ci a une série de spasmes (je puis vous affirmer qu'ils correspondent absolument à sa constitution physique, forme du corps, etc.). De plus ce sont les spasmes d'une vierge. Je puis vous dire cela parce qu'avant de venir chez vous j'ai été secoué par ceux d'une femme qui ne l'était pas. Répercussion de ces spasmes chez moi, de moi chez Mlle S. J'oublie de vous dire le motif extérieur de ce déclanchement. Après cette crise de désir et d'envie de l'après-midi j'ai pris avant de me coucher un bain chaud pour me détendre les nerfs. Je suis sûr que cette détente s'est propagée chez les 2 autres, en particulier chez Mlle D. qui a été incapable de résister aux spasmes nerveux déclanchés par son imagination stupide. Ce jour-là m'étant rendu enfin compte que Mlle D. s'exerçait à faire dévier notre amitié malgré mon avertissement, j'écris à Mlle S. de lui écrire avec affection parce que je ne voulais pas qu'elle pensât trop à moi, ni qu'elle comptât trop sur mon amitié. Au lieu de comprendre que c'était parce que je lui réservais à elle mon amitié pour des raisons que vous comprendrez, Mlle S. s'imagine au contraire que j'ai une raison qui m'empêchera de me marier jamais. C'est ce soir-là que le fameux trouble nerveux s'est déclanché. Il fut double. D'abord Mlle D. n'avait rien compris à celui du lundi et s'était affolée, avait augmenté de fièvre dont *j'ai pu sur moi voir l'intensité*. Son imagination travaillait toujours. Celle

©BIUM

de Mlle S. également, ses nerfs commençent à lui donner de la fièvre. Cette concentration sur moi me mettant dans un état affreux, je prend bêtement de nouveau un bain chaud. Les nerfs affaiblis ne résistent plus. Le détraquement part maintenant de Mlle S. Son imagination lui représentant que ne pouvant se marier avec moi elle n'aurait pas d'enfants, elle a tous les symptômes d'un accouchement. Cela se répercute sur moi, de là en même temps sur Mlle D. chez qui, vu son imagination lubrique, elle se traduit en un symptôme de la possession véritable d'homme. (Je puis toujours en parler par comparaison car j'ai éprouvé cela d'une façon terrible à P.). Tout cela se fusionne en moi et de là la fusion gagne les 2 femmes. Pendant plus de 2 heures cela dure. Ce qui aide à l'illusion de Mlle D. c'est que ma mère affolée m'avait pris dans ses bras et que Mlle D. devait sentir des contacts charnels, tout comme je sentais les piqûres que se faisait Mlle S. ».

La lettre devient ensuite tout à fait confuse.

Le lendemain, 11 juin, le malade arrive à la Clinique. Il est confus, mais calme et docile. On le met au lit. Le soir il devient très agité, parle par des bouts de phrases, tâche de s'expliquer. On arrive cependant à le calmer. Les jours suivants il s'améliore toujours plus. Tout va bien jusqu'à la nuit de samedi, 18 juin. Il a de nouveau une série de « spasmes », insomnie absolue, angoisse, inquiétude. Le matin on le trouve tout à fait désorienté. Dans l'après-midi, sous l'influence de ses idées délirantes il fait une fugue et part brusquement chez ses parents.

Le cas que nous venons d'étudier est intéressant à plusieurs points de vue. Il s'agit certainement d'un prédisposé constitutionnel chez lequel les manifestations névropathiques existaient déjà dès son enfance.

Le délire sur le terrain du psychisme débile de notre malade a pu se développer avec d'autant plus de facilité que les tendances affectives sont chez lui, pour ainsi dire, « à fleur de peau » et l'armature logique de la personnalité a subi une entaille par la double influence des conceptions télépathiques, illogiques qui existaient chez le malade antérieurement et par le réveil de l'instinct sexuel.

En effet, nous admettons avec Blondel que la personnalité est constituée d'un fond psycho-organique, affectif ou instinctif, dont l'énergie est canalisée, contenue et dirigée par l'armature éthico-logique qui nous

©BIUM

est imposée par la société, « par le système des représentations collectives et des ajustements moteurs qui leur répondent » (1).

Cette armature éthico-logique peut chez certains individus subir des entailles plus ou moins fortes sans grave danger pour la personnalité, si les tendances affectives sont bien canalisées dans d'autres directions.

Mais chez les individus à prédisposition névropathique, l'armature éthico-logique est déjà bien faible, les tendances affectives perturbées dans leur fonctionnement et dans leur activité profonde. Chez eux tout choc, toute entaille dans ce double domaine peut devenir désastreux. L'énergie affective aura alors une tendance à s'échapper par une voie de dérivation, par la voie du délire, c'est-à-dire dans les cadres d'une pseudo-logique. Au fur et à mesure que le délire se répète, cette voie se canalise et se fixe toujours plus. C'est pourquoi nous voyons chez les prédisposés l'apparition des états délirants s'ils se lancent dans un domaine où la logique et le bon sens n'existent plus. Ainsi il est étonnant de constater le nombre considérable des délires qui se rattachent aux conceptions mystiques des religions diverses, de la science chrétienne, de la théosophie, de l'occultisme, du magnétisme, du spiritisme, etc.

Le caractère à la fois érotique et télépathique du délire chez notre malade est souligné par lui-même dans tout ce qu'il nous a écrit et ceci a une valeur documentaire considérable. Il attribue tout ce qu'il éprouve dans la sphère érotique à des modifications dans la même sphère et au même moment chez les femmes qui l'aiment. La sympathie, l'intimité produisent ce parallélisme psycho-physiologique.

Dans notre cas, le délire a une allure logique.

Le malade explique en détail sa conception et garde parfaitement bien sa raison et son bon sens en dehors des accès aigus du délire. D'autre part, le délire tend à se canaliser et à se systématiser, car il est resté le même la deuxième, comme la première fois.

Il est bien possible que ce délire puisse se répéter à une nouvelle occasion.

(1) BLONDEL, *La Volonté, Journal de Psychologie*, 1920, p. 613.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUILLET 1921

Présidence de M. PACTET, Président

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

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Capgras qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Sucklick (de Tchéco-Slovaquie) qui demande à être admis au nombre des membres associés étrangers (Commission : MM. Toulouse, Mallet et Marchand, rapporteur) ;

une lettre de M. le Dr Naudascher, médecin-adjoint à la Maison de Santé de Ville-Evrard, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission : MM. René Charpentier, Mignard et Dupain, rapporteur) ;

des lettres de MM. Georges Petit, Xavier Abély, Vinchon et Brissot remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants.

M. Colin, secrétaire général, rend compte de son voyage à Londres où il avait été délégué pour représenter la Société au meeting annuel de la *Medico Psychological Association of Great Britain and Ireland* (11-16 juillet). Il insiste sur l'accueil chaleureux qui lui a été fait. Cette réunion, particulièrement brillante, était présidée par M. le Dr Bond, président élu, *Commissioner general in Lunacy*. Une analyse des divers travaux paraîtra dans le corps des *Annales*.

M. Colin ajoute que nos collègues anglais ont

©BIUM

accepté avec empressement l'invitation qu'il leur a faite, au nom des différentes Sociétés de Médecine mentale, de se faire représenter, au mois de mai prochain, à la célébration du centenaire de la découverte, par Bayle, de la Paralysie générale.

Rapport de Candidature

M. Raymond MALLET. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Semelaigne, René Charpentier et R. Mallet de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Salvador Vives au titre de membre associé étranger de votre Société.

M. Vives est médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Salt en Espagne. Ses travaux ne peuvent se résumer dans les quelques lignes d'un rapport : ils témoignent chez leur auteur d'un esprit ouvert aussi bien aux questions d'ordre social qu'à la clinique psychiatrique pure. C'est ainsi qu'à côté d'études sur la cyclothymie, sur la psychothérapie, sur la démence précoce, M. Vives a écrit de nombreux articles sur les services d'aliénés en Espagne, sur l'assistance familiale aux aliénés, sur l'alcoolisme au point de vue social et prophylactique. Une activité si heureusement orientée devait faire de M. Vives le délégué pour la Catalogne de la Ligue d'Hygiène Mentale que préside avec l'ardeur que vous savez notre actuel vice-président. M. Toulouse a su s'attacher cette précieuse collaboration. Vous pouvez agrandir son champ d'action, la rendre plus féconde encore, en accueillant, comme vous le demande votre Commission, M. Vives parmi vous.

©BIUM

Les tendances et l'esprit du Code civil allemand en matière psychiatrique : une intervention judiciaire dans un cas mental complexe (malade atteinte d'une affection chirurgicale grave, de stupeur mélancolique et présentant des séquelles d'encéphalite épidémique).

Par le Dr Maurice BRISSOT

Le 2 novembre dernier, une dame B... entrait à l'Asile de Rouffach dans des circonstances telles, que je n'hésitais pas à en informer sur-le-champ l'autorité préfectorale. Le certificat de 24 heures que je rédigeais était conçu en ces termes :

Certificat de 24 heures : « Je soussigné, etc..., certifie « que la nommée B... est atteinte de dépression mélan- « colique vraisemblablement consécutive à une sup- « puration considérable des fosses ischio-rectales, dont « le début remonterait à environ 3 mois. Etat général « infecté, langue saburrale, température : 38 degrés. « Douleur violente au niveau de la base de la région « occipitale, douleur accusée par la malade et non « augmentée par la pression. Mme B... ne présentant « qu'un *minimum* de troubles mentaux, doit être mise « en observation : une intervention chirurgicale s'im- « pose d'ailleurs de *toute urgence.*

« *J'attire plus particulièrement l'attention de Mon- « sieur le Préfet sur la manière dont Mme B... a été « placée à l'asile de Rouffach.*

« Cette dernière venait du Sanatorium X... à D... où « elle était hospitalisée depuis le mois de septembre. « Elle est arrivée à l'Asile avec le certificat suivant :

D..., le 2 novembre 1920.

CERTIFICAT

« Mme B... était chez le soussigné *en cure,* atteinte « d'une maladie de nerfs.

Le Dr propriétaire du Sanatorium,
Signé : X...

©BIUM

« J'ai refusé ce certificat :

« 1° comme insuffisant ;

« 2° parce que *non signé* par un docteur en méde-
« cine (malgré la formule équivoque « le Dr proprié-
« taire ») et ai fait établir un autre certificat par un
« médecin de Rouffach.

« En définitive, *je prie Monsieur le Préfet de vou-*
« *loir bien saisir* l'autorité judiciaire de la question. Il
« y aurait lieu de faire une enquête, pour savoir dans
« quelles conditions Mme B..., atteinte d'une affection
« chirurgicale grave, a été traitée dans un Etablisse-
« ment *non dirigé par un médecin* (le Directeur serait
« un ancien instituteur). D'après mes informations
« personnelles, Mme B... n'a été visitée à D... *par aucun*
« *docteur en médecine.* Elle a été néanmoins soumise
« à un traitement « illégal » qui était de nature à
« aggraver l'affection chirurgicale qu'elle présente
« actuellement, et qui est, sans doute, la cause des trou-
« bles mentaux signalés dans le présent certificat.

« *3 novembre 1920.*

« Signé : Dr B... »

C'est intentionnellement d'ailleurs que, dans le rapport ci-dessus, j'employais la forme dubitative pour expliquer les rapports de cause à effet possibles et même probables entre l'affection physique grave et les troubles psychiques. Une chose restait malheureusement certaine et motivait ma plainte aux autorités : l'aggravation de l'état général, du fait de l'absence de tout traitement chirurgical au Sanatorium.

Mme B... se trouvait, au moment de son admission, dans un état lamentable : Ses vêtements et son corps maculés d'un pus fétide qui fusait, par plusieurs pertuis, de la région fessière, exhalaient une odeur infecte.

Très faible, elle ne pouvait prononcer que quelques mots ; couchée en chien de fusil, sur le côté droit, la tête en flexion sur le thorax, elle faisait entendre des lamentations sourdes et continues. Ces plaintes semblaient avoir leur origine dans une douleur violente

©BIUM

que la malade prétendait ressentir au niveau de la nuque (?), mais qui n'était pas exagérée par la pression.

Nous fîmes encore les constatations suivantes :

Facies vultueux et chaud. Température axillaire de 38 degrés.

Langue très sale, saburrale, infectée. Réaction faible des pupilles à la lumière et à l'accommodation.

Pouls lent.

Réflexes tendineux diminués.

La palpation n'engendre aucune douleur du côté des vertèbres cervicales ou cervico-dorsales.

Au point de vue mental, Mme B... se trouvait dans un état de dépression très accentué, avec inertie intellectuelle absolue. Elle n'était cependant pas confuse et ne manifestait aucune idée délirante.

L'opération, pratiquée le 4 novembre, n'alla point sans difficulté, en raison d'une syncope prolongée que fit la malade. Le chirurgien constata une suppuration énorme des deux fosses ischio-rectales, avec décollement considérable de la région et nécrose du sacrum.

Une deuxième intervention eut lieu quelques semaines plus tard.

Résumons maintenant d'une façon très brève l'observation de Mme B...

Observation. — 50 ans, veuve de guerre.

Pas d'antécédents nerveux ou vésaniques dans sa famille. Femme intelligente et instruite, bien portante antérieurement, qui a exercé successivement les fonctions d'institutrice et de rédacteur dans un des bureaux d'une Préfecture.

Elle contracte la grippe en février 1920. Le mois suivant, elle aurait été atteinte d'encéphalite épidémique et aurait reçu les soins de deux médecins de la ville. D'après sa famille, elle aurait dormi pendant 10 jours. Cette période de somnolence était cependant interrompue par des intervalles lucides : la malade pouvait être réveillée et parlait, elle prenait des aliments liquides et des tisanes.

Transportée à la campagne, son état s'améliora, mais insuffisamment : elle était apathique, se plaignait constamment de maux de tête et de douleurs dans la nuque. Dans

©BIUM

les premiers jours de septembre, le Directeur du Sanatorium, X..., vint la voir, « l'ausculta » d'après sa propre expression devant le tribunal, et constata la présence d'une suppuration dans la région fessière. X... aurait diagnostiqué également, dès cette époque, la nécrose osseuse. Notons que Mme B... se trouvait à cette époque, en France, et que le fait de franchir l'ancienne frontière d'Alsace pour lui donner une consultation, pouvait susciter à X. de sérieux désagréments, celui notamment d'être poursuivi par les autorités françaises pour « exercice illégal de la médecine. »

Quoiqu'il en soit, sur les conseils de ce dernier, la malade entre le 20 septembre au Sanatorium de D.... Elle est traitée par des bains de vapeur, des bains de siège et des cataplasmes. X... se vantera même plus tard, devant ses juges, de « l'avoir sauvée en l'opérant ainsi » (*sic*), et d'avoir donné issue parfois jusqu'à *dix litres de pus* par jour !

Mais la famille s'inquiète de voir l'état de la patiente devenir de plus en plus grave.

Celle-ci est maintenant profondément déprimée et ne s'alimente plus. C'est dans ces conditions qu'elle entre le 2 novembre 1920 à l'Asile de Rouffach, *sans qu'aucun médecin* de la région ait été appelé à son chevet pendant son séjour au Sanatorium.

Etat actuel. L'état physique s'est amélioré sensiblement après l'intervention chirurgicale. Il persiste cependant encore, plus de huit mois après l'opération, une petite plaie du diamètre d'une pièce de deux francs.

Les troubles mentaux se sont, au contraire, considérablement aggravés, bien qu'au début Mme B... ait paru s'intéresser davantage à ce qui se passait autour d'elle et ait fait quelques efforts pour sortir de sa torpeur.

A l'heure actuelle, la malade est plongée dans un état de stupeur permanent : elle conserve la même attitude somnolente que nous avons signalée au début, reste inerte dans son lit, en raison de son incapacité à la fois mentale et physique à se mouvoir. Il est cependant toujours possible de lui arracher quelques paroles et l'on constate alors qu'elle n'est ni affaiblie, ni confuse. Elle fait entendre tout le jour et une partie de la nuit des plaintes sourdes, et lorsqu'on l'interroge sur la cause de ses gémissements, elle déclare qu'elle continue à souffrir de la nuque.

Il existe, d'ailleurs, au niveau de cette région et de la

©BIUM

partie supérieure du tronc, une contracture marquée qui n'a cessé de s'accroître depuis que Mme B. se trouve dans l'Etablissement. La contracture s'étend aux masséters, mais est moins complète que celle de la région occipito-dorsale ; il s'ensuit que la malade ouvre difficilement la bouche, ce qui rend l'alimentation assez délicate.

Comme autres signes somatiques, on note une sialorrhée intermittente, de la déformation des pupilles qui réagissent lentement et faiblement à la lumière et à l'accommodation, du ptosis et un strabisme léger du côté gauche. Le réflexe rotulien est diminué à droite. Pas de troubles de la sensibilité, qui est plutôt augmentée d'une façon générale. Absence de Babinski et de clonus. L'impotence fonctionnelle des membres inférieurs se complique d'une déformation en varus équin des pieds.

Pas de glycosurie, ni d'albuminurie.

La ponction lombaire n'a pu être faite.

Telle est l'observation de cette malade, qui pose des questions d'ordre clinique et médico-légal du plus haut intérêt.

En premier lieu, s'il est légitime de considérer les contractures signalées plus haut comme une séquelle de l'encéphalite épidémique, devons-nous admettre qu'il existe un rapport de cause à effet entre cette dernière affection et les troubles mentaux actuels. Autrement dit, est-ce que, sans l'infection chirurgicale grave qui a mis les jours de Mme B... en danger, nous constaterions aujourd'hui le même état psychique ?

La réponse semble assez malaisée, car si, d'un côté, l'élément confusionnel qui ne manque presque jamais dans les psychoses toxi-infectieuses, a fait défaut dans notre cas, il n'en reste pas moins, d'un autre côté, que l'aggravation de l'état mental a été *nettement* consécutive à la suppuration des fosses ischio-rectales.

Ceci pose le second problème, d'ordre médico-légal : quel est le degré de responsabilité encourue par X... en négligeant de donner ou de faire donner à la malade les soins urgents que comportait un état éminemment sérieux ?

Cette affaire a eu tout récemment son épilogue de-

©BIUM

vant les tribunaux ; X..., convaincu de « blessures par imprudence », a été condamné à une peine d'emprisonnement avec sursis et à une amende. La Cour, dans l'impossibilité où elle se trouvait, du fait de la législation locale, de poursuivre un Directeur de Sanatorium, non médecin, pour « exercice illégal de la médecine », a retenu l'aggravation provoquée par l'absence de tout traitement adéquat, et a prononcé, pour les motifs ci-dessus mentionnés, une condamnation sévère.

Ajoutons qu'il y a peu d'espoir aujourd'hui, de voir Mme B... s'améliorer et qu'un dénouement fatal est à craindre d'un moment à l'autre.

La malheureuse histoire que nous venons d'évoquer ne se serait certainement pas produite en France, où la loi défend l'exercice illégal de la médecine et réprime impitoyablement toute tentative de ce genre. Il n'en est pas de même en Allemagne, et conséquemment en Alsace-Lorraine, où le Code civil allemand est toujours en vigueur.

Pour en revenir à notre affaire, nous dirons qu'il est lamentable de voir un individu n'ayant aucun titre professionnel, dans l'espèce un instituteur, être autorisé à ouvrir une Maison de Santé (Etablissement hydrothérapique — Naturheilanstalt), où il lui est loisible de traiter toutes les affections de médecine générale ou spéciale, qui échappent d'ordinaire à la compétence d'un seul médecin.

C'est ainsi que X... pouvait et peut encore sans aucune restriction, soigner des aliénés. Il lui est seulement défendu :

1° d'exercer la médecine en dehors de son Etablissement (im Umherziehen).

2° de recevoir et de traiter des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Cette Maison de Santé a été fondée vers 1902. Or, peu d'années avant la guerre, le corps médical de la Haute-Alsace, ému des agissements de X..., adressa plaintes sur plaintes à l'autorité administrative, qui finalement intervint pour limiter et contrôler l'exercice de sa profession. Mais X... se pourvut devant les tribunaux qui,

©BIUM

en définitive, infirmèrent la décision du Bezirkspräsident (Préfet allemand). Une seule limitation lui fut imposée, concernant..... l'extension éventuelle de ses immeubles !

Le Code civil allemand consacre donc l'exercice illégal de la médecine. Il suffit d'avoir une simple autorisation pour exercer l'art médical, ainsi qu'il est écrit dans la « Gewerbeordnung (recueil de Lois) für das deutsche Reich » (Paragraphe 56 *a*).

C'est la raison pour laquelle il ne faut pas admirer sans réserve, ce qu'ont élaboré nos ennemis d'hier en matière d'assistance médicale et plus particulièrement d'assistance psychiatrique. Ce n'est ni le moment, ni le lieu d'amener la controverse sur ces fameuses assurances sociales allemandes, qu'un groupe d'économistes voudrait étendre à tout le pays et qui doivent, au préalable, être sérieusement amendées, avant qu'on en puisse faire un essai de généralisation.

En ce qui nous concerne, nous, psychiatres, si certaines mesures comme la tutelle et la curatelle des aliénés, édictées par le Code civil allemand, constituent un progrès certain sur la vieille Loi française, forcément incomplète, de 1838, que faut-il penser de cette chose monstrueuse qu'est le paragraphe 1569 de ce même Code et qui a trait au divorce des aliénés ! Nous lisons: « Un conjoint peut demander le divorce, si l'autre « conjoint est tombé dans l'aliénation mentale, et si la « maladie a duré pendant le mariage au moins trois « ans et est arrivée à un tel degré que la *communauté* « *intellectuelle ait cessé* entre les époux, et que toute « espérance de rétablissement de cette communauté « soit exclue. » (Paragraphe 1569, Code civil allemand).

Ainsi, la disparition de la communauté intellectuelle pendant trois années au moins, dans le cours d'une affection mentale, est un motif suffisant à l'un des conjoints, pour réclamer le divorce ! Il y a bien, dira-t-on, la présomption de chronicité, mais est-ce que cette restriction n'impose pas, tout au contraire, à celui des époux qui reste valide, l'obligation impé-

©BIUM

rieuse du devoir d'assistance ? Prenons un exemple :

Voici une femme mariée qui, vers la quarantaine, est frappée d'ictus, la laissant aphasique et paralysée. L'affection s'aggrave et la malade, qui est soignée à son domicile, verse progressivement dans la démence. Au bout de plusieurs années, la communauté intellectuelle ayant disparu, son mari aura le droit de demander le divorce, juste au moment où il devrait lui prodiguer les soins les plus affectueux et les plus assidus ! Cette malheureuse femme, si elle n'a pas de ressources, sera jetée sur la voie publique et tombera à la charge de la collectivité ! A moins cependant qu'un médecin compatissant et honnête refuse de sanctionner par un certificat cet acte barbare. Et nous touchons là au point délicat de la question, nous voulons parler de l'importance de l'expertise médicale dans les affaires de divorce. En fait, le praticien est le maître de la situation ; c'est de lui seul que dépend l'issue du procès et nous souhaitons qu'il juge, non seulement avec ses connaissances techniques, mais aussi avec son cœur.

Rappelons-nous que les Allemands n'ont jamais fait — en aucune circonstance — de sentimentalité. Ils n'en font pas plus en matière d'assistance : il nous suffira de citer le livre récent (1) du Professeur Hoche et de Karl Binding : « *De l'autorisation de détruire les existences sans valeur* », pour donner une idée de ce que peut concevoir le cerveau d'un Germain !

Discussion

M. Toulouse demande à M. Brissot de lui indiquer la procédure allemande en matière de divorce d'un aliéné interné. Cette loi vise-t-elle aussi le divorce pour maladies physiques ?

M. Fillassier. — Les propositions de lois qui, en France, ont voulu introduire, dans la législation, le

(1) Professeur A. Hoche (de Fribourg-en-Brisgau) et Karl Binding. — *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form.* (Felix Meiner, Leipzig, 1920).

©BIUM

divorce pour cause d'aliénation, déclaraient que l'instance ne pourrait être engagée que si l'incurabilité était affirmée par des certificats médicaux.

Postérieurement à la discussion qui, il y a quelques années, s'éleva sur cette question ici-même, une nouvelle proposition de loi fut déposée : elle permet le divorce si l'internement a duré plus de 3 ans.

Je suis d'accord avec M. Brissot : les exemples tirés de la législation allemande ne sont pas en faveur de la nouvelle proposition de loi.

M. René CHARPENTIER fait observer que, d'une part, on peut contester que cet aphasique sans troubles mentaux soit à sa place dans un asile d'aliénés et que, d'autre part, même si l'on admet la légitimité du divorce pour aliénation mentale, la notion de divorce pour aphasie est beaucoup plus extensive encore.

M. MIGNARD. — L'observation de M. René Charpentier montre la pente dangereuse dans laquelle nous engagerait le principe du divorce des aliénés, qu'une assemblée médicale ne saurait considérer autrement que comme des malades. Demain, la mesure atteindrait les aphasiques, après-demain tous les malades chroniques. Et le mariage deviendrait un contrat que chacun pourrait résilier au moment précis où son conjoint aurait le plus grand besoin de son aide.

M. ARNAUD. — Si on admet le divorce pour cause d'aliénation mentale, on est inévitablement conduit à l'admettre pour toutes les affections chroniques et aussi pour l'incompatibilité d'humeur, laquelle rompt sans conteste « la communauté intellectuelle ».

On en arrive ainsi, par étapes logiques, au divorce par la volonté de l'un des conjoints. C'est un point de vue que l'on peut accepter ou combattre, mais nullement au moyen d'arguments d'ordre médical, lesquels n'ont rien à faire dans cette question.

C'est la conclusion à laquelle nous étions arrivés, au cours de la discussion qui a eu lieu, ici-même, peu d'années avant la guerre.

M. TRUELLE. — Il ne faudrait pas envisager avec trop d'émoi le côté sentimental de la question du

©BIUM

divorce des aliénés. Même sans divorce légal, nous en voyons beaucoup qui sont parfaitement abandonnés par leur conjoint. Celui-ci se trouve seulement amené, parfois, à une union de la main gauche, faute de pouvoir en contracter une seconde légitime. Inversement — c'est plus rare, mais j'en ai connu un cas — un divorcé peut continuer à s'occuper matériellement et même à s'intéresser moralement à son conjoint aliéné. Mais la loi allemande n'accorde-t-elle pas, en prononçant le divorce, l'obligatoin au conjoint fortuné de subvenir — au moins en partie — aux besoins de l'autre ?

M. Brissot. — La procédure de divorce est la suivante en Alsace-Lorraine : le conjoint introduit la demande auprès du Tribunal de Baillage. Le juge saisit alors officiellement le Directeur de l'asile d'aliénés où l'autre conjoint est traité et lui demande son avis, en se basant sur le paragraphe 1569 du Code civil allemand.

Il est lamentable de penser que des malades aphasiques ou paraphasiques peuvent être l'objet d'une demande en divorce parce que toute communauté intellectuelle a cessé entre eux et leur conjoint.

Les assurances sociales allemandes instituées en Alsace-Lorraine sont un véritable bluff ; elles lèsent la classe ouvrière beaucoup plus qu'on ne pourrait le croire ; elles sont, en définitive, plus préjudiciables qu'utiles.

Psychose hallucinatoire chronique: Systématisation délirante. Idées de persécution; de négation et délire ambitieux. Syndrome de Cotard.

Par le Dr Maurice Brissot

L'évolution de certains délires chroniqués qui, au bout d'un temps plus ou moins long, aboutissent à une période ambitieuse, est, d'une façon générale et sans

©BIUM

qu'il y ait beaucoup d'exceptions à la règle commune, à peu près immuable. Ainsi que l'a décrit Magnan, le stade interprétatif, l'inquiétude du début conduisent assez rapidement les malades à l'idée de persécution, qui se trouve alimentée et renforcée par des troubles hallucinatoires multiples. Après une période de systématisation dont la durée est variable, l'activité délirante diminue et l'idée de persécution fait place à l'idée de grandeur : assez souvent même, ces deux variétés de délire coexistent.

Dans l'observation que nous rapportons aujourd'hui et qui est celle d'une femme appartenant à la bourgeoisie alsacienne, nous voyons le mécanisme normal du délire subir une modification sensible. La systématisation de la psychose se fait par une série de stades évolutifs, et l'on constate l'interposition d'un délire de négation entre la phase de persécution et la phase mégalomaniaque.

Ces idées de négation procèdent *directement* des idées de persécution : elles *engendrent* les idées de grandeur.

Ce n'est que tardivement qu'un syndrome de Cotard apparaît et se complète ; il va de pair, à cette période, avec la mégalomanie et quelques idées de persécution qui subsistent par intervalles.

Ajoutons qu'à l'heure actuelle, le champ d'activité psychique de la malade se restreint. L'agitation motrice se fait de plus en plus bruyante.

La désagrégation mentale n'est plus éloignée.

Observation. — G... Berthe, 56 ans, célibataire, entre à l'Asile de Rouffach le 7 janvier 1920.

Antécédents personnels. — A 12 ans, péritonite grave. Opérée à l'âge de 30 ans pour strabisme.

Début des troubles mentaux en 1912-1913, à l'époque de la ménopause. Les manifestations pathologiques ont commencé par des insomnies, des maux de tête, des moments d'excitation. Puis, peu à peu, la malade est hantée par des idées de persécution et des idées mélancoliques encore mal systématisées.

Soignée tout d'abord en Suisse, à Interlacken (1912-

©BIUM

1913). De 1914 à 1919, elle est hospitalisée dans une clinique particulière, à L... sur les bords du lac de Bienne,

Pendant son séjour en Suisse, G... avait des idées de persécution avec tendances sexuelles et des hallucinations de l'ouïe : elle désignait ses persécuteurs et s'agitait de temps en temps. L'alimentation devenait difficile. Elle est transférée le 11 décembre 1919 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, d'où elle vient à Rouffach avec le diagnostic de « catatonie ».

Antécédents héréditaires. — *Père* décédé à 58 ans d'une affection cancéreuse. Etait très intelligent.

Mère morte à 81 ans d'une maladie de cœur. Vers l'âge de 35 ans, elle aurait eu des troubles mentaux (mélancolie) qui auraient disparu rapidement.

Grands-parents : Rien à signaler.

Oncle paternel décédé. Etait syphilitique et a souffert de troubles vésaniques graves à la fin de sa vie.

La malade a :

Un frère de 50 ans qui, pendant la guerre, à Munich, a présenté des accidents nerveux. Ce dernier est toujours très irritable, ne supporte rien. Tempérament de longue date névropathique.

Une sœur de 52 ans, également très nerveuse.

Un frère est décédé en 1914, à l'âge de 56 ans, d'un néoplasme de l'intestin. Il était aussi très nerveux et buvait beaucoup.

Etat mental au moment de l'entrée. — Pas d'affaiblissement intellectuel : Mlle G.., paraît être très instruite. Elle s'exprime éloquemment, mais en termes un peu emphatiques. On constate chez elle des idées de persécution très vives avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale : une bande de faussaires, dit-elle, lui a enlevé tous ses papiers d'état civil. On l'empoisonne avec des gaz et c'est pourquoi sa jambe gauche est paralysée. De même, voilà trois années qu'elle n'a plus d'estomac et bientôt plus d'intestin. Elle est la victime de gens qui lui ont « enlevé » ses organes.

La malade s'excite assez facilement. Soliloquie.

Déjà à cette époque, on note une ébauche d'idées de grandeur. Lorsqu'on prononce devant elle son nom de famille, elle s'irrite et déclare : « Je ne m'appelle pas comme ça. »

Etat physique. — Apparemment bon. Pas de troubles organiques : aucun symptôme de paralysie des membres. Il

©BIUM

existe cependant une impotence fonctionnelle de la jambe gauche qui est légèrement œdématiée et qui porte des plaies contuses.

Le pied gauche est déformé.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Réactions pupillaires normales.

Strabisme de l'œil gauche.

Pas de gâtisme.

Etat actuel. — La malade achève rapidement sa systématisation délirante : les idées de négation se complètent, le syndrome de Cotard apparaît : « Voilà 3 ans 1/2, dit-elle, « que je n'ai plus d'estomac, depuis 4 ans 3/4, je n'ai « plus d'intestins, mon cœur a changé de place ; je ne « mourrai jamais, je suis immortelle. »

Dans le même temps, surgissent des idées ambitieuses qui dominent bientôt tout le tableau clinique : Mlle G... refuse de porter son véritable nom et prétend être « la fille du Duc de Nemours-Orléans ». Elle se nomme elle-même « Duchesse Bertha de Nemours ». Un délire de filiation imaginaire se juxtapose à cette mégalomanie : la malade déclare qu'on a « falsifié » son acte de naissance. Son véritable père était le neveu du duc d'Aumale ; elle n'est pas née à N..., en Alsace, comme on voudrait lui faire croire, mais en Belgique, à Bruxelles.

Dans une logorrhée continue qui s'accompagne de turbulence, Mlle G... prononce une série de noms aristocratiques qu'elle s'attribue comme étant les membres de sa famille. Ses écrits incohérents dans leur ensemble, reflètent ses paroles, ce qui semble être l'indice d'une déchéance intellectuelle proche. La malade fait preuve cependant parfois d'une certaine vivacité d'esprit et se montre espiègle. Lorsqu'on lui demande son âge, elle répond en riant « on a seulement l'âge qu'on porte. »

Cette dernière manifeste toujours des idées de persécution, qui sont toutefois incomparablement moins actives qu'au début : le poison qu'on lui a donné, avoue-t-elle « a durci ses muscles du cou, comme du fer ». Il semble même actuellement que la malade rapporte certaines idées de persécution à ses idées de grandeur et qu'elle fasse un délire rétrospectif. Elle déclare par exemple que, si on l'empoisonne, c'est en raison de sa parenté illustre et parce qu'elle est la fille du Duc de Nemours. Elle endure de pareils sévices depuis l'âge de 4 ans..., la Reine d'An-

©BIUM

gleterre (qui n'est pas de sa famille) l'a embrassée quand elle était jeune, etc...

Ajoutons que Mlle G... s'agite, parle et crie presque constamment de jour et de nuit.

L'état physique reste bon.

Discussion

M. Leroy. — Dans le délire chronique de Magnan, le stade de persécutions interprétatif et hallucinatoire est long ; interprétations et hallucinations n'étant, du reste, que deux manières très voisines qu'emploie le malade pour expliquer son délire créé par le psychisme même du sujet et dont il n'est que l'exagération.

Quant aux idées de grandeur, elles peuvent survenir tardivement, comme le dit Magnan, ou jamais, ou au début de l'affection mentale. Ceci s'explique parfaitement si on considère qu'elles ne sont — comme les idées de persécution — que l'expression des tendances constitutionnelles du paranoïaque.

Que le délire systématisé soit interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif — et ces combinaisons sont de beaucoup les plus fréquentes — le mécanisme psychologique en est des plus simples, lorsqu'on veut bien se rendre compte que le malade délire avec les éléments de son état mental primordial et en donne l'explication par des procédés psychologiques normaux. Dans les célèbres discussions qui ont eu lieu ici-même sur le délire chronique, nos anciens maîtres ont voulu voir une évolution logique et une transformation qui ont été vivement combattues, parce qu'elles étaient souvent en désaccord avec les faits cliniques. Il semble bien que ces controverses souvent fougueuses n'avaient pas grande importance, tout le monde ayant tort et raison. Le paranoïaque est persécuté parce que méfiant, orgueilleux parce que infatué de lui-même. Ces deux tendances constitutionnelles peuvent se faire jour simultanément ou successivement. Elles lui permettent d'imaginer un délire plus ou moins complexe, plus ou moins cohérent, où les hallucinations mêmes ne

sont que l'objectivité de son idée, le reflet de son psychisme. Cela est si vrai que le délire varie avec l'intelligence, l'éducation et le milieu social du sujet.

Le cas de M. Brissot est encore plus compliqué, puisque sa malade présente des idées de négation allant jusqu'au syndrome de Cotard. Il est permis de supposer qu'elle est en même temps une hypochondriaque et l'on connaît la fréquence des idées hypochondriaques dans la psychose hallucinatoire chronique. Les délires systématisés de persécution sont, du reste, extrêmement nombreux comme variétés. Le délire chronique de Magnan est une forme idéale très rare, telle qu'elle a été décrite par notre Maître. Ceci tient à la complexité des états mentaux, qui sont la base même et les éléments essentiels donnant au délire sa formule.

M. Brissot. — Il nous a paru intéressant de relater cette observation, par suite de l'interposition entre des idées successives de persécution et de grandeur, d'un délire de négation avec syndrome de Cotard.

Il semble, d'ailleurs, que le rythme classique (idées de grandeur procédant directement des idées de persécution) soit intervenu secondairement, ainsi que notre observation le rapporte.

Mélancolie anxieuse et syndrome de Basedow. Délire interprétatif d'auto-accusation et délire imaginatif.

Par le Dr Maurice Brissot

Mme B..., née C..., Marie, âgée de 57 ans, entre à l'Asile de Rouffach le 20 juin 1919, avec le diagnostic de « mélancolie ».

Observation. — *Antécédents.* — Nous avons peu de renseignements sur l'hérédité de la malade qui s'est toujours montrée très réticente à ce sujet. Nous savons seulement que son père et sa mère sont décédés, l'un à 75 ans, l'autre vers la cinquantaine. Cette dernière était assez nerveuse,

©BIUM

psychopathe, et a passé son existence à se soigner pour des maux le plus souvent imaginaires. Il semble qu'il y ait de ce côté certaines tares mentales, qui auraient frappé les grands-parents et des oncles, surtout du côté maternel. En outre, un frère et une sœur, habitant la Belgique, sont depuis plusieurs années traités dans un Etablissement d'aliénés, et une cousine est actuellement internée à l'asile de Rouffach.

Mme B... appartient au milieu bourgeois alsacien ; très cultivée, intelligente, musicienne, de sentiments très français, elle parle couramment notre langue et s'est réjouie du retour de l'Alsace à la mère-patrie.

Son mari est mort d'une affection cardiaque quelques années avant la guerre. Elle a eu 4 enfants, deux garçons et deux filles, tous vivants à l'heure actuelle. Celles-ci n'ont jamais présenté de troubles quelconques et sont en bonne santé. Les deux fils au contraire, ne jouissent pas d'un équilibre intellectuel parfait : l'aîné, qui est pharmacien, est un déprimé avec symptômes de Basedow fruste ; il semble peu intelligent. Le cadet a subi une séquestration de six mois dans un asile d'aliénés, pour débilité mentale.

Histoire de la maladie. — Jusqu'à l'époque de son entrée à l'asile, en 1919, Mme B... a été bien portante. Aucun symptôme pathologique lors de ses maternités : elle était seulement plus impressionnable et plus irritable que de coutume.

Les premiers troubles se sont manifestés vers l'âge de 52 ans, au moment de la ménopause. Elle avait des périodes de dépression, se tourmentait pour des choses insignifiantes et gémissait parfois une partie de la journée. Ces troubles s'accentuant, elle est conduite trois ans plus tard à Rouffach. Le médecin allemand qui la soigne à son arrivée dans l'établissement, fait le diagnostic de mélancolie de la ménopause. (Dépr. Klimacterium). Il constate chez elle des scrupules religieux et une tendance à l'autoaccusation. La malade se fait toutes sortes de reproches sur sa vie passée et déclare qu'elle a beaucoup à se repentir, ayant trop manqué à ses devoirs. Les idées mélancoliques s'accompagnent de quelques idées frustes de persécution qui se traduisent par de la moquerie et de la méfiance.

Au bout de quelques semaines, Mme B... verse en plein dans le délire mélancolique. Nous la prenons à ce moment

dans notre service et sommes obligés de l'aliter, en raison des symptômes aigus qu'elle manifeste. Les idées de culpabilité dominent la scène et s'accompagnent de phénomènes anxieux, qui nécessitent une surveillance étroite de la malade. Celle-ci ne cesse de gémir, s'accusant des méfaits les plus imaginaires, se reprochant d'avoir mal élevé sa famille, d'être la cause de tous les tourments de l'humanité qui disparaîtra par sa faute, etc...

Notons que, depuis longtemps déjà, Mme B... présente un syndrome de Basedow à peu près typique, avec goître, exophtalmie — qui lui donne le masque tragique — et tachycardie. Or, nous avons fait la constatation, à plusieurs reprises, que les paroxysmes anxieux étaient très diminués par l'ingestion de thyroïdine.

Cette période de délire dure six mois : les symptômes mélancoliques diminuent, l'agitation anxieuse disparaît et Mme B... semble retrouver peu à peu son activité d'autrefois. Elle lit, fait de la musique, s'occupe à des travaux de couture, bref, paraît reprendre goût à l'existence.

C'est à ce moment que la malade entre dans une deuxième phase, une phase mélancolique interprétative et imaginative. Elle se figure que la guerre récente est venue en expiation de ses péchés : « Les origines de ce cataclysme, « nous avoue-t-elle, sont beaucoup plus profondes que vous « ne pouvez le supposer. Aussi, la seule personne res- « ponsable de cette effroyable tuerie — nous citons ses « propres paroles — ce n'est pas l'empereur d'Allemagne, « mais moi ! » La lecture des journaux fournit un aliment quotidien à son délire : elle interprète tout ce qu'elle lit, surtout ce qui a rapport à la guerre ou aux négociations de paix, dans un sens égocentrique. Elle passe en revue les événements qui se sont déroulés depuis son enfance (délire rétrospectif) et en arrive à s'attribuer un rôle surnaturel qu'elle déclare comprendre seulement aujourd'hui. Tout incident, si minime fût-il, est prétexte à interprétation. C'est ainsi qu'elle lit un jour, que le train dans lequel se trouvait M. Clemenceau avait subi du retard, causé par une avarie de machine. *Conclusion ?* Il n'est pas douteux qu'elle ne fût pour quelque chose dans cet accident !

Mme B... bâtit bientôt un roman dans lequel prédominent les auto-représentations mentales et les illusions de fausse reconnaissance. Elle se figure que la fin du monde est imminente (elle en indique la date) et qu'ensuite, ce sera le

©BIUM

« renouveau », car si elle doit périr à l'époque annoncée, toutes les personnes ne subiront pas le même sort ! Il semble qu'un certain métabolisme apparaisse dans le psychisme de la malade ; celle-ci donne une signification spéciale aux objets qui l'entourent, ainsi qu'aux faits et gestes des gens (infirmières, sœurs, médecins, autres malades) qui l'environnent et qu'elle reconnaît comme étant des personnages disparus depuis plus ou moins longtemps, comme le Père Lacordaire, saint Jean Chrisostome, son mari même, etc... L'interne du service était pris pour « l'Enfant-Jésus de Prague » parce que, dans son nom d'origine tchèque, se trouvaient les quatre lettres du mot Jesu !

Pendant toute cette période, qui a duré jusqu'à sa sortie, Mme B... n'a pas cessé d'être calme et de se livrer à toutes les distractions intellectuelles qui pouvaient lui être offertes, telles que musique, théâtre, promenades, etc... Libérée de ses préoccupations délirantes, c'était une femme d'un commerce agréable, remarquablement intelligente, artiste, et d'un goût sûr.

De très légères crises anxieuses paroxystiques se sont produites vers la fin de son séjour à Rouffach, lorsqu'elle a su qu'elle allait rentrer dans sa famille. La crainte de ne pouvoir assez cacher à ses enfants « les conflits de sa conscience » — nous employons son expression — la tourmentait et l'obsédait. C'est ainsi qu'elle se figurait être « l'antéchrist » et sa douleur morale était grande.

Mme B... a quitté l'établissement le 18 octobre 1920, pour se rendre en Belgique. Jusqu'à ce jour, elle s'est bien comportée.

Cette observation nous a paru intéressante, car elle nous permet de suivre l'évolution d'une psychose, dont le rythme primitivement banal, classique, se transforme petit à petit, pour aboutir à un complexus morbide, symptomatique des tares dégénératives profondes que porte la malade. Peut-être devons-nous penser que l'allure atypique, imprimée à l'affection mentale, a été la résultante des complications provoquées par la lésion du corps thyroïde ?

Discussion

M. Briand. — Si l'on se donne la peine de rechercher les éléments du syndrome de Basedow chez les

aliénés, on le trouve très souvent, à l'état fruste, en particulier chez les déprimés mélancoliques ; il est fréquent, aussi, chez les commotionnés et peut disparaître après un temps plus ou moins long. Il se résume en un menu tremblement des doigts, de la tachycardie, de l'exophtalmie plus ou moins accusées et parfois, mais pas toujours, une augmentation de volume du corps thyroïde.

M. René CHARPENTIER. — J'ai observé comme M. Briand l'association du syndrome de Basedow et des états maniaques ou mélancoliques et j'en ai publié des cas en collaboration avec Courbon.

Par contre, il m'a paru que souvent le diagnostic de syndrome basedowien basé sur une légère exophtalmie douteuse (?), un léger tremblement et de la tachycardie, était fait un peu facilement, alors qu'il s'agissait de troubles émotifs en rapport avec l'état psychopathique. D'une discussion qui suivit le rapport de M. Roussy au Congrès de Strasbourg (1920) et à laquelle prirent part MM. Sollier et Roubinovitch ici présents, il se dégagea la conclusion que le goître exophtalmique, qu'on avait dit être parfois d'origine émotive, ne fut pas directement causé par les multiples et vives émotions de la guerre.

M. TOULOUSE. — Le syndrome basedowien s'observe assez fréquemment dans les services de femmes aliénées. On sait d'ailleurs les rapports de la fonction menstruelle avec le corps thyroïde.

M. SOLLIER. — La plupart des chefs de centres neurologiques qui ont pris part à la discussion au Congrès de Strasbourg, sont arrivés à la conclusion que le véritable syndrome de Basedow fruste avait été exceptionnel, même chez les commotionnés. Pour ma part, sur 20.000 malades passés au Centre Neurologique de Lyon pendant plus de quatre ans, je n'ai jamais constaté de véritable syndrome de Basedow, même fruste, mais simplement des réactions émotives, caractérisées par une légère exophthalmie et de la tachycardie, qui disparaissaient assez rapidement après la commotion. Mais je n'ai jamais rencontré de syndrome basedowien ayant évolué vers un Basedow vrai. Je crois

©BIUM

qu'il faut être très prudent avant de porter le diagnostic de syndrome de Basedow même fruste.

M. ARNAUD. — J'ai été surpris et un peu troublé par ce que nous a dit M. Briand de la fréquence du syndrome de Basedow chez les femmes mélancoliques. C'est une constatation qui jusqu'à présent m'a échappé et sur laquelle je me promets de porter mon attention. Je ferai simplement observer qu'il est nécessaire de contrôler avec soin la fréquence d'un syndrome thyroïdien plus ou moins net dans les états mélancoliques ou maniaques, en raison des conséquences pratiques qu'elle pourrait entraîner. On a, en effet, proposé, comme traitement de ces troubles mentaux, l'intervention chirurgicale sur la thyroïde, et cela, on en conviendra, mérite d'être examiné de très près.

M. Raymond MALLET a trouvé chez d'anciens commotionnés revenus au front et évacués de nouveau, des accidents qui peuvent se rapporter à la série émotionnelle et être d'ordre sympathique plutôt que mériter le nom de Basedow fruste : angoisse, tremblement émotif, troubles vaso-moteurs, accès de tachycardie paroxystique avec état syncopal, sans exophtalmie notable, sans augmentation de volume du corps thyroïde appréciable.

M. DUPAIN. — Chef d'un Service de Femmes, j'ai observé de nombreux cas de syndromes de Basedow chez des malades atteintes de mélancolie, à l'époque de la ménopause. J'ai fait, à peu près, les mêmes constatations que M. Toulouse.

M. BRISSOT. — Notre malade est atteinte de maladie de Basedow franche (goître, forte exophtalmie, tachycardie) qui s'est aggravée au moment de la ménopause, à l'époque où le délire mélancolique est apparu.

Son fils présente une hérédité similaire : c'est un jeune homme de 30 ans, basedowien (exophtalmie considérable) et qui manifeste des symptômes de dépression déjà très accentués. Il est élève chez un pharmacien de K..., mais ses scrupules et sa dépression lui rendent l'exercice de sa profession difficile.

J'ai obtenu, par l'emploi de l'anti-thyroïdine, la diminution des phénomènes anxieux chez notre malade.

©BIUM

Dissociation psycho-organique, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique.

Par M. Georges PETIT,
Médecin-adjoint de l'Asile de Bourges

A mesure que se multiplie le nombre des observations d'encéphalite épidémique et que s'étendent le champ et la durée de ces observations, s'affirme de plus en plus la notion de la gravité de cette infection et de sa virulence tenace et persistante à l'égard des diverses régions du système nerveux. De plus en plus, on constate que bien des prétendues guérisons proclamées avec trop d'optimisme au début de l'épidémie actuelle constituaient en réalité, dans l'évolution de la maladie, de simples rémissions ou intermissions, suivies, à plus ou moins brève échéance, de rechutes ou de récidives ; et si l'on a pu noter que certaines séquelles ou états résiduels demeuraient assez longtemps fixes et immuables, on observa également des exacerbations ou des reviviscences subites de ces états, véritables « réchauffements de foyers mal éteints ». Si bien que l'on peut décrire actuellement, à côté des formes suraiguës, aiguës ou subaiguës de l'encéphalite épidémique, des *formes chroniques ou prolongées* de cette maladie, dont l'évolution se manifeste, avec des modalités fort diverses, pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années.

Ces faits, déjà signalés pour les formes banales d'encéphalite épidémique à manifestations organiques prédominantes, paraissent avoir beaucoup moins retenu l'attention pour les « *formes mentales* » de cette maladie. Aussi, nous a-t-il semblé de quelque intérêt de rapporter à la Société les remarques suggérées par deux observations de ces « *formes mentales prolon-*

©BIUM

gées d'encéphalite épidémique » (1), choisies, parmi bien d'autres, à cause de leur évolution assez particulière.

OBSERVATION I (2). — RÉSUMÉ. Forme mentale prolongée d'encéphalite-épidémique évoluant pendant plus d'une année en 3 périodes. 1re Période (2 mois et demi) : syndrome psycho-organique (algies, fièvre élevée, syndrome choréo-myoclonique, troubles oculaires, somnolence, confusion avec agitation, crises d'anxiété, excitation psycho-motrice et génitale, amnésie, etc.). 2e Période (8 mois et demi) : syndrome psychopathique pur (obsessions, phobies, idées de suicide, préoccupations hypochondriaques, crises d'anxiété, variabilité de l'humeur, agitation motrice, etc.). Eclipse totale des troubles organiques. 3e Période (1 mois et demi) terminée par la mort : reviviscence des signes organiques (syndrome paréto-ataxique, troubles oculo-pupillaires, dysmétrie, myotonie, fièvre, etc.) avec symptômes psychiques graves (agitation motrice violente, agressivité, alternatives de lucidité et de confusion, etc.).

Le 10 juillet 1920 entrait à l'asile de Bourges un jeune cultivateur de 23 ans, Lucien C... Les certificats immédiats et de quinzaine caractérisaient son état de la façon suivante : dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions et phobies. De fait, pendant les premiers mois de son séjour à l'asile, ce malade se présenta à l'observation quotidienne comme un banal déséquilibré, obsédé, phobique et impulsif. Parfaitement lucide, orienté et conscient, Lucien C. racontait volontiers qu'il était venu de lui-même et sur sa propre demande chercher à l'asile le refuge et les soins nécessaires devant la persistance inquiétante de manifestations pathologiques dont il reconnaissait spontanément le caractère morbide et le danger pour sa propre sécurité. « Ma place est bien ici, déclarait-il en souriant tristement ; mais si je suis dangereux, c'est pour moi-même. Plus cela va, plus je me sens malade. Quand je passe sur un pont ou devant un puits, j'éprouve immédiatement le désir de me jeter dans le vide. Lorsque je grimpe des étages, j'en mesure aussitôt la hauteur avec l'idée de me précipiter en bas. J'ai peur du vide, et cependant il m'attire et m'appelle... Ne croyez pas, ajoutait-il, que je n'essaye pas de réagir con-

(1) Georges PETIT. — *Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. Soc. Médic. des Hôp. de Paris,* 22 avril 1921. *Bull. et Mém.,* n° 13, p. 550.

(2) Communiquée par M. le Dr Vernet, que nous remercions de son obligeance.

©BIUM

tre ces idées de suicide ; mais ma volonté n'y peut rien : c'est malgré moi. Je suis attiré par une force supérieure à toute volonté et à tout raisonnement. »

Lucien C. accusait également d'autres phobies et d'autres impulsions : la phobie des espaces clos, la peur d'être poussé à briser des vitres ou à s'agiter à l'exemple des autres malades. Alité au premier étage, il demande instamment à descendre au rez-de-chaussée. Une nuit, il appelle le veilleur et le supplie de lui passer la camisole, « sinon, dit-il, je vais être obligé de casser les vitres ». (En réalité, la simple affirmation par l'infirmier que le malade était trop raisonnable pour agir de la sorte suffit à le calmer immédiatement).

Fils d'un père qui aurait été atteint vingt ans auparavant d'un accès passager de « courbature cérébrale », Lucien C. appartient d'autre part par sa mère à une famille dont sept à huit membres ont été internés à l'asile de Bourges.

Personnellement, et quoique doué d'une instruction et d'un niveau mental supérieurs à son milieu social, Lucien C. s'est toujours montré d'un caractère assez bizarre ; taciturne, presque misogyne, il aimait à s'isoler, fuyant les bals et les réunions. Il déclarait lui-même avoir toujours été un « nerveux ». Mobilisé au front en 1915 dans un régiment d'artillerie lourde, il ne fut ni blessé ni évacué pendant la campagne ; mais il déclarait avoir présenté déjà de semblables phobies, pendant l'année 1918, à la suite, expliquait-il, de la frayeur provoquée par l'explosion d'un important dépôt de munitions ; déjà, à cette époque, il avait peur de monter sur les lieux élevés, de crainte d'être obligé de se précipiter dans le vide, et dans le train qui le ramenait en permission, il s'enfermait dans les water-closets « pour ne pas être effrayé par le vertige de la vitesse ». En outre, Lucien C. racontait qu'il était demeuré en « léthargie » pendant tout l'hiver 1919-1920, et qu'il ne gardait de cette période aucun souvenir.

Les renseignements fournis par la famille et le médecin traitant permirent en effet d'apprendre qu'en novembre 1919, Lucien C., après avoir accusé de violentes algies des membres, avait présenté un état fébrile subaigu (la température atteignit 39°5 et 40°) accompagné d'abord de confusion mentale avec agitation, puis d'une somnolence invincible qui persista pendant trois semaines environ. Il fallait secouer le malade pour le forcer à s'alimenter ; par-

©BIUM

fois même on ne parvenait pas à le réveiller. A cette hypersomnie succéda en décembre un syndrome choréo-myoclonique avec insomnie, logorrhée incessante, crises d'anxiété, excitation génitale (1), boulimie, etc. On nota également à cette époque des modifications de la marche et de l'équilibration, du tremblement et des troubles oculaires avec diplopie et exophtalmie de l'œil gauche. Ces troubles organiques disparurent en janvier 1920. Mais il s'établit alors, concurremment avec une amnésie portant sur cette première période de la maladie, l'état conscient de déséquilibration psychique caractérisé par des alternatives d'excitation, avec euphorie et logorrhée, et d'anxiété, avec fugues, phobies, impulsions et idées de suicide conscientes, qui motiva le placement du malade à l'asile.

Cet état mental si banal, qui ne s'accompagnait alors, répétons-le, d'aucun trouble somatique appréciable, persista avec les mêmes modalités pendant plusieurs semaines ; parfois, comme il est fréquent de l'observer dans les syndromes dégénératifs, Lucien C. se déclarait guéri de ses craintes et de ses obsessions, demandait sa sortie au médecin et écrivait à sa famille qu'elle pouvait enfin venir le retirer ; mais le lendemain, le malade, de nouveau anxieux, reprenait le cours de ses « idées fixes », comme il les qualifiait lui-même, et avouait qu'il n'était pas en état de sortir : « car l'araignée me travaille toujours », ajoutait-il plaisamment.

A la fin d'août 1920, Lucien C. accuse, en même temps que des vertiges et des céphalalgies intermittentes, des préoccupations hypochondriaques de siège varié : son estomac fonctionne mal, ses jambes manquent d'élasticité, son cœur se trouve « au cran d'arrêt », il craint de mourir d'une embolie, sa colonne vertébrale est déformée, etc. Il s'observe avec attention, surveille longuement les mouvements de ses articulations, cherche sans cesse à la quatrième page des journaux des remèdes à ses divers maux, réclame des médicaments supplémentaires et des bains prolongés. Il manifeste bientôt, en même temps, une légère anxiété presque constante, avec besoin incessant d'agir et de parler : il se livre à des exercices fréquents de gymnastique dans la cour que, d'autres fois, il arpente à pas pressés, il demande à monter sur le toit pour prouver qu'il n'a plus le

(1) A cette période, le malade aurait, à diverses reprises, tenté d'abuser de plusieurs fillettes de son village.

©BIUM

vertige, il invective soudain et sans motif les infirmiers et leur demande ensuite inlassablement de lui pardonner ses injures et de lui serrer la main en signe de réconciliation.

En septembre, on note, outre ces crises d'instabilité anxieuse de plus en plus fréquentes, de l'insomnie avec agitation confusionnelle nocturne : le malade bouleverse son lit, charge ses draps sur ses épaules, et vêtu seulement de sa chemise, demande à grands cris et sur un ton de commandement qu'on veuille bien le laisser partir. Peu à peu, cette agitation s'accentue, réapparaît même pendant le jour, et le malade doit être isolé ; il danse, chante ou pleure tour à tour, répétant inlassablement les mêmes plaintes ou les mêmes supplications. Vers le 20 septembre, ses réactions deviennent agressives : il réclame sa sortie sur un ton violent et menaçant, demandant la visite de son père qu'il appelle sans cesse nuit et jour dans les mêmes termes incessamment répétés. Dès qu'on pénètre dans sa chambre, il bouscule violemment ou saisit à la gorge les infirmiers qui s'opposent à ses tentatives de fuite ; d'autres fois, il s'accroche avec ténacité aux vêtements de ceux qui l'approchent. On note cependant, alternant avec ces périodes confusionnelles avec raptus agressifs, des moments de lucidité complète, de gaieté avec euphorie et chants, de tristesse avec pleurs. L'insomnie est presque absolue.

Le 1er octobre, on observe une sorte d'*ictus* assez particulier : l'agitation, très violente les jours précédents, tombe brusquement, et pendant un jour entier lui succède un état de prostration, avec mutisme, inertie motrice, membres en résolution musculaire. Ce jour-là, on note le soir une température de 39°2, qui atteint 40°5 le lendemain matin. Pendant la nuit cependant, l'agitation a repris avec la même violence et persiste pendant le jour : le malade quitte sans cesse sa couche, enlève sa chemise, reste debout près de son lit ou s'étend sur le parquet enroulé dans ses couvertures. Il ne veut donner aucune explication de ces actes, se bornant à appeler son père dans les mêmes termes monotones incessamment répétés. Les alternatives de confusion extrême, de mutisme avec agressivité soudaine, d'agitation désordonnée et de lucidité complète apparaissent très fréquentes d'un jour à l'autre et même au cours de la même journée. Du 1er au 10 octobre, la température subit des oscillations considérables, passant soudain de 38°8 à 34°6 dans une nuit, pour remonter progressivement à 37°,

©BIUM

retomber à 34°7, puis remonter à 38° ; du 10 au 14 octobre, elle redevient à peu près stationnaire, oscillant autour de 37°. On observe à ce moment un léger embarras de la parole et de la titubation dans la station debout. Mais tout examen physique complet est impossible, le malade résistant avec énergie ou se cramponnant avec ténacité aux assistants dès qu'on s'approche de lui.

Le même état d'agitation, plus accentué pendant la nuit, persiste durant tout le reste du mois d'octobre. Il s'accompagne de boulimie, de sialorrhée intermittente, d'incontinence complète des sphincters, d'œdème transitoire des membres inférieurs.

Au début de novembre, l'agitation est de plus en plus violente et désordonnée, surtout pendant la nuit. Le malade bouleverse sa literie qu'il déchire et barbouille de matières fécales, renverse son lit, brise les vitres et se promène nu dans sa chambre en désordre, en répétant souvent sur un ton monotone : « Donnez-moi mes effets, je veux m'en aller. » Il se cramponne immédiatement aux vêtements de ceux qui l'approchent, et il faut lutter avec lui pour s'en dessaisir. Le 5 novembre, le malade paraît encore plus obnubilé ; interrogé, il se montre tout à fait désorienté dans le temps et dans l'espace. Il nie être malade ou éprouver aucune douleur. Il nie également être l'auteur du désordre de sa chambre. Il répond d'une voix embarrassée, parfois un peu saccadée. On note du ptosis palpébral, de l'inégalité pupillaire, P. D. > P. G., de l'hypotonie de la face, des tressaillements de la langue, du tremblement très accentué des membres supérieurs et inférieurs à oscillations moyennes et irrégulières plus accentuées au niveau des extrémités, des secousses myocloniques très nettes au niveau des avant-bras, des mains et des membres inférieurs, en particulier au niveau de la jambe gauche. Les réflexes tendineux sont exagérés surtout à gauche. Pas de clonus. Pas de Babinski. La sensibilité à la piqûre paraît normale. Invité à se mettre debout, le malade déclare lui-même en riant qu'il ne sait ce qu'il a ce matin, qu'il ne peut se tenir debout ni marcher : « Je n'ai pourtant pas bu de pinard », ajoute-t-il, sur un ton jovial. De fait, le malade placé debout se tient raidi tout d'une pièce, avec tendance à la chute du tronc en arrière, lorsqu'il est abandonné à lui-même. Soutenu sous les bras, il avance avec peine en titubant, le tronc rejeté en arrière, lançant ses membres inférieurs à droite et à gauche d'une manière saccadée et

©BIUM

dysmétrique à la manière des cérébelleux. Le tremblement des membres inférieurs s'accentue à l'occasion de la marche. On note la même raideur avec mouvements lents et maladroits au niveau des membres supérieurs. Il existe de l'hypothermie : 34°5 le soir de ce jour, 35°5 et 34°7 le lendemain, 34°4, 35°9 et 34°5 les jours suivants. L'incontinence des sphincters est toujours totale.

Ces symptômes organiques persistent les jours suivants avec la même intensité, s'accompagnant toujours d'agitation nocturne, avec désordre des actes, et d'une variabilité extrême de l'état mental : c'est une succession ou un mélange extrêmement rapide et singulier de confusion absolue et de lucidité parfaite avec conscience entière de l'état pathologique, d'euphorie et de tristesse, de méfiance et d'indifférence. Le facies du malade, aussi variable, se montre tour à tour anxieux, souriant, pleurard ou indifférent. Pendant plusieurs jours, le malade répète sans cesse dès qu'on s'approche de lui, de la même façon obsédante et monotone : « J'ai confiance en vous, serrez-moi la main. » D'autres fois, il réclame sa sortie avec la même ténacité monotone ; « ou bien, ajoute-t-il en pleurant puérilement, qu'on me coupe le cou ».

Le malade meurt subitement le 8 novembre 1920 au cours d'une affection intercurrente (pleurésie droite avec épanchement)

L'autopsie montra seulement, outre les signes d'un épanchement pleural en voie de transformation purulente, accompagné de lésions d'induration tuberculeuse des sommets plus accentuées à droite, de la congestion des reins, du foie et de la rate, et une congestion intense de tout l'encéphale avec par places, à la coupe, principalement au niveau du mésocéphale, un léger piqueté hémorrhagique. Pas de signes macroscopiques de lésions en foyer. L'examen microscopique n'a pas été pratiqué.

En résumé, un jeune homme de 23 ans, taré au point de vue mental, a présenté durant treize mois une succession de syndromes mentaux que seule la notion des symptômes mentaux qui leur furent associés au début et à la période terminale de la maladie a permis de rattacher à l'évolution d'une encéphalite épidémique. L'affection de notre malade semble donc

©BIUM

avoir évolué en trois périodes (1) : une période initiale, durant laquelle troubles psychiques et troubles organiques se manifestèrent simultanément durant plusieurs semaines avec une telle intensité et avec de tels caractères que le diagnostic d'encéphalite léthargique fut porté justement par le médecin traitant ; une courte période terminale, où la même association psycho-organique imposa le même diagnostic ; une période intercalaire, beaucoup plus longue, durant laquelle, pendant près de 9 mois, se manifestèrent *uniquement* des troubles psychiques, lesquels, en raison de l'hérédité et des antécédents personnels du malade, pouvaient en imposer à l'aliéniste le plus consciencieux et le plus averti, pour un banal syndrome dégénératif chez un déséquilibré phobique et impulsif.

Cette disjonction prolongée entre les troubles psychiques, — variables mais toujours persistants, — et les signes organiques, — éclipsés totalement pendant plus de 8 mois, — a constitué, dans le temps, une véritable *dissociation psycho-organique*. Celle-ci s'est manifestée, durant cette période intermédiaire, avec une systématisation et une continuité telles que l'on conçoit les difficultés du diagnostic étiologique, même avec la notion des troubles psycho-organiques du début. Comment soupçonner en effet, derrière ce masque constant d'apparence purement psychopathique, la persistance d'une infection grave dont la reviviscence soudaine, — sous forme de manifestations organiques, — indiqua seule la virulence et la ténacité...

---

(1) Nous avons schématisé les diverses périodes de l'affection de nos malades dans les deux graphiques ci-joints (v. p. 256 et 257) où la hauteur des courbes au-dessus des deux lignes horizontales (représentant l'état normal) indique l'intensité respective des troubles mentaux et des troubles organiques. On remarquera que chacune des courbes est constituée par une série presque ininterrompue de clochers très aigus qui symbolisent la constante variabilité, en intensité ou en qualité, des divers troubles psycho-organiques. Ces *oscillations* perpétuelles de l'état psycho-organique, relevées déjà dans nombre d'autres observations, nous semblent tout à fait caractéristiques des « formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique ».

©BIUM

La deuxième observation a posé le problème de façon un peu différente, bien que la solution en ait été aussi tardive et aussi difficultueuse.

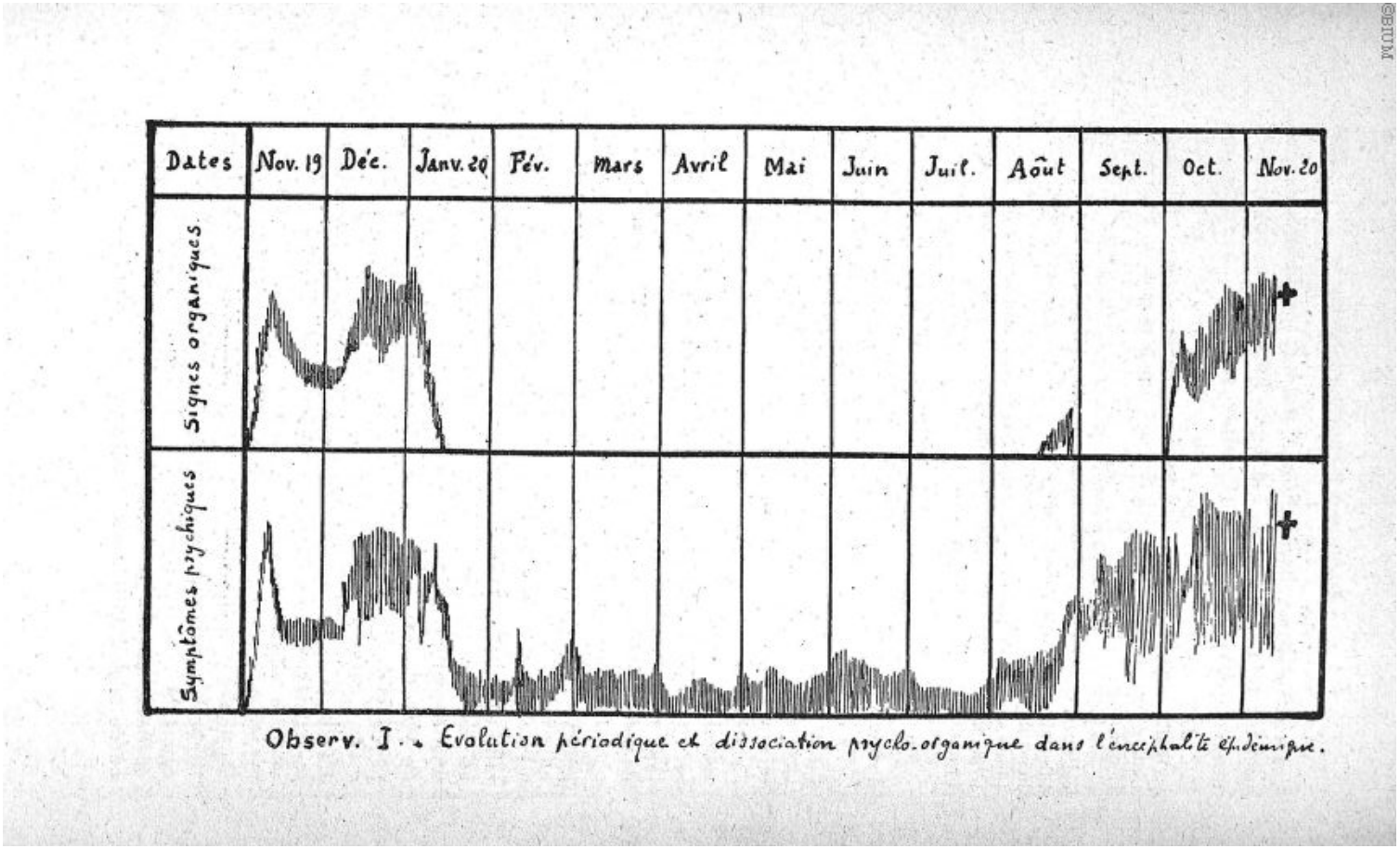
OBSERVATION II. — RÉSUMÉ. Forme mentale prolongée et intermittente d'encéphalite épidémique évoluant depuis 18 mois en 2 périodes séparées par une intermission. 1re Période (7 mois) : syndrome psychopathique pur (crises anxieuses pseudo-pithiatiques, idées mélancoliques, mutisme, légère excitation, etc.). Guérison apparente : intermission de 5 mois avec retour à l'état normal. 2e Période (évoluant depuis mars 1921) : syndrome psycho-organique (idées mélancoliques, agitation pseudo-pithiatique, asthénie, mutisme, sitiophobie, hypersomnie, tremblements, troubles oculaires, troubles de l'équilibration, hyperglycorachie, etc.).

Au mois de mars 1920 entrait pour la première fois à l'asile de Bourges une jeune fille de 21 ans, Jeanne T.

Cette malade présentait, depuis janvier 1920, un état dépressif avec idées d'humilité et d'auto-accusation, scrupules exagérés, préoccupations mystiques, refus intermittent d'aliments, auto-mutilation (la malade coupa brusquement sa chevelure sans vouloir donner le motif de cet acte), insomnie. Cet état s'accompagnait de fréquentes crises anxieuses assez bizarres, durant lesquelles la malade bouleversait tout dans son appartement, poussant des cris perçants ou de véritables hurlements, aboyant parfois à la façon des chiens et montrant les dents en menaçant de mordre ses parents pour lesquels elle déclarait ne plus éprouver aucune affection.

Ce syndrome dépressif, avec agitation anxieuse, coexistait, comme nous le constatâmes à l'entrée de la malade à l'asile, avec une lucidité parfaite, une conservation et une évocation correctes des souvenirs anciens et récents, et avec une conscience entière du caractère pathologique de cet état. Mlle Th. déclarait, sur un ton pleurard, qu'elle était « énervée », qu'elle n'avait aucun « goût à la vie », qu'elle était « inguérissable », et bien que niant toute idée de suicide, elle affirmait que la mort était préférable à son actuelle situation.

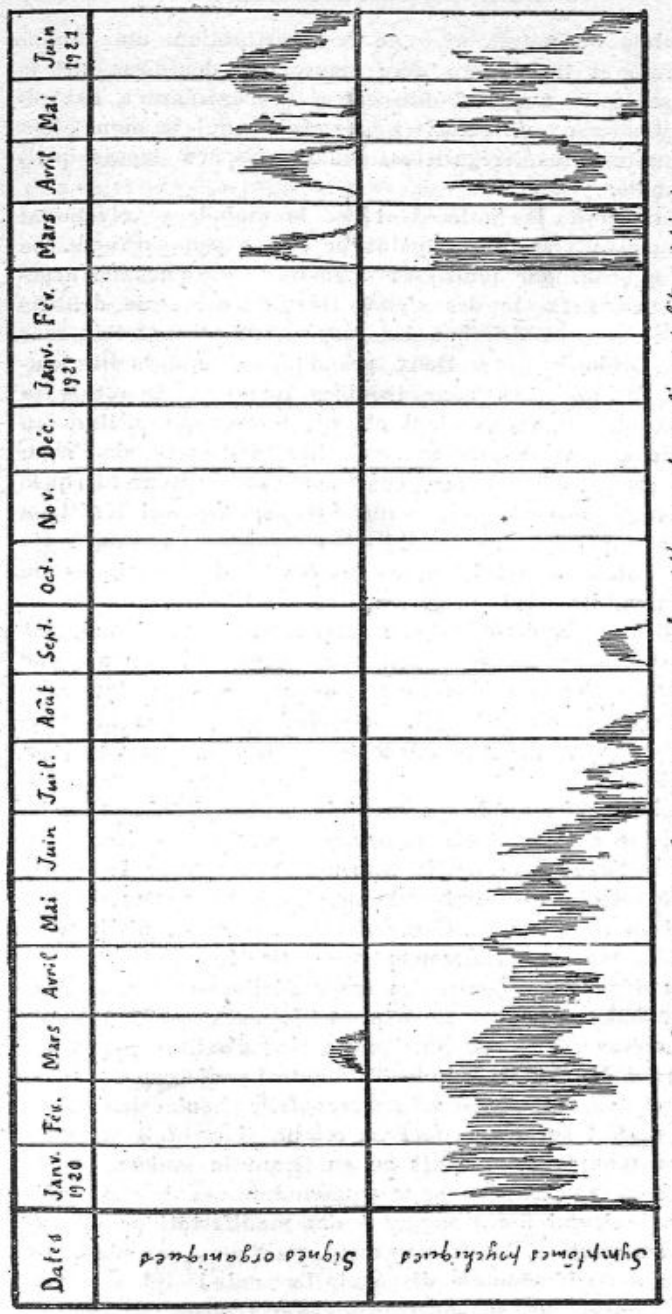
L'examen somatique ne permettait de déceler (à part, cependant, un tremblement léger généralisé et une légère titubation pendant la marche, qui ne fixèrent pas suffisamment notre attention à cette époque) aucun trouble oculaire, aucune modification appréciable de la motricité ou de la sensibilité. Il n'y avait pas de fièvre ; l'urine était



Observ. I. - Evolution périodique et dissociation psycho-organique dans l'encéphalite épidémique.

©BIUM

©BIUM



Obsérv. II. - Dissociation psycho-organique et intermittences dans l'encéphalite épidémique.

©BIUM

normale ; on notait, avec de la constipation, une langue saburrale et tremblante avec empreintes dentaires, de la cyanose légère avec refroidissement des extrémités, des réflexes tendineux un peu vifs. Les règles, qui se montraient d'ordinaire assez irrégulières, avaient disparu depuis quelques mois.

D'autre part, les antécédents de la malade se révélaient extrêmement chargés au point de vue psychopathique. Sa mère, qui offre de multiples stigmates physiques de dégénérescence, présente des signes très accentués de débilité mentale, avec incohérence des propos, troubles de l'humeur et du jugement, etc. Deux grand'tantes maternelles auraient été internées pour troubles mentaux. Quant à la malade, qui a pu cependant obtenir le certificat d'études à l'âge de 13 ans, elle présenterait habituellement, de l'aveu de ses grands-parents qui l'ont élevée, une lenteur marquée des divers processus intellectuels et moteurs qui témoigne d'un certain degré de débilité mentale ; la malade se livrait enfin, depuis quelques années, à des pratiques de piété manifestement exagérées.

Le diagnostic inclinait donc dans le sens d'un banal état dépressif avec conscience, crises d'anxiété et léger appoint pithiatique (cet état psychique pouvant être lié à des troubles de la sécrétion ovarienne), chez une jeune fille incontestablement prédisposée et tarée au point de vue psychopatique.

L'évolution du syndrome mental parut d'abord confirmer ce diagnostic. Durant les premiers mois qui suivirent son entrée à l'asile, Jeanne T. continue à présenter le même état dépressif avec semi-mutisme, idées délirantes d'autoaccusation et de damnation, refus intermittent d'aliments, crises de larmes, gémissements et cris intermittents. La malade demeurait d'ordinaire assez docilement alitée, conservant habituellement la tête cachée sous les draps. On put observer cependant plusieurs crises d'agitation anxieuse, durant lesquelles Jeanne T. montra parfois un maniérisme et des réactions singulières (elle bouleversait son lit, se roulait sur le parquet en criant, ébouriffait ses cheveux en montrant les dents ou en tirant la langue, se cachait sous son lit, en se cramponnant aux barres inférieures, etc.) qui firent songer à des manifestations pithiatiques surajoutées. Progressivement d'ailleurs, ces réactions s'atténuèrent. L'insomnie disparut. La malade, plus calme, accueillit avec des démonstrations affectueuses sa famille

©BIUM

qu'elle ne voulait plus recevoir durant les premières semaines qui avaient suivi l'entrée. Au début de juillet, Jeanne T. commença à se lever et à s'occuper avec activité et intelligence à divers travaux du service ; elle n'exposait plus aucune idée délirante et n'était plus déprimée : bien au contraire, elle paraissait euphorique, riant pour des motifs futiles et avec une exagération un peu puérile.

En septembre, il se produisit pendant quelques jours une légère récidive de l'état dépressif : la malade demeura alitée pendant le jour, se plaignant avec exagération d'une douleur vive de l'hypochondre gauche, avec sensation perpétuelle d'eau courante ; cette douleur ne semblait correspondre à aucun trouble organique appréciable. Durant tout le mois de novembre, Jeanne T. recommença à s'occuper avec activité, docile et correcte, riant peut-être encore avec un peu d'exagération ; elle continuait également à affecter un léger maniérisme, analogue à celui observé quelquefois chez certains enfants timides, mais qu'elle aurait présenté de façon habituelle, d'après sa famille, avant la maladie. Pour le reste, Jeanne T. se montrait parfaitement lucide et consciente, reconnaissant volontiers qu'elle avait été malade, et expliquant qu'elle était « énervée » parce qu'elle « avait les idées troublées » et que « ses nerfs la poussaient malgré elle » à crier, à faire des contorsions, à repousser toute alimentation, etc. L'appétit était alors devenu très vif ; la malade avait gagné 10 kilogs en un mois et demi. Le 23 octobre 1920, elle sortait de l'asile considérée comme guérie de son accès.

Le 17 mars 1921, Jeanne T. était réintégrée à l'asile. Nous apprenions que, revenue dans sa famille, la jeune fille s'était montrée tout d'abord normale, ou tout au moins telle qu'elle s'était toujours comportée avant le premier accès. Les règles même avaient réapparu à diverses reprises. Les nouveaux troubles mentaux auraient débuté seulement au début de mars 1921, par de l'insomnie, du mutisme, des troubles du caractère et de l'énervement. Puis la malade se mit à sauter dans son appartement, poussant de véritables hurlements, « comme une bête qu'on écorche ou comme un klakson d'auto », remarque sa famille, aboyant comme un chien, et montrant les dents d'un air féroce ; elle bouleverse sa literie, déchire ses vêtements qu'elle dilacère à coups de dents, déplace les meubles de sa chambre, tente de s'enfuir à diverses reprises par la fenêtre. Ces crises d'agitation, qui ne se sont jamais ac-

©BIUM

compagnées cependant de violences sur les personnes, se répétaient à diverses reprises dans la journée ; à ce moment, la malade ne tolérait aucune observation : elle montrait aussitôt les dents d'un air menaçant en criant qu'elle était enragée et qu'elle allait mordre. Parfois, ont remarqué ses parents, la malade se plaçait devant une glace pour aboyer ou faire des grimaces, en tordant la bouche et en grinçant des dents. Dans l'intervalle des crises, Jeanne T. se montrait au contraire déprimée, déclarant qu'elle était malade, que « ses nerfs étaient plus forts que sa volonté » et qu'elle ne pouvait s'empêcher de crier, d'aboyer et de mettre tout en désordre.

A l'entrée à l'asile, la malade, qui se trouve alors en période cataméniale, présente un état de mutisme complet. Le facies est maussade, le regard boudeur. On ne parvient à obtenir aucune réponse, aucune réaction, sauf au moment où l'on procède à l'examen physique. Jeanne T. commence alors à s'agiter. Elle étend et fléchit brusquement les membres inférieurs, secoue vivement la tête à droite et à gauche, saute du lit, trépigne en criant et en remuant la tête ; tout à coup, elle revient brusquement vers son lit, bouleverse ses draps et jette son matelas à terre. Elle court dans la salle en poussant des cris aigus, s'avance vers le médecin en agitant sa tête échevelée et en montrant les dents d'une façon menaçante ; soudain, elle s'interrompt et sourit un moment ; elle regarde ensuite autour d'elle d'un air anxieux, puis se jette sur son matelas qu'elle essaye de mordre et de déchirer à coups de dents et qu'elle finit par traîner autour de la salle en poussant des cris perçants. Durant toutes ces évolutions tumultueuses et bruyantes, la malade ne prononce pas une parole articulée, ne répond à aucune question, n'obéit à aucune objurgation ni à aucune menace.

De pareilles crises d'agitation furent observées durant les jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'asile, avec les mêmes caractères de maniérisme théâtral et d'exagération dramatique, d'apparences tout à fait pithiatiques : la malade se promène en chemise dans la salle en se dandinant et en se plaignant d'avoir froid ; lorsqu'on lui donne un ordre, elle ébauche un commencement d'exécution, puis se met à renâcler comme un cheval qu'on maîtrise, halète, pousse des cris aigus, saute en trépignant dans la salle ou se roule en hurlant sur le plancher. Parfois, elle exécute sans mot dire, avec les membres supérieurs et inférieurs,

©BIUM

des mouvements compliqués et bizarres d'apparence pseudo-choréiques. Mais il est à noter que l'agitation persiste avec les mêmes caractères singuliers aussi bien lorsqu'on paraît se désintéresser de la malade que lorsqu'on l'isole complètement. A plusieurs reprises même, cette agitation désordonnée se manifesta avec une grande violence pendant la nuit, durant laquelle la malade déchirait ou dilacérait sa chemise et ses objets de literie.

Dans l'intervalle de ces crises, et même parfois durant les périodes d'agitation qui ne s'accompagnent pas de mutisme, Jeanne T. se montre tout à fait lucide et orientée dans le temps et dans l'espace. Elle déclare qu'elle est malade, qu'elle a besoin de médicaments (qu'elle prend d'ailleurs sans difficultés) et qu'elle ne peut s'empêcher d'être « agitée » parce qu'elle est constamment « énervée » depuis le début de mars. Les premières « crises nerveuses », comme elle les qualifie elle-même, auraient été précédées et accompagnées de violentes céphalalgies.

Au point de vue physique, on note, outre de l'exagération des réflexes tendineux sans clonus ni Babinski, de la constipation opiniâtre, de la cyanose et du refroidissement des extrémités avec hyperhydrose, du tremblement léger des extrémités, enfin du strabisme interne de l'œil droit intermittent et fugace ; il n'existe pas à ce moment de troubles de la marche, de l'équilibration ni de myotonie. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Il n'existe pas de fièvre.

Ces accès d'agitation violente à caractères pithiatiques, coïncidant avec une lucidité parfaite, s'observent à plusieurs reprises jusqu'au 20 mars. Du 20 mars au 1er avril, on constate une véritable rémission durant laquelle la malade demeure tout à fait calme et lucide, se plaignant seulement d'asthénie. Le tremblement et le strabisme ont disparu. Du 1er au 12 avril, les crises d'agitation anxieuses récidivent avec une violence inouïe : la malade pousse des cris perçants ou de véritables hurlements inarticulés, trépigne des pieds, bouleverse sans cesse son lit. Elle accuse, en même temps, des idées d'auto-accusation, de damnation et de possession démoniaque. Elle répète souvent : « Je suis un démon... je suis le diable... j'ai le diable dans le corps... je suis enragée... je suis une bête féroce... je suis inguérissable... je suis la plus indigne et la plus ingrate des créatures... je suis bonne à mettre au feu... etc. » Elle pousse parfois des aboiements, exécute des mouvements

©BIUM

saccadés avec son maxillaire inférieur en regardant fixement son interlocuteur et en froissant avec énervement dans ses mains crispées ses draps et ses couvertures en désordre. Elle se balance également en sautant rythmiquement sur son sommier, ouvre et ferme la bouche spasmodiquement, criant, rugissant ou aboyant tour à tour, écartant les doigts d'un geste menaçant ou grimaçant avec exagération, mais sans jamais tenter de se livrer à une agression ou à un acte hostile à l'égard de son entourage. A cette période, Jeanne T. demeure maussade et taciturne durant les intervalles interparoxystiques, refusant souvent de s'alimenter, se cachant complètement sous les draps, ne répondant pas aux questions et dédaignant la visite de ses parents qu'elle consent à peine à regarder un moment sans leur dire un mot. Peu à peu s'établit alors jusqu'à la fin du mois d'avril, un véritable état de *somnolence invincible* dont la malade a conscience : « J'ai toujours envie de dormir ; j'ai tout le temps sommeil ; et quand je me réveille, j'ai soif. » De fait, il faut secouer vivement la malade pour la réveiller et la forcer à s'asseoir ; mais elle n'est pas plutôt sur son séant qu'elle se laisse retomber en arrière en disant : « J'ai trop sommeil », ferme les paupières et se rendort aussitôt profondément. Réveillée pour boire son lait, elle se rendort également aussitôt après avoir bu. Interrogée durant cette période, elle répond avec maussaderie et d'un air ennuyé : elle peut indiquer avec précision la date de son arrivée à l'asile, mais elle ne peut fixer exactement la date du jour. Elle proteste d'ailleurs contre cet interrogatoire qu'elle interrompt en disant : « Laissez-moi, j'ai trop envie de dormir. » Et de fait, elle se rendort immédiatement. On note à ce moment pendant quelques jours un léger œdème de la face du côté gauche, de l'inégalité pupillaire, P. D. > P. G., avec paresse des pupilles à la lumière, réflexe paradoxal et diminution du réflexe à l'accommodation. Le strabisme n'a pas réapparu à ce moment. Pas de nystagmus. Il existe un peu d'hypotonie des paupières et de la face, et parfois une ébauche de tic de succion. La malade répond sur un ton pleurard quand on la réveille. Mise debout et invitée à marcher, elle se cramponne aux autres lits pour ne pas tomber. Sans appui, elle trébuche tantôt à droite, tantôt à gauche, courant parfois en avant après son centre de gravité. Il faut la soutenir pour qu'elle ne tombe pas. Le tronc est fléchi légèrement en avant et un peu soudé.

©BIUM

La sensibilité est partout intacte, un peu hyperesthésiée au niveau des surfaces plantaires. Les réflexes tendineux sont vifs, mais sans clonus ni Babinski. Pas de secousses myocloniques. Pas de contracture ni de catatonie, mais parfois l'on peut observer une myotonie notable, mais transitoire, au niveau des membres supérieurs. La température ne dépasse pas 37°7 le soir. Le pouls, un peu hypotendu, est très variable et passe, en l'espace de 15 secondes, de 60 à 72 pulsations. La constipation est opiniâtre. Dermographisme très accentué. Pas de ligne blanche surrénale. La malade ouvre à peine les yeux, grommelle et se rendort profondément pendant que l'on continue à procéder à son examen physique.

Cette somnolence persiste sans interruption pendant huit jours consécutifs, du 12 avril au 20 du même mois. La malade se réveille à peine quand on la secoue, montrant un facies hébété et pleurard et se bornant à dire : « J'ai trop envie de dormir. » Ce disant, elle se renfonce sous ses draps et se rendort immédiatement. Du 20 avril au 3 mai, la somnolence est moins continue ; la malade présente alors, alternant avec des périodes d'hypersomnie toujours accentuées, des crises subites d'agitation anxieuse de peu de durée, avec cris perçants ou lamentations monotones et stéréotypées, tentatives de fugues, et, pendant quelques jours, de la sitiophobie absolue. Interrogée, elle déclare qu'elle est perdue éternellement, qu'elle ne peut plus demeurer ici et qu'elle doit s'en aller immédiatement, et elle répète inlassablement : « Je veux m'en aller... je ne veux pas rester. » Puis, elle se rendort subitement. Le strabisme interne de l'œil droit réapparaît d'une façon intermittente.

Du 3 au 14 mai, les crises d'agitation deviennent plus fréquentes et plus accentuées ; la malade pousse des cris stridents, recommence à faire des contorsions, à ouvrir et à fermer la bouche rythmiquement et avec exagération, à montrer les dents en prenant une mine féroce. Parfois, elle interpelle le médecin en le tutoyant, l'invective grossièrement ou lui tire la langue longuement et puérilement. Dans l'intervalle des crises, la malade se tient cachée sous ses draps ; mais elle ne dort plus, et présente seulement de la pseudo-somnolence (immobilité avec paupières closes ou mi-closes, l'attention demeurant éveillée et la lucidité complète). Interrogée, elle déclare qu'elle ne souffre pas physiquement, qu'elle présente « un chagrin mortel »,

©BIUM

qu'elle est « perdue pour l'éternité », « damnée », qu'elle a toute sa vie à se reprocher : « c'est pour cela, ajoute-t-elle, que je suis enragée ». Les troubles oculaires se montrent alors très accentués : il existe, de façon fréquente, du strabisme convergent des deux yeux, plus accentué parfois du côté gauche ; on note un jour du ptosis de la paupière droite. Le lendemain, la malade présenta à plusieurs reprises des vomissements alimentaires sans efforts à caractère cérébral.

Nouvelle rémission à peu près complète des troubles psycho-organiques du 14 au 20 mai. Du 20 mai au 15 juin, les crises d'agitation réapparaissent avec les mêmes caractères de maniérisme et de puérilisme de teinte pithiatique. Dans l'intervalle, l'état mental se montre très variable. Tantôt la malade, lucide et souriante, se montre très présente aux conversations qui se tiennent autour d'elle et auxquelles elle prend part avec à-propos ; tantôt, elle se montre inconvenante envers son entourage, invectivant sans motif les infirmières et les autres malades, insultant grossièrement le médecin pendant la visite. Un moment après, elle s'excuse de ces réactions, déclarant qu'elle parle et agit contre sa volonté et demandant à être isolée puisqu'elle se rend compte qu'elle est insupportable. A d'autres instants, elle répond sur un ton violent et affirmatif qu'elle est damnée, qu'elle doit aller en enfer où elle brûlera éternellement pour réparer le mal qu'elle a fait, etc. Parfois enfin, elle déchire soudain ses vêtements ou ses objets de literie, ou s'excite bruyamment à grands cris qui s'interrompent brusquement ; dix minutes après, elle est redevenue calme, lucide et consciente.

Les troubles organiques affectent la même variabilité : le strabisme interne de l'œil droit disparaît par intervalles pour réapparaître quelques minutes après ; on constate parfois le matin des tremblements des extrémités ou de brèves secousses myocloniques qui ne s'observent plus à l'examen ultérieur pratiqué le soir du même jour.

Depuis le 16 juin, après s'être montrée quelques jours maussade et taciturne, la malade n'a plus présenté de crises d'agitation. Elle demeure alitée, ne parlant pas spontanément, asthénique, l'air songeur et ennuyé ; mais ses sentiments affectueux ont réapparu, et elle accueille avec plaisir la visite de sa famille. Les troubles oculaires se manifestent encore par intermittences ; mais il n'existe plus de troubles de la marche ni de l'équilibration. Une

©BIUM

ponction lombaire pratiquée le 15 juillet a donné les résultats suivants : liquide couleur eau de roche, coulant modérément goutte à goutte. Nageotte : 1 lymphocyte environ. Albumine : 0 gr. 20. En revanche, *hyperglycorachie* appréciable : 0 gr. 637 (1).

En résumé, chez une jeune fille de 21 ans, tarée au point de vue névropathique, nous avons observé, au cours de ces dix-huit derniers mois, une première période de troubles psychiques caractérisés par un état dépressif avec idées d'auto-accusation, crises d'agitation anormales, etc. Cet état s'est prolongé pendant 7 mois, ne s'accompagnant alors que de très légers troubles organiques qui n'ont pas paru suffisants pour faire envisager à cette époque d'autre hypothèse que celle d'une psychose dégénérative banale chez une héréditaire prédisposée. Cinq mois après la terminaison de ce premier accès, un nouveau syndrome psychopathique se manifesta avec des caractères très analogues à ceux des premiers accidents, mais s'accompagnant cette fois de signes organiques multiples liés incontestablement à l'évolution d'une encéphalite épidémique.

Faut-il envisager ces deux accès comme différents au point de vue étiologique ? Si le second paraît indubitablement symptomatique d'une encéphalite épidémique, puisqu'il en présente les signes organiques classiques, doit-on au contraire rejeter cette origine pour le premier, et le considérer seulement comme un banal syndrome épisodique ayant apparu sous une cause fortuite chez un sujet héréditairement et personnellement taré au point de vue mental ? Nous ne le pensons pas.

Bien que la première crise psychopathique ne se soit accompagnée que de signes organiques à peu près nuls, (ou tout au moins trop discrets pour avoir attiré l'attention), nous estimons que ce syndrome initial pu-

(1) L'examen cytologique et chimique a été pratiqué par M. Galey que nous remercions de son obligeance.

©BIUM

rement psychique ressortissait à la même infection par le virus de l'encéphalite dont il constituait précisément les premières manifestations. D'une part, en effet, les symptômes mentaux constatés au cours du premier accès ont été tout à fait comparables à ceux du second, avec les mêmes caractères et les mêmes singularités cliniques sur lesquels nous insisterons plus loin. D'autre part, cette observation est la troisième où nous pouvons noter *l'apparition d'un syndrome purement psychopathique précédant de plusieurs mois les manifestations d'une encéphalite épidémique,* dont l'évidence ne s'imposa avec certitude que beaucoup plus tardivement, au moment de la constatation des troubles organiques classiques.

Dans une communication antérieure à la Société Médico-Psychologique (1), nous avons présenté, en même temps que des considérations sur les rapports qui semblent unir le syndrome classique du délire aigu et certaines formes d'encéphalite épidémique, deux observations assez analogues par leur début à celle rapportée plus haut. La première de ces malades, Mme D. F. (obs. VIII), avait présenté pour la première fois de son existence, en février 1920, un syndrome dépressif et confusionnel avec crises d'anxiété anormales, qui ne s'accompagnait alors d'aucun trouble organique appréciable, et qui avait paru guérir, au bout de quelques semaines, sans laisser de séquelles appréciables ; trois mois après cette apparente guérison, se manifestaient les signes d'une encéphalite à type psycho-organique, qui emportait la malade au bout de deux semaines. La deuxième malade, Mme C. A. (obs. IX) qui vit encore, mais qui est atteinte d'une forme mentale prolongée d'encéphalite (se manifestant encore actuellement après dix-neuf mois par des signes psychiques intermittents : instabilité psycho-motrice, crises d'anxiété), avait présenté également plusieurs crises anxieuses analogues plus de six

(1) G. Petit. — *Encéphalite léthargique et délire aigu. Soc. Méd.-Psych. de Paris,* 28 juin 1920. *Ann. Méd.-Psych.*, sept.-oct. 1920, n° 5.

©BIUM

mois avant la période psycho-organique de la maladie (1). Dans ces trois cas, l'apparition d'un état dépressif, avec crises d'anxiété anormales, précédant, plusieurs mois à l'avance, les autres manifestations psycho-organiques de l'encéphalite, pourrait être considérée comme un véritable *signal d'alarme* indiquant l'invasion, encore discrète mais incontestable, du système nerveux central par le virus de l'encéphalite.

Cette interprétation des faits spéciaux aux formes mentales de l'encéphalite n'apparaît nullement en contradiction avec les constatations effectuées dans les autres formes banales de cette maladie. Considérée d'abord comme frappant exclusivement et électivement le mésocéphale, le virus de l'encéphalite, on le sait aujourd'hui, peut atteindre les régions du névraxe les plus variées, depuis la moelle jusqu'au cortex. Il n'est donc nullement singulier de voir, chez des sujets prédisposés au point de vue névropathique, — comme le sont la majorité des malades de nos observations, — le virus frapper d'abord et principalement les zones psychiques du cerveau, points de moindre résistance de leur système nerveux ; ainsi se manifesteront des syndromes purement psychopathiques qui pourront persister pendant plusieurs mois avant l'apparition des autres signes organiques. Ce début par des troubles mentaux constitue d'ailleurs une constatation banale en pathologie cérébrale, et l'on peut observer des faits analogues dans la plupart des affections psycho-organiques du système nerveux (alcoolisme cérébral, syphilis cérébrale, paralysie générale, etc.). D'autre part, on sait, cliniquement et expérimentalement, avec quelle fréquence se produisent au cours de l'encéphalite, les rechutes, les récidives, les atténuations et les aggravations soudaines, les rémittences et les intermittences qui marquent les diverses mo-

(1) A ce sujet, nous signalons seulement (nous réservant de revenir avec plus de détails sur ce sujet) la fréquence de l'anxiété diffuse et des crises anxieuses dans les formes mentales prolongées de l'encéphalite, non seulement à la période initiale de la maladie, mais au cours et au décours de celle-ci.

©BIUM

dalités de réactivation du virus et modifient sans cesse la marche de cette maladie essentiellement variable et protéiforme. On sait également que la dissociation des symptômes organiques (citons en particulier la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien) constitue une particularité presque caractéristique de cette affection. Il nous a semblé curieux de relever dans les formes mentales quelques aspects de cette dissociation, se manifestant non seulement entre les signes organiques (*dissociation organique*) ou les symptômes psychiques (*dissociation psychique*) considérés spécifiquement, mais encore entre chacun des deux ordres de phénomènes (*dissociation psycho-organique*).

On conçoit que ces divers types de dissociation puissent imprimer aux formes mentales de l'encéphalite, et en particulier aux formes mentales prolongées, les modalités les plus variables, et que leur évolution affecte aussi fréquemment une allure rémittente, intermittente ou périodique. Nous avons pu noter, dans d'autres observations que nous nous proposons de publier ultérieurement, les aspects cliniques les plus variés de cette dissociation, de cette périodicité, de ces intermittences. Les caractères si protéiformes de l'évolution et de la symptomatologie relevés dans les deux observations que nous venons de rapporter suffisent à indiquer à quelles difficultés se heurte le diagnostic étiologique durant les périodes souvent fort longues où les symptômes psychiques se manifestent isolément.

L'heure ne semble pas encore venue, si tant est qu'elle sonne un jour prochain, où le diagnostic positif de l'encéphalite épidémique puisse être étayé sur des symptômes d'ordre exclusivement psychopathique. En l'absence de signes organiques, le diagnostic psycho-clinique de cette malade semble encore bien hasardeux. Néanmoins, de l'étude comparative de nombreuses observations, se détachent, semble-t-il, à côté de nombreux petits signes cliniques dont le pittoresque détail n'est pas à dédaigner, des traits psy-

©BIUM

chologiques importants qui paraissent constituer la charpente principale d'un décor sur lequel la diversité des formes cliniques peut brosser ses couleurs variées. C'est tout d'abord le *polymorphisme* des symptômes et des syndromes psychiques ; c'est ensuite leur extraordinaire mutabilité, leur extrême *variabilité dans le temps*. La succession, l'association ou la combinaison rapide de ces caractères aboutissent le plus souvent à des *dissociations* entre les symptômes et entre les syndromes, dont la variation presque constante ajoute encore à la *complexité*. C'est ainsi que les signes et les syndromes les plus opposés et les plus contradictoires de la pathologie mentale peuvent se succéder, s'associer et même se combiner chez le même malade, non seulement au cours de la même période, mais pendant la même semaine, le même jour, la même heure : série de changements à vue qui déroulent devant l'observateur surpris les modalités cliniques les plus curieusement inédites (lucidité complète succédant à la confusion la plus absolue, onirisme rectifié ou conscient, altruisme et idées de persécution s'exerçant sur le même objet, conscience de l'état pathologique apparaissant au cours des actes les plus singulièrement anormaux, etc.). C'est pourquoi les tableaux cliniques de l'encéphalite épidémique, avec leurs couleurs si fréquemment hétéroclites et bariolées, affectent souvent des apparences si étrangement déconcertantes que l'hypothèse d'un pithiatisme possible s'offre immédiatement à l'esprit de l'observateur. Comment en effet ne point douter parfois de la sincérité parfaite de cette malade (nous citons des faits observés) qui, d'abord le sourire aux lèvres, nous tire puérilement la langue, puis déchire bruyamment sa chemise en criant qu'elle est à jamais damnée, enfin se contorsionne ridiculement sur son lit en faisant des grimaces ou en riant aux éclats ; de cette autre qui nous invective grossièrement et tente de nous frapper en nous accusant de vouloir sa mort, alors qu'une heure auparavant elle déclarait se confier entièrement à nous et de nous seul attendre sa guérison ; de cette autre enfin qui, après avoir affectueuse-

©BIUM

ment reçu sa famille avec une lucidité impressionnante, lui avoir demandé nommément des nouvelles de tous les siens et s'être entretenue des dernières mercuriales en bonne paysanne soucieuse de ses intérêts, quitte brusquement son lit un moment après pour venir déposer sans gêne et devant tous, sur le parquet ciré de la salle, le résidu maladorant de sa digestion.

Et cependant, à côté de ce polymorphisme si variable, de ce pseudo-pithiatisme si déconcertant, de ces oscillations perpétuelles d'un régime mental sans cesse en état de transformation, s'impose souvent à l'attention la plus indifférente, un leit-motiv, une note continue (phrase, geste, réaction, attitude) incessamment répétés de la même manière stéréotypée, obsédante et monotone, pendant des semaines, pendant des mois, pendant des années.

Si l'on ajoute à ce tableau clinique l'état de la conscience, qui demeure capable d'apprécier à sa juste valeur le caractère pathologique de l'état mental à des intervalles très proches et souvent très prolongés, si l'on sait que cette conscience peut persister, comme chez l'une de nos malades, au dix-neuvième mois d'une encéphalite aux manifestations psycho-organiques à peu près ininterrompues, il sera peut-être possible de prendre une vue générale et synthétique des caractères principaux de l'état psychopathique dans les formes mentales de l'encéphalite épidémique.

Mais, comme nous l'indiquions plus haut, il serait dangereux de se borner à ces constatations psychocliniques, qui ne sauraient constituer, pour le diagnostic de l'encéphalite, que de simples éléments de probabilité. Si la notion de l'encéphalite épidémique, dont l'importance apparaît déjà si considérable en neurologie, semble devoir être aussi féconde en psychiatrie, il importe essentiellement de ne pas étendre inconsidérément son domaine. L'histoire des pseudo-paralysies générales démontre le danger qu'il y a à généraliser à l'excès la signification d'un syndrome purement clinique. Concurremment avec l'étude psycho-clinique des syndromes psychopathiques de l'encéphalite, il sera

©BIUM

donc indispensable de rechercher les signes de la série organique qui seuls permettent actuellement d'asseoir un diagnostic de quelque valeur. La constatation simultanée ou répétée des troubles oculaires, des modifications spéciales des réflexes, de la motricité, du liquide céphalo-rachidien, etc., dont la valeur a été actuellement bien établie par un nombre déjà imposant d'observations, devra être effectuée avec soin. Mais on sait combien ces signes organiques, également polymorphes et variables, se manifestent parfois avec inconstance. L'exemple de nos deux observations prouve combien, dans certains cas, ils peuvent se montrer discrets, effacés, discontinus et irréguliers. Il conviendra donc, dans l'examen des syndromes mentaux pouvant ressortir à l'encéphalite épidémique, de multiplier les coups de sonde dans le domaine organique, et de guetter, avec obstination et persévérance, l'apparition souvent fugace et intermittente de ces signes organiques qui seuls imposeront le diagnostic.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des Séances,
René CHARPENTIER.

XXVe CONGRÈS
DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
Luxembourg (1er-6 Août 1921)

Dans la chronique du précédent numéro des *Annales*, M. Courbon a raconté l'accueil si chaleureux fait par les Luxembourgeois aux Congressistes, les très amicales réceptions et les belles excursions qu'ils avaient organisées pour eux.

L'intérêt soutenu des séances de travail a de son côté valu au Congrès un très grand succès. Suivies par un auditoire plus nombreux que jamais, elles ont été marquées par de fort intéressantes discussions.

A la Présidence, M. Henry Meige, secondé par M. Buffet, a

©BIUM

dirigé les débats avec une bonne grâce parfaite alliée à une bienveillante fermeté qui ne le cédaient en rien à l'éloquence de ses discours et de ses toasts.

Parmi les congressistes, nombreux étaient ceux venus des pays amis de la France, de Belgique, de Suisse, même de Tchéco-Slovaquie.

Les organisateurs avaient lutté contre la monotonie et contribué à soutenir l'intérêt des séances, en variant les salles où elles eurent lieu : à l'Athénée, au Laboratoire de Bactériologie pour les projections, à l'Asile d'Ettelbrück, au Casino de Mondorf.

Le nombre des communications fut tel que trois longues séances ne suffirent pas à les discuter : quelques-unes furent faites à la fin des séances de rapport, d'autres durent être écourtées.

***

I. Discussion des Rapports

Le premier rapport qui fut discuté le jour même de l'ouverture à 2 heures 1/2 dans la salle de l'Athénée fut présenté par M. Logre sur : la **Conscience de l'état morbide chez les Psychopathes.**

Par l'*auto-confrontation* qui permet la mesure de l'autocritique du sujet, on met en évidence les réactions intellectuelles, affectives et volontaires.

Les syndromes intellectuels peuvent être inconscients (paranoïa, débilité, confusion, démence, hallucinations) ou, au contraire, conscients (mythomanie, hystérie, délire d'imagination).

Les syndromes affectifs (émotifs) sont souvent conscients, d'autant plus qu'ils sont plus pénibles.

De même, les syndromes volontaires (moteurs) tels que tics, spasmes, etc., sauf lorsque l'intelligence est complice (délire d'action, de revendication).

Dans les psychoses organiques, l'état de conscience semble en rapport avec l'étendue de la lésion.

Sa valeur est très grande pour le diagnostic. Elle permet de pénétrer plus ou moins le plan et la structure de l'état mental du sujet.

Le pronostic sera souvent en rapport avec la conscience de l'état morbide du malade ; celui-ci est, en effet, livré sans défense à son automatisme morbide, s'il est inconscient de son état pathologique. « Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est d'autant plus favorable que la conscience de l'état morbide est plus claire. » L'apparition de la conscience

©BIUM

du pathologique, au cours d'une affection mentale, est également d'un excellent pronostic.

Enfin, au point de vue thérapeutique, M. Logre montre que la psychothérapie ne peut obtenir de succès qu'autant qu'elle s'adresse à un malade conscient de son état morbide, et échouera donc dans tous les états intellectuels (paranoïa).

M. Ley, de Bruxelles, propose le mot de Nosognosie pour désigner cet état de conscience dont M. Logre a enrichi la liste des *gnosies* énumérées en neurologie. Il rappelle la théorie de James sur la hiérarchie des « Moi » et remarque que ce sont les obsédés qui offrent le plus parfait terrain d'étude du « Moi » le plus intime, du Moi abstrait.

M. Crocq, de Bruxelles, veut, dans les déséquilibres émotifs, distinguer les polyphobiques des pantophobiques. Il ne croit pas, d'autre part, que la conscience de l'état pathologique soit un élément important du diagnostic et permette de poser un pronostic. Cette conscience peut exister au début des maladies organiques les plus graves, telles que les démences précoce et sénile, la P. G. Elle peut, au contraire, manquer complètement dans les pseudo-P. G. curables, les états maniaques et confusionnels passagers.

Pour le traitement, M. Crocq fait remarquer la nécessité de frapper la conviction du malade autant que son imagination, et cite, à ce propos, un exemple suggestif.

M. Hesnard, de Bordeaux, regrette que le Rapporteur n'ait pu, faute de place, parler de l'émotion résultant, chez le sujet, de la constatation de son état morbide ; le rôle respectif de l'imagination et de la plasticité corporelle dans le symptôme hystérique, le caractère prétendu spécifique de l'introspection thérapeutique, de la psycho-analyse ; l'importance de l'amnésie de fixation complète et totalement inconsciente (« jamais vu ») dans les lésions localisées aux lobes frontaux ; l'inconscience du langage chez les paraphasiques sans surdité verbale ; les cas de P. G. où il existe une conscience prolongée des symptômes.

Il regrette surtout que M. Logre n'ait pas traité la question de la conscience rétrospective de l'état morbide chez le psychopathe guéri ou en rémission : manie, mélancolie, confusion mentale, délires, etc... et la justification rétrospective par la conscience du trouble psychique antérieur mnésique.

M. Roubinovitch, de Bicêtre, rappelle le mode oscillant selon lequel se fait le retour de la conscience chez les confus avec onirisme, et il invite, d'autre part, à se méfier des pseudo-retours à la conscience observés, par exemple, chez certains débiles intéressés à dissimuler leur état morbide.

©BIUM

M. Courbon, de Stéphansfeld, répartit schématiquement les psychoses avec conservation de la conscience de l'état morbide, en trois groupes :

1er *Groupe :* en rapport avec la nature du terrain sur lequel éclate la psychose. Quelle qu'en soit la forme : manie, mélancolie, confusion mentale, délire, ou démence au début, toute psychose qui naît sur le terrain du déséquilibre mental s'accompagne dans une certaine mesure, et pour un certain temps, de la conscience, par le sujet, de son état morbide.

2e *Groupe :* en rapport avec la limitation des lésions qui ont donné naissance aux psychoses. Plus la lésion est *circonscrite,* plus grande est la conscience qu'a le sujet de son état morbide, témoin la démence organique et les psychoses des traumatismes localisés.

3e *Groupe :* en rapport avec la nature de l'étiologie. Certains agents toxiques, tels que l'opium et le chloral, produisent des désordres oniriques ou imaginatifs, reconnus comme pathologiques par l'intoxiqué.

M. Legrain, de Villejuif, croit à la valeur thérapeutique du raisonnement, il ne croit pas le médecin désarmé devant les troubles du jugement. Il n'y a pas, dit-il, du reste, de jugements normaux.

M. Haskovec, de Prague, veut attirer l'attention du Congrès sur l'article publié par lui dans les comptes rendus de la session de Bruxelles, intitulé « A propos de la localisation de la conscience centrale » ; il mentionnait, dans cet article, le cas d'une femme atteinte d'artério-sclérose et devenue aveugle par suite d'encéphalomalacie. Cette femme, d'abord consciente de son état, perdit peu à peu cette conscience et refusait de croire à ses troubles cérébraux, à mesure que ceux-ci devenaient plus intenses.

M. Logre reprend la parole et remercie les Membres du Congrès qui ont pris part à la discussion. A M. Ley, il répond que la conscience du pathologique ne suffit pas à formuler le pronostic, elle n'en est qu'un élément de plus (« Toutes choses égales d'ailleurs », avait précisé M. Logre). Il y a des obsédés conscients dont le pronostic doit être réservé. Il reconnaît, avec M. Crock, qu'il y a des pervers instinctifs, sans conscience de leur état ; chez ceux-là la conscience du pathologique est relative à la conscience générale qu'a le malade de ses impulsions : ce qui est irrésistible chez lui, c'est la hantise, mais non l'acte. Le mot irrésistible est donc mal choisi. Il remercie M. Hesnard d'avoir complété son rapport par de judicieuses remarques. Toutefois, il avait

©BIUM

souligné la plasticité de l'hystérique, ce comédien du pathologique ; il emploie même, à dessein, dans ce but, le mot mythoplastie (page 7). M. Roubinovitch a eu pleinement raison de rappeler le retour oscillant de la conscience. A M. Courbon, il répond que l'on est conscient dans la mesure où l'on sent son déséquilibre, la partie saine jugeant la partie malade. Le cynique est un débile et non un déséquilibré. Il s'étonne que M. Legrain puisse penser que la psychothérapie ait de l'action sur les paranoïaques : si les malades réagissent à la psychothérapie, ils prouvent, par là-même, qu'ils ne sont pas paranoïaques.

La deuxième séance de travail avait lieu le lendemain 2 août, à 9 h. 30, dans la salle de l'Athénée, sous la Présidence de M. Henri Meige. Elle était consacrée à la discussion du Rapport de M. Béhague, de Paris, sur l'**Epilepsie traumatique.**

L'Epilepsie peut relever de *plaies pénétrantes* entraînant de grosses cicatrices encéphaliques ou méningées, ou de *traumatismes non pénétrants,* provoquant des cicatrices disséminées, microscopiques. — Au traumatisme s'ajoutent, comme causes accessoires : l'alcoolisme, la syphilis, une épilepsie fruste antérieure. — Certaines régions du cerveau sont plus épileptogènes que d'autres. Plus les lésions sont étendues et profondes, plus elles sont épileptogènes. La forme jacksonnienne n'apparaît que dans 1/3 des cas.

Le *temps de latence* est très variable, en moyenne 3 à 5 mois, exceptionnellement plus de 18 mois. Elle n'est pas en rapport avec la gravité de l'épilepsie consécutive.

Cliniquement l'épilepsie traumatique est entièrement comparable à l'épilepsie commune. On a cependant décrit quelques prodromes particuliers. La crise peut tourner court et être remplacée par un équivalent. — L'hypertension favorise son éclosion.

Le traitement de l'épilepsie constitue une des importantes questions à l'ordre du jour. L'intervention chirurgicale sera réservée uniquement aux cas aigus où la cause est superficielle et localisée. Dans tous les autres cas, elle sera redoutable. La médication borée s'applique bien aux cas dus à des plaies non pénétrantes du crâne ; la médication par les uréides et les bromures aux plaies pénétrantes. Dans certains cas (accès précédés de prodromes), on pourra donner chaque jour une ration faible, insuffisante de médicament, et administrer le bromure à fortes doses dès l'apparition des prodromes.

M. Claude, de Paris, insiste tout spécialement sur l'im-

©BIUM

portance capitale qu'il faut accorder aux lésions les plus superficielles. A la suite de lésions osseuses irrégulières, mal réparées, se déterminent des adhérences pouvant entraîner des néo-formations kystiques, déterminant à leur tour les compressions épileptogènes. Au point de vue prophylactique, M. Claude insiste sur l'importance de l'alcool comme agent épileptogène et il rappelle ses expériences sur le chien.

Des méningites séreuses localisées forment de véritables tumeurs, d'où, comme traitement, l'utilité des interventions.

Enfin, se plaçant au point de vue de l'assistance, il faut créer, dit M. Claude, des milieux d'épileptiques, tels les villages pour épileptiques qui existent en Angleterre et en Amérique.

M. Roger, de Marseille, introduit dans la discussion, à propos des troubles sensitifs dans l'épilepsie jacksonienne, deux observations : 1° une anesthésie pseudo-radiculaire du membre supérieur ; 2° une épilepsie presque exclusivement sensitive, non améliorée par des interventions successives.

M. Meige, président, rappelle à ce propos ses propres travaux sur cette forme sensitive qui est plus fréquente qu'on ne le pense généralement.

M. Anglade, de Bordeaux, comble une lacune laissée volontairement par le Rapporteur et traite des troubles psychiques au cours de l'épilepsie. Maladie organique du cerveau, il est naturel qu'elle comporte des troubles mentaux : la démence consécutive à l'épilepsie traumatique est rapide (6 à 7 ans) et profonde. M. Anglade ne veut pas que les malades soient laissés en liberté ; ils doivent être surveillés médicalement.

En raison de l'importance de la *gliose*, qu'il a observée et étudiée dans ces cas, M. Anglade croit à la valeur thérapeutique des rayons *gamma*, avec étincelle de 0,50 centimètres, encore très peu utilisés en France.

M. Hartenberg, de Paris, pense que le plus souvent l'épilepsie n'est pas héréditaire, mais acquise, et serait due à des traumatismes obstétricaux ou de l'enfance. L'épilepsie serait donc toujours traumatique. Le phénomène comitial essentiel est la perte de connaissance ; le jacksonisme n'est en somme qu'une aura.

M. Porot, d'Alger, rappelle brièvement toute la gamme des accidents mentaux qu'on peut observer dans l'épilepsie traumatique ; troubles de l'humeur paroxystiques, fugues, bouffées délirantes, accidents épisodiques, identiques à ceux de l'épilepsie ordinaire, inconscients et amnésiques ; il signale une forme spéciale, maniaque, survenant 4 ou 6 mois après

©BIUM

l'accident et durant 3 à 6 semaines (2 observations). La nature comitiale fut révélée par des crises convulsives.

M. ROUBINOVITCH, frappé par la difficulté où l'on se trouve d'établir la certitude d'une épilepsie alléguée, en expertise militaire, par exemple, a recherché s'il existait quelques signes permanents de l'épilepsie traumatique et il accorde une grande importance à l'exploration systématique du réflexe oculo-cardiaque ; il lui apparaît que la constatation d'une tachycardie résiduelle, constituait un témoignage important, qu'il interprète comme un phénomène d'épilepsie sympathique.

M. COURBON a vu un cas d'épilepsie par traumatisme crânien, opéré par Krause, qui n'était pas guéri. L'intervention chirurgicale est loin d'être, à son avis, le traitement universel de l'épilepsie jacksonienne, même lorsque les signes de localisation sont nets.

M. DUPRÉ rappelle la leçon de Lasègue sur les cérébraux, et, se prononçant contre l'hypothèse de l'épilepsie essentielle, rappelle la fréquence du traumatisme de la 1re et de la 2e enfance, comme cause d'épilepsie. A propos de l'intervention de M. Claude, il proteste contre le placement des épileptiques *moteurs* dans les asiles d'aliénés.

M. ROUBINOVITCH rappelle à ce propos l'hospitalisation libre en services ouverts, telle qu'elle se pratique à Bicêtre pour les épileptiques.

M. BÉHAGUE reprenant enfin la parole pour conclure cette importante discussion, remercie les psychiâtres qui ont bien voulu apporter le complément indispensable à son rapport ; et, répondant à M. Claude, il souligne encore la différence essentielle qu'il faut établir entre les commotionnés qui ont une lésion de l'encéphale et les émotionnés sans lésion.

C'est à la Maison de Santé d'Ettelbrück, où l'accueil fut si hospitalier et si large, que se tint la quatrième séance de travail, le 3 août, à 9 h. 30.

M. Buffet ouvrit la séance, mais il se déroba bientôt à l'honneur de la présidence, pour veiller, avec l'œil du maître, aux moindres détails de la fête gastronomique qui se préparait.

L'ordre du jour appelait la discussion du rapport de M. POROT (d'Alger), sur **La Simulation des Maladies Mentales.**

La solution médico-légale de chaque cas particulier de simulation des maladies mentales a sa clef dans une *analyse psychologique* attentive et un *examen clinique* minutieux.

La *sincérité* est un concept essentiellement relatif. Ce n'est

©BIUM

pas une entité immuable. Elle a ses degrés, ses nuances, ses alliages. M. Porot fait à Dromard de larges emprunts dans l'étude psychologique du simulateur. Il faut étudier séparément, chez celui-ci : 1° le fond mental ; 2° ses facultés d'expression. Ces dernières sont en fonction du développement de la critique et de la richesse intellectuelle, de la puissance imaginative, de la suggestibilité du sujet.

Cliniquement la simulation a toujours un but utilitaire (délinquants, détenus) augmentant avec l'indice de délinquance (plus rarement appât du gain, sinistrose).

On distinguera les *simulateurs vrais* dont on a à tort voulu diminuer le nombre ; les *pithiatiques* chez qui la bonne foi est souvent mitigée par des vues utilitaires ; les *sursimulateurs* ou exagérateurs, débiles, déprimés ou impulsifs pervers ; enfin les *métasimulateurs* ou persévérateurs.

Le diagnostic des états simulés doit compter avec la variabilité infinie des symptômes simulés. En outre, chacun des symptômes permet souvent le diagnostic. Les stuporeux véritables sont anxieux, refusent la nourriture ; les catatoniques sont en même temps confus et leur fonds mental est atteint. L'amnésie du simulateur est, au contraire, trop globale et se laisse entamer. Son agitation maniaque cesse la nuit. Son délire est parfois plus difficile à démasquer, de même son maniérisme. Le syndrome de Ganser peut être entièrement simulé.

L'étude de la volonté et de l'attention, celle du regard sont souvent précieuses pour le dépistage des simulateurs.

Dans la pratique médico-légale, l'observation du simulateur doit, pour M. Porot, se faire à la prison plutôt qu'à l'Asile. Mais les aveux sont quelquefois le fait de véritables aliénés (auto-accusateurs). L'évaluation de la responsabilité est toujours un cas d'espèce.

M. Hesnard définit l'hystérie : la maladie de la sincérité. Il veut, qu'aux symptômes énoncés par M. Porot, on ajoute la plasticité mentale.

M. Vervaeck, de Bruxelles, estime que les vrais simulateurs sont rares. Plus intéressants sont les cas de *psychose pénitentiaire* qu'il aurait voulu voir préciser quelque peu.

Il insiste sur la nécessité d'assurer des conditions scientifiques à l'observation psychiâtrique des condamnés et prévenus. En Belgique, tous les centres pénitentiaires importants disposeront bientôt d'une annexe ou petit quartier d'observation psychiâtrique.

Il termine en rendant hommage, au nom de ses compatriotes, à la haute valeur des travaux présentés au Congrès, qui

©BIUM

est une manifestation remarquable de la science psychiâtrique française.

M. DELAHET, de Toulon, pense également que la simulation des maladies mentales est rare. Pour la dépister, il faudrait préciser exactement : 1° les signes *subjectifs*, les interpréter scrupuleusement ; tenir compte du pays d'origine du sujet, de la modalité de la délinquance, etc... ; 2° les signes *objectifs ;* notamment approfondir le diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie.

M. VOIVENEL, de Toulouse, a observé, aux armées, des cas de fugues, de désertions ; c'est en examinant ces inculpés qu'il a achevé l'observation de *peur morbide acquise* et *d'hémorragie de la sensibilité* qu'il avait déjà commencée en ligne. Il n'a jamais cru deviner aucune tentative de simulation ou de sursimulation.

Il insiste également sur l'importance du témoignage des camarades de l'inculpé. Il suffit souvent de transposer en termes médicaux leurs déclarations ; ainsi le diagnostic de peur morbide est-il vraiment un diagnostic de caporal.

M. le Prof. DUPRÉ, contrairement aux opinions émises précédemment, dit que la simulation est très fréquente, en matière civile, criminelle et militaire. Il en possède, dans ses dossiers, une centaine d'observations. Il a constaté, dans le rapport de M. Porot, une lacune qu'il voudrait combler en parlant de la *dissimulation* des maladies mentales : c'est la simulation de la santé.

M. ANGLADE également insiste sur la dissimulation. Il a observé des prisonniers de guerre qui lui ont raconté avoir simulé la folie, et par là, avoir obtenu leur rapatriement.

M. COURBON signale d'abord que la « simulation d'après-guerre » ou simulation d'invalidités par les démobilisés, lui a paru se caractériser par la prédominance des manifestations extérieures de l'épouvante. Et la fréquence de ces « peurs simulées » n'est pas surprenante si l'on songe que la guerre a instruit les individus sur l'effet impressionnant que le tableau de l'épouvante exerce sur le spectateur.

Au point de vue ethnique, il remarque qu'en Alsace où les difficultés d'adaptation d'un régime politique nouveau et l'usage d'une langue nouvelle s'ajoutaient aux difficultés économiques du retour à la vie du temps de paix, les cas de simulation vraie ont été relativement rares. La majorité de ces cas visent les habitants de certains villages septentrionaux de Basse-Alsace, où la population se distingue par ses mœurs sportives, son costume qui rappelle celui de la Bretagne, sa pigmentation plus brune, la hauteur de sa taille.

©BIUM

(C'est là que chaque année se recrutent les plus grands conscrits). Ces caractères ethniques et anthropologiques différentiels ont été expliqués de deux façons par les auteurs. Pour les uns, il s'agirait des descendants d'une tribu germanique ou même celtique qui garde sa pureté. Pour les autres, au contraire, il s'agirait des descendants des soldats d'un prince des Deux-Ponts qui, au XVIII[e] siècle, recrutait son armée à la façon du Roi de Prusse, parmi les plus grands gaillards d'Europe. Cette interprétation semble plus vraisemblable. Elle permet de voir dans cette simulation d'après-guerre, dont le but est de se faire payer le service de guerre, la survivance de la mentalité utilitaire dans la postérité des mercenaires du prince des Deux-Ponts.

M. CHAVIGNY, de Strasbourg, émet le vœu que, dans l'organisation des services d'observation psychiâtrique dans les prisons, on assure à ces services un personnel infirmier compétent et *stable*.

Sur la proposition du Président, M. Chavigny est prié de rédiger ce vœu qui sera voté à la réunion du 5 août (matin).

M. POROT remercie les orateurs de leur contribution à la connaissance clinique ou au diagnostic de la simulation. Pour ce qui est du diagnostic d'avec l'hystérie et la démence précoce, chaque aspect clinique, chaque cas particulier le soulève et l'on pourrait dire de la simulation ce que l'on a dit du problème de la sincérité : « que sa circonférence est partout et son centre nulle part ».

Avec M. Chavigny, M. Voivenel, il croit à l'utilité des renseignements fournis par les personnes en contact habituel avec le sujet suspect et, pour sa part, les utilise dans certaines circonstances, ce qui justifie la nécessité d'un personnel choisi et stable dans les services d'observation pénitentiaire et psychiâtrique.

Il est heureux d'enregistrer les bons résultats obtenus en Belgique pour l'observation de ces sujets et en félicite le D[r] Vervaeck.

Quant à l'observation du Pr. Dupré, touchant la dissimulation de l'état pathologique, il rappelle que la limitation étroite de son sujet, ne lui permettait d'envisager que la simulation des maladies mentales et non celles de la santé mentale. C'est au même titre qu'ont été volontairement écartées de ce rapport les *folies alléguées*, les *folies dissimulées*, la *simulation de l'épilepsie*.

Louis PARANT,
Secrétaire des séances du Congrès.

(*A suivre*).

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 Juillet 1921

Présidence de M. le Dr Truelle

Hérédo-spécificité et paralysie générale infantile, par MM. Briand (Marcel) et Ch. Reboul-Lachaux. — Malgré que les cas connus de paralysie générale infantile soient maintenant assez nombreux, on peut dire que la méningo-encéphalite progressive est relativement rare au-dessous de 20 ans, étant donné sa fréquence chez les adultes. Si la P. G. juvénile est déjà rare dans la littérature, la P. G. infantile l'est encore davantage. Cette rareté ne pourrait-elle s'expliquer par cette circonstance que les enfants atteints de cette affection sont pris pour des idiots ou des déments précoces.

Il s'agit d'une malade âgée de 17 ans, atteinte de P. G. infantile ayant attiré l'attention dès l'âge de 12 ans par des signes somatiques, bientôt suivis de troubles mentaux. Les symptômes oculaires (ptosis, strabisme) ainsi qu'une hémiplégie survenue en 1918 ont disparu sans laisser de traces. Par contre, malgré un traitement intensif, l'état démentiel global et professif avec idées de satisfaction est allé depuis lors en s'accentuant.

Il ne peut être question de P. G. précoce secondaire à une syphilis acquise : aucun fait ne permet d'alléguer une contamination quelconque depuis la naissance : plaident, au contraire, en faveur de l'hérédo-spécificité : l'évolution relativement lente, les antécédents paternels (père syphilitique), ainsi que les stigmates et accidents présentés à la naissance par notre jeune malade.

Les enfants entendants-muets, par M. André Collin. — Les Etudes de l'insuffisance de langage chez l'enfant permettent de diviser les enfants de 3 à 8 ans, qui parlent peu ou mal, ainsi : L'enfant parle mal parce que sa pensée est défectueuse (langage avec élisions et déformation chez les arriérés).

©BIUM

L'enfant parle alors que sa pensée ne s'enrichit point (psittacisants). La pensée évolue sans être servie par le langage : Entendants-muets. Ce groupe d'enfants peu nombreux comprend les enfants d'intelligence très suffisante qui ne parlent pas et qui comprennent peu la parole d'autrui. Il semble qu'il s'agisse de surdité verbale congénitale curable due à un retard électif simple du développement ou de la perméabilité de certaines

Ces enfants qu'il ne faut point confondre avec les grands débiles ou les imbéciles sont curables et vers 8 ou 10 ans il ne reste aucun souvenir de la période si longue où s'est prolongée l'aphasie physiologique.

Réactions atypiques chez deux aliénés : a) Tentative de suicide au cours d'un accès d'excitation ; b) Une mélancolique incendiaire. — M. H. BEAUDOUIN rapporte les observations de deux malades dont les réactions anti-sociales discordent avec les états pathologiques concomitants :

a) Une tentative de suicide au cours d'un état d'excitation de forme hypomaniaque, et que l'observation révèle comme réalisant un paroxysme d'une excitation constitutionnelle associée à des perversions instinctives.

b) Un incendie commis pendant un accès de mélancolie (séquelle d'un état onirique post-grippal), réaction dans la genèse de laquelle l'observation permet d'invoquer, entre autres facteurs possibles, des résidus oniriques et l'anesthésie affective.

La recherche des globulines dans les liquides céphalo-rachidiens pathologiques par la réaction à l'acide phénique, par MM. DUHOT (de Lille) et R. TARGOWLA. — Pandy a proposé, en 1910, une réaction simple et très sensible pour la recherche des globulines dans le liquide céuhalo-rachidien. Dans un demi-centimètre cube d'une solution saturée de phénol, on laisse tomber une goutte de L. C. R. Si la réaction est positive, il se forme une couche bleuâtre plus ou moins intense.

Cette réaction est constante dans la P. G. ; son absence permet d'éliminer ce diagnostic à coup sûr. C'est une épreuve clinique très simple, susceptible de rendre de grands services dans le diagnostic des psychopathies organiques.

Erotomanie pure et combinée, par M. DE CLÉRAMBAULT. — Les assertions les plus contradictoires peuvent être faites

©BIUM

au sujet de l'Erotomanie : On peut affirmer ou nier l'existence des hallucinations, de la systématisation, des idées de grandeur et de persécution progressives, de la variabilité quant à l'objet, etc. Toutes les généralisations sont fausses si on n'a pas soin de distinguer deux catégories de cas : les cas purs et les cas combinés.

Les cas purs sont fixes, exempts de systématisation, d'imagination et d'interprétations en dehors du thème passionnel, exempt d'hallucinations ; pas ou peu d'érotisme diffus ; pas d'autre évolution que le passage aux stades de dépit et de haine.

Les cas combinés, au contraire, permettent tous les genres d'association, de développement et de devenir : mégalomanie générale, persécution générale, érotisme général, mysticisme, hallucination de tous les sens, sentiment d'influence, etc., etc.

Souvent le syndrome érotomaniaque n'est que le prélude d'un délire plus vaste, et il ne naît qu'à la faveur d'un trouble mental général dont il reste pendant longtemps le premier indice. Ces cas mixtes sont atypiques. Généralement leur véhémence est moindre. Leur durée est également moindre. Au bout de quelques années, ils se perdent dans le polymorphisme général. C'est dans ce cas que l'on voit l'Objet être totalement imaginaire, ou quelquefois puisé dans les très vieux souvenirs, ou encore deux Objets coexister, ou plusieurs Objets se succéder très rapidement, en un mot le Choc passionnel être remplacé par des Etats sentimentaux.

Il arrive parfois que les Erotomaniaques Purs en soient à leur deuxième (peut-être parfois troisième) délire : le premier épisode a été fruste, le second est définitif.

L'auteur expose en détail un cas de ce genre, oubli graduel de délire à l'aide de circonstances, même délire avec autre Objet en 1916.

L'auteur présente un cas d'Erotomanie non douteuse, mais basée sur fonds Polymorphe : l'érotomanie paraît devoir évoluer et se perdre dans le polymorphisme.

Le cas pur dont l'auteur expose l'observation a présenté ceci d'imprévu, qu'après le 6e internement il a été méconnu en totalité par un Expert, qui a conclu à l'absence de tout délire et à la nécessité d'une mise en liberté immédiate. Or, c'est là une malade typique et très dangereuse.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Ministère de l'Hygiène

M. Hudelo, trésorier général de la Manche, est nommé directeur de la santé publique et de l'hygiène sociale au ministère de l'Hygiène, par permutation avec M. Benoist, récemment nommé.

Préfecture de la Seine

Par arrêté préfectoral en date du 3 août 1921 :

M. le docteur Sérieux, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche (3e section) est affecté à l'Asile clinique (service de l'admission), en remplacement de M. le docteur Briand, admis à la retraite.

M. le docteur Marie, médecin en chef de l'Asile clinique (consultations externes), est affecté au même établissement (division des hommes), en remplacement de M. le docteur Vallon, admis à la retraite.

M. le docteur Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif (division des femmes), est affecté à l'Asile clinique (consultations externes) en remplacement de M. le docteur Marie, qui a reçu une autre affectation.

M. le docteur Toulouse sera, en outre, chargé du service nouvellement créé.

M. le docteur Trénel, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (division des hommes), est affecté à l'asile de Villejuif (division des femmes), en remplacement de M. le docteur Toulouse, qui a reçu une autre affectation.

M. le docteur Truelle, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (division des femmes), est affecté à l'asile de Maison-Blanche (3e section), en remplacement de M. le docteur Sérieux, qui a reçu une autre affectation.

M. le docteur Rogues de Fursac, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (division des hommes), est affecté au même établissement (division des femmes), en remplacement de M. le docteur Truelle, qui a reçu une autre affectation.

M. le docteur Mignard, directeur-médecin de l'asile de Moiselle, est affecté à l'asile de Vaucluse (division des hommes), en remplacement de M. le docteur Trénel, qui a reçu une autre affectation.

Par arrêté préfectoral en date du 3 août 1921 :

M. le docteur Mignot, médecin en chef de la Maison nationale de Santé, est nommé médecin en chef des Asiles de la Seine, emploi numériquement vacant.

©BIUM

M. le docteur Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de Santé, est nommé médecin en chef des Asiles de la Seine, emploi numériquement vacant.

MM. les docteurs Mignot et Marchand sont laissés provisoirement à la disposition de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales pour continuer à assurer le service médical de la section des Aliénés de la Maison nationale maternelle.

Le traitement de ces deux praticiens restera, pendant la durée de cette situation, entièrement à la charge de cet établissement.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Par arrêté ministériel en date du 30 juillet 1921 :

M. le docteur Mourgues, médecin des asiles, est nommé médecin-adjoint de la colonie familiale d'Ainay-le-Château.

Il sera compris, en cette qualité, dans la 4e classe du cadre, et recevra, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 7.800 francs déterminé par le décret du 10 octobre 1919.

Un poste de médecin-adjoint des Asiles d'aliénés est actuellement vacant à l'Asile de Bracqueville (Haute-Garonne).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'Honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur :

GUERRE (réserve et territoriale). — *Au grade d'officier :* M. le Médecin principal de 2e classe : LEGRAIN.

M. le médecin-major de 2e classe FILLASSIER.

M. JOUHANNAUD, Directeur des affaires départementales à la Préfecture de la Seine.

Au grade de Chevalier : M. le médecin-major de 2e classe LAIGNEL-LAVASTINE.

COMMERCE ET INDUSTRIE. — *Au grade de Chevalier :* M. COUESLANT, imprimeur des *Annales médico-psychologiques* et du *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale.*

Médaille Militaire. — M. le sous-aide-major ADAM Emile, interne à la Maison Nationale de Charenton (cinq citations).

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

La XXVIe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Quimper, au mois d'août 1922.

Président : Professeur Jean LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.

©BIUM

Vice-Président : Docteur Henri COLIN, Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif.

Secrétaire général : Docteur LAGRIFFE, Directeur-Médecin en Chef de l'Asile de Quimper.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée Générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la session de Quimper :

PSYCHIATRIE : Les Troubles mentaux dans l'Encéphalite épidémique. — Rapporteurs : MM. TRUELLE (de Paris) et PETIT (de Bourges).

NEUROLOGIE : Les lésions du Système Nerveux Central dans l'Agitation Motrice et la Rigidité Musculaire. — Rapporteur : M. ANGLADE (de Bordeaux).

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS : L'Assistance des Psychopathes. De la Sauvegarde des Droits de l'Individu et de la Société dans le Traitement des Maladies Mentales. — Rapporteur : M. Paul COURBON (de Strasbourg).

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

Création à l'Asile clinique d'un service ouvert pour le traitement des psychopathes légers

M. HENRI ROUSSELLE, au nom de la troisième Commission. — Messieurs, par délibération du 16 mars dernier, vous avez renvoyé à l'administration une proposition de notre collègue, M. Frédéric Brunet, tendant à la création à l'Asile clinique d'un service ouvert pour malades atteints de psychopathie légère.

M. Brunet a fait remarquer qu'il existe toute une catégorie de malades : névropathes, neurasthéniques, hystériques, etc., pour qui n'a été jusqu'ici instituée aucune forme d'assistance. Ou ces malades doivent se soumettre au régime d'internement institué par la loi de 1838 pour les aliénés dangereux, ou ils doivent se résigner à demeurer sans secours.

Un grand nombre, qu'un traitement précoce eût pu guérir, tombent ainsi dans un état chronique, et constituent, en définitive, pour la collectivité, une très lourde charge.

Il importe d'instituer pour ces malades un régime d'assistance approprié : tel est l'objet de la création de services ouverts. Point n'est besoin, semble-t-il, d'insister sur l'intérêt que présente la proposition.

Toutefois, une question préjudicielle se pose : la création d'un service ouvert dans un asile d'aliénés est-elle légalement possible ? La loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés autorise les établissements privés à recevoir des malades libres et des malades internés : elle est muette en ce qui concerne les établissements publics, mais il semble bien qu'aucun obstacle légal ne s'oppose à la créa-

©BIUM

tion d'un tel service. En fait, certains établissements publics, tel l'asile de Fleury-les-Aubrays (Loiret), admettent des malades appartenant à ces deux catégories, et la légalité de cette pratique n'a jamais été contestée.

D'autre part, l'administration a recherché s'il était possible de réaliser le projet envisagé sans engager aucune dépense de construction ni d'aménagement.

Le nouveau service pourrait, en effet, être organisé dans une partie des locaux actuellement affectés au service de l'admission, savoir : le pavillon des Perches pour les hommes, et le pavillon Ferrus pour les femmes : le premier de ces pavillons compte cinquante-deux lits, le second soixante-dix-sept.

On avait pu craindre tout d'abord que le service d'admission, privé de ces locaux, ne disposât plus d'un nombre de lits suffisant. Mais ce service hospitalise à demeure un nombre important de malades, qui seraient mieux à leur place dans d'autres sections. Le retrait de ces malades et quelques modifications dans l'affectation des locaux permettront de réserver au service d'admission un minimum de quatre-vingts lits suffisant pour assurer le mouvement des entrées.

Le nouveau service ne nécessitera donc pas d'aménagement spécial. Il n'exigera de même aucune augmentation de personnel, puisqu'il sera possible d'y affecter une partie des agents actuellement attachés au bureau d'admission.

Reste la question des frais d'entretien des malades. En l'absence de toute disposition légale, il semble impossible d'en imposer la charge aux familles, non plus qu'aux collectivités (Etat, départements, communes). Toutefois, le « service ouvert » devant permettre de prévenir le passage à l'état chronique d'affections mentales curables, et par conséquent de diminuer la charge qui pèse sur les collectivités du fait de l'internement des aliénés, sans doute, le département de la Seine pourra-t-il obtenir de certaines collectivités (Etat, Ville de Paris, communes de banlieue), qu'elles consentent à prendre à leur charge les frais d'entretien de leurs ressortissants, d'après les règles suivies pour les aliénés internés.

Ainsi le nouveau service pourrait recevoir notamment :

1° Les malades en situation de pourvoir à la totalité de leurs frais de séjour ;

2° Les invalides mentaux, anciens militaires, à la charge de l'Etat ;

3° Les malades indigents appartenant à une collectivité (Ville de Paris, commune suburbaine), qui aura consenti à participer au payement des frais de séjour dans la proportion fixée pour l'entretien des aliénés internés.

L'entrée des malades, subordonnée à l'agrément du médecin chef de service, s'effectuerait sans certificat d'internement, mais après dépôt d'une somme correspondante à

©BIUM

la première mensualité, ou sur justification du domicile de secours. Les malades pourraient quitter le service à leur gré, comme dans les hôpitaux ordinaires. Dans le cas où l'état mental d'un malade s'aggraverait et rendrait son internement nécessaire, il serait procédé à son placement (volontaire ou d'office) dans un service ordinaire d'asile.

Tels sont les principes dont s'inspirerait l'organisation du « service ouvert ». L'expérience réalisée à l'asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret) autorise à penser que la création de ces services donnerait des résultats des plus favorables. La proportion des guérisons obtenues dans cet établissement, qui permet le traitement des psychoses à leur début, a atteint, en effet, jusqu'à 70 p. 100.

La réalisation du projet proposé apparaît donc comme désirable. Nous avons en conséquence l'honneur de soumettre à votre approbation le projet de délibération suivant :

« Le Conseil général,

« Vu la proposition de M. Frédéric Brunet relative à la création d'asiles pour malades atteints de psychopathies légères ;

« Vu sa délibération du 16 mars 1921 ;

« Vu l'avis émis par la Commission de surveillance des asiles dans sa séance du 25 juin 1921 :

« Vu le mémoire de M. le Préfet de la Seine en date du 1er juillet 1921 ;

« Sur les conclusions présentées par M. Henri Rousselle, au nom de la troisième Commission,

« Délibère :

« ARTICLE PREMIER. — Le pavillon des Perches et le pavillon Ferrus, actuellement occupés, comme annexes, par le Service d'admission des aliénés à l'Asile clinique, sont désaffectés.

« ART. 2. — Ces locaux seront affectés à la création, à titre d'essai dans les conditions prévues au mémoire préfectoral susvisé, d'un service ouvert pour le traitement des psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838.

« ART. 3. — Aucune dépense nouvelle ne devra être engagée du fait de cette création. »

Adopté (1921, 205). (Séance du 6 juillet 1921).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.782

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

La Conférence de Nicolas Sténon sur l'anatomie du cerveau

L'Esprit scientifique moderne au XVII^e siècle

Lorsque Thomas Diafoirus invite Angélique à venir voir « la dissection d'une femme sur laquelle il doit raisonner » il ne fait que se conformer à la mode et aux usages de son temps. Les études anatomiques étaient alors en grand honneur ; la découverte d'Harvey sur la circulation du sang passionnait les esprits et donnait lieu à de véritables joutes oratoires auxquelles s'intéressaient les contemporains. Il n'était d'ailleurs point exceptionnel, au XVII^e siècle, qu'une séance publique de dissection eut lieu

©BIUM

devant une assemblée de gens appartenant à toutes les classes de la Société. « Cette étude, écrivait Santeuil (1), docteur régent de la Faculté de Paris, semble intéresser tout le monde ; à la bonne heure, on est charmé qu'elle n'effraie plus et l'on voit avec plaisir que les dames en sont curieuses. » Cet éclat de la Science anatomique fut dû surtout à l'éminent anatomiste qu'était Duverney (1648-1730), si bon orateur, dit-on, que les plus fameux comédiens allaient l'entendre pour apprendre à parler en public. A l'instigation de Bossuet, il donna au Dauphin des leçons d'anatomie, auxquelles assistaient des auditeurs tels que le Duc de Chevreuse, Bossuet lui même, le Père Lachaise, Dodart, médecin de la princesse de Conti, etc. Il avait eu pour maître Nicolas Sténon et pour élève Winslow, petit-fils d'une sœur de Sténon. Ces trois hommes furent liés d'une amitié étroite, ils inspirèrent à Bossuet (2) l'amour de la science anatomique. Celui-ci, en revanche, devint leur directeur de conscience et fit abjurer le protestantisme à ses deux catéchumènes Sténon et Winslow.

Sténon, de son vrai nom Stevenson, d'origine danoise, eut une existence très mouvementée, il vécut successivement en Hollande, en France, en Italie, revint en Danemark ; il finit par embrasser l'état ecclésiastique et mourut évê-

(1) SANTEUIL. — *Des propriétés de la médecine par rapport à la vie civile*, 1739 (cité par Ledouble).

(2) Voir l'ouvrage du Pr LEDOUBLE (de Tours). — *Bossuet anatomiste et physiologiste*, Paris, 1913.

©BIUM

que (1) *in partibus :* il est le représentant d'un internationalisme scientifique, beaucoup plus large à cette époque que celui que nous pratiquons aujourd'hui (2). Ce fut l'un des esprits les plus distingués du XVII^e siècle, il fut lié avec Thévenot qui tint les premières assises scientifiques origine de l'Académie des sciences. De ses œuvres, celle qui mérite le plus d'être retenue est précisément la conférence qu'il fit sur l'anatomie du cerveau à « Messieurs de l'Assemblée qui se fait chez M. Thévenot » et qui fut « imprimée à Paris, chez Robert de Ninville, au bout du pont St-Michel, au coin de la rue de la Huchette, à l'Ecu de France et de Navarre en 1669. »

La lecture de cet opuscule ne manque point de surprendre ceux qui pensent que la science médicale, sous le grand roi, n'est qu'un recueil de dissertations et de controverses sur les systèmes des anciens. Après l'avoir parcouru, comment n'est-on pas tenté de le faire connaître et de le commenter, non seulement pour la belle langue

(1) LEDOUBLE. — *Un évêque médecin, Chronique médicale*, 1904.

(2) Sa vie errante en est une démonstration frappante. Fils d'un orfèvre luthérien, né à Copenhague en 1631, Sténon étudie la médecine dans sa ville natale, passe en 1661 trois ans à Leyde pour suivre les leçons de Sylvius. En 1664 il est à Paris, ami de Thévenot qui tenait ses assemblées scientifiques ; après avoir parcouru l'Autriche et l'Italie, il se fixe à Florence. En 1672 il abjure le protestantisme, il est alors appelé à la chaire d'anatomie de Copenhague, où il est violemment combattu à cause de sa conversion. Il quitte alors son pays et revient à Florence où il est chargé de l'instruction du grand-duc Côme III. En 1675, il entre dans les ordres ; nommé, en 1667, évêque d'Héliopolis et vicaire apostolique des pays du nord, il demeure à Hanôvre... Il est ensuite envoyé à Munster où son séjour est écourté pour des raisons d'ordre ecclésiastique. Après avoir résidé à Hambourg, il meurt à Schwerin en 1687. Sa dépouille voyagea encore après sa mort : son corps fut transporté à Florence.

©BIUM

française dans laquelle il est écrit, mais encore pour son bon sens, pour sa clarté et surtout pour l'esprit moderne dont il est tout imprégné.

La première phrase de la conférence est une véritable profession de foi scientifique, bien différente du pédantisme irréductible si souvent reproché aux savants du XVIIe siècle. « Au lieu de vous promettre de contenter votre curiosité touchant l'anatomie du cerveau, je vous fais, dit modestement l'auteur, une confession sincère et publique que je n'y connais rien », et cette déclaration, toute de probité, est encore mieux mise en relief par cette attaque directe aux philosophes et aux anatomistes qui se croient les détenteurs de la vérité immanente. « Il y en a peu, dit Sténon avec une naïveté pleine de malice, qui imitent l'ingénuité de M. Sylvius qui n'en parle qu'en doutant quoy qu'il y ait travaillé plus que personne que je connaisse », avec quelle ironie ne se gausse-t-il point des ignorants drapés dans leur présomption. « Le nombre de ceux à qui rien ne donne de la peine est infailliblement le plus grand. Ces gens qui ont l'affirmation si prompte, vous donneront l'histoire du cerveau et la disposition de ses parties avec la même assurance que s'ils avaient pénétré dans tous les desseins de son grand architecte. »

Quelles sont les connaissances certaines que possède Sténon ? Il lui paraît indubitable que le cerveau est le siège de l'âme, qu'il y a à « sa surface des diversités qui méritent l'admiration », qu'il y a une substance grise et une substance

©BIUM

blanche continue avec les nerfs qui se distribuent par tout le corps. Il soupçonne une systématisation des fibres cérébrales, mais il avoue sans atermoiement que « quand vous venez à pénétrer jusqu'au dedans vous n'y voyez goutte. » L'incertitude n'est pas moins grande sur « la manière dont les nerfs se joignent dans la substance blanche, jusqu'où les extrémités des nerfs y avancent. »

Le rôle des ventricules du cerveau, pour Sténon, est totalemeut inconnu, il fait bon marché des esprits animaux, qui, d'après Descartes, circulent dans les pores ouverts dans la concavité du cerveau, c'est-à-dire à la surface interne des ventricules (1) ; il n'est pas moins impitoyable pour ses contradicteurs. « Ceux qui y logent les esprits croient avoir autant de raison que ceux qui les destinent à recevoir les excréments. » Parmi les nombreuses objections faites à la théorie de Descartes qui logeait l'âme dans la glande pinéale, il y a en effet celle de Bartholin qui fait remarquer qu'elle est placée à un endroit où s'entassent les excréments du cerveau ! (2) » Sténon éprouve un certain plaisir à montrer l'embarras des deux camps quand il s'agit de démontrer leurs théories : « mais les uns et les autres sont bien empêchés quand il faut déterminer la source de ses excréments et de ses

(1) Paul SAINTON et DAGNAN BOUVERET. — *Descartes et la psychophysiologie de la glande pinéale. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, Mars-Avril 1912.

(2) Thomas BARTHOLIN. — *Anatomia Lugd. Batav.*, 1631, p. 356 et suivantes.

©BIUM

esprits. » Et la critique continue « entre ceux qui mettent les esprits dans les ventricules du cerveau, les uns les font passer des ventricules antérieurs vers les postérieurs pour trouver les entrées des nerfs : les autres croient que les extrémités des nerfs se trouvent dans les cavités antérieures. Il y en a qui tiennent que les excréments du cerveau sont dans ces ventricules parce qu'ils y voient quelque chose de semblable : ceux-là même trouvent qu'il y a autant de fiente dans le cerveau pour les conduire dans l'entonnoir de l'infundibulum. » D'ailleurs il régnait à cette époque une impropriété et une incertitude dans les termes anatomiques pour désigner les ventricules, que souligne Sténon. C'est ainsi qu'en ce qui concerne le troisième ventricule les dénominations les plus variables lui ont été appliquées. Les anciens croyaient que ce ventricule était une cavité sous la voûte du cerveau, soutenue par trois pieds. Sylvius le confond avec l'aqueduc qui porte aujourd'hui son nom : d'autres désignent ainsi l'espace compris entre les ventricules latéraux. Sténon lui-même applique ce terme à la cavité actuellement connue sous le nom de troisième ventricule, mais il hésite à croire qu'elle communique avec les ventricules latéraux et les ventricules postérieurs, remplie comme elle l'est, par « les corps glanduleux du lacis choroïde ».

Une des questions qui préoccupent le plus Sténon, est le trajet des fibres nerveuses, parties du cerveau à la périphérie ; il n'est satisfait d'au-

©BIUM

cune des hypothèses soulevées alors et estime q'il y a quelque raison de croire que les nerfs « trouvent les passages qui les conduisent dans les yeux, dans la narine et dans la bouche. » Une telle citation montre combien étaient alors incertaines les notions que l'on avait sur les nerfs craniens.

Il se rend compte de l'insuffisance des techniques qu'employaient les anatomistes du XVII^e^ siècle. Les méthodes usitées pour étudier le cerveau étaient alors au nombre de trois. 1° la dissection en tranches. 2° le développement des replis « moyen un peu plus artiste. » 3° la séparation de la substance grise et de la substance blanche. Toutes sont insuffisantes ; l'auteur sent la nécessité de procédés nouveaux, il serait exagéré de dire qu'il a eu la prescience vague des méthodes d'imprégnation, mais il est préoccupé de l'application de techniques nouvelles. « Pour moi, dit-il, je tiens que la vraie dissection serait de continuer les filets des nerfs au travers de la substance du cerveau pour voir par où ils passent et où ils aboutissent. Il est vrai que cette manière est pleine de tant de difficultés que je ne sais si on oserait jamais espérer d'en venir à bout sans des préparations bien particulières. »

Passant à la structure générale du cerveau, Sténon pense vraiment en anatomiste ; il fait justice des erreurs par trop grossières et par trop manifestes qu'à rectifié le scalpel, comme celles qui consistent à ne pas séparer la pie-mère de la dure-mère et à assimiler le cerveau à une mem-

©BIUM

brane. Il est indécis sur l'opinion de ceux qui estiment que la substance cérébrale est composée de substances justaposées et de ceux qui la considèrent d'une substance continue.

Préoccupé de la constatation du fait, il est sévère pour les fantaisistes. « Il y en a qui donnent aux parties la situation qu'ils croient nécessaire au système qu'ils se sont imaginés et cela sans considérer que la nature les a situés d'une manière tout à fait contraire. » Aucune des hypothèses émises sur la fonction des ventricules ne lui semble admissible : il est inutile pour lui de s'arrêter aux idées des anciens qui logeaient le sens commun dans les ventricules antérieurs, la mémoire dans les postérieurs, le jugement dans ceux du milieu. Non moins hasardeuses sont jugées par lui les théories de son contemporain Willis, qui logeait le sens commun dans le corps strié, l'imagination dans le corps calleux et la mémoire dans l'écorce. Certains ont divisé le corps strié en raies montantes et en raies descendantes, ces divisions pour lui sont inutiles, puisqu'on ne sait le trajet de ces raies qui semblent avoir quelques connexions avec le corps calleux et encore moins leur nature.

Sténon s'étend longuement sur la glande pinéale à plusieurs reprises et le fait ne doit point étonner quand on connaît l'importance que lui a donné Descartes. Les deux glandes du cerveau qu'il connaît sont la glande pinéale ou supérieure « qui ne ressemble pas à la pomme de pin dans tous les animaux, ni dans l'homme mê-

©BIUM

me » et la glande inférieure ou pituitaire « encore qu'on n'ait pas la moindre assurance que son action fut la pituite ». Il commet une erreur en considérant la glande pinéale considérée comme attachée au cerveau ; mais il attaque les conceptions de Descartes sur le rôle de cette glande : avec quelle finesse ne fait-il point l'éloge du grand philosophe en même temps que sa critique. L'excellence de son esprit qui paraît principalement dans son traité de l'homme (1) couvre les erreurs de ses hypothèses. Il lui oppose les dissections de Sylvius. « Il y a une grande différence entre la mâchine que M. Descartes s'est imaginée et celle que nous voyons lorsque nous faisons l'anatomie du cerveau », il nie que la glande pinéale soit dans la cavité du cerveau, constate que les artères assemblées par le philosophe autour de la glande ne sont que des veines. Malgré ces attaques, il n'a garde, dit-il de parler contre la machine de l'illustre philosophe ; ses discours s'adressent seulement « à ceux qui veulent démontrer que l'homme de M. Descartes est fait comme les autres hommes ».

S'il montre ainsi son indépendance pour les idées de son siècle, Sténon a cependant parfois la mentalité solennelle et guindée de l'époque, c'est ainsi que, dans un passage curieux, il s'élève avec indignation contre les comparaisons empruntées à l'anatomie d'autres régions employées

(1) *L'Homme de René Descartes*, a été publié pour la première fois en français, en 1664, par CLERSELIER.

©BIUM

pour dénommer certaines parties du cerveau : il est très choqué des expressions de nates, de testes, de vulva, d'anus parce qu'elles ressemblent peu à la région désignée, à cause de leur impropriété, commence-t-il par dire, mais aussi parce que « la plupart de ces termes sont si bas et si indignes de la partie matérielle de l'homme la plus noble qu'il désigne ».

La dernière partie du discours de Sténon ne se contente plus de critiques ; elle essaie d'édifier.

Le premier desideratum qu'il émet est la nécessité de bonnes figures ; les meilleures publiées alors sont pour lui celles de Willis, quoiqu'il y signale quelques inexactitudes concernant la forme et la situation de la glande pinéale. Les figures de Varole sont pleines d'erreurs. Et ici l'anatomiste laisse percer son découragement. « Vous voyez, Messieurs, de quelle manière s'est faite jusqu'à présent la dissection du cerveau et le peu de lumière qu'on en a tiré et comment les figures expriment peu fidèlement les parties qu'elles représentent... » Car il vaut mieux n'en avoir point que d'en avoir de fausses et d'imparfaites.

Pourquoi donc n'arrive-t-on pas à une connaissance exacte du cerveau, se demande Sténon ? « Il n'y a que deux voies, répond-il, pour parvenir à la connaissance d'une machine, l'une que le maître qui l'a composée nous en démontre l'artifice, l'autre de démonter jusqu'aux moindres ressorts et de les examiner tous séparément et ensemble. » Mais, constatation pénible, « le nom-

©BIUM

bre est bien petit de ceux qui ont fait paraître l'ardeur d'une vraie curiosité. » Ceux qui font des dissections « ont toujours voulu paraître consommés en cette science » et pour masquer leur ignorance « se sont contentés de faire les démonstrations de ce que les anciens ont décrit. » Ici, Sténon fait un tableau de l'étude de l'anatomie au XVII^e^ siècle et en signale l'insuffisance ; d'un côté sont les médecins et les chirurgiens qui, après avoir acquis quelques connaissances, sont occupés à voir leurs malades, ne peuvent plus consacrer le temps nécessaire à leurs recherches et se bornent à guérir « un corps dont ils ne connaissent pas la structure » ; d'un autre côté, il y a les anatomistes qui ne voient point de malades et se bornent à enseigner ce que les anciens ont dit ; ils se livrent à des démonstrations publiques qui les détournent de leurs recherches. D'ailleurs, ils étaient contraints par la Faculté de se conformer aux traditions. Si l'anatomie et en particulier l'anatomie du cerveau n'ont point fait de progrès, la faute en est imputable à ce que l'étude systématique des différentes parties du corps humain n'existe pas.

Est-ce à dire, interroge Sténon, qu'il faille imiter l'anatomiste Bils, qui veut faire table rase des travaux anciens, se borner à ses recherches personnelles ? Il fait, avec bon sens, justice de cette outrance ; il faut connaître l'histoire de l'anatomie et savoir faire la sélection parmi les découvertes anciennes. Ces réserves faites, la base de tout travail sérieux est la dissection. L'examen

©BIUM

des organes et du cerveau doit être faite en place, sans qu'il ait été enlevé de la boîte cranienne et en évitant de rompre les adhérences de la dure-mère et l'écorce. Il est probable qu'alors les opérateurs agissaient avec une certaine brutalité, car l'auteur confesse que la scie, le ciseau et les tenailles ne se laissent jamais manier sans force et « sans concussion » ; il n'était pas rare qu'en retirant le cerveau, la pesanteur des parties latérales rompit celles du milieu. Entrant dans les détails, Sténon se demande s'il ne faudrait point employer une scie circulaire et si l'on ne pourrait point avoir recours à des liquides dissolvants pour séparer le cerveau du crâne, montrant ainsi son souci de rénover les techniques désuètes.

Quant à exposer la physiologie du cerveau, Sténon se récuse. « Je n'ai rien dit jusqu'ici de l'usage des parties, ni des actions qu'on appelle animales, parce qu'il est impossible d'expliquer les mouvements qui se feront par une machine si l'on ne sait l'artifice des parties ».

La fin de la conférence de Sténon, expose ce qu'il y aurait à faire pour compléter des connaissances si imparfaites ; dans ce programme, se révèle tout entier l'esprit moderne de recherche scientifique de Sténon ; c'est à peine si certaines parties de ce programme ont été réalisées.

Il faut : 1° Mettre à contribution l'anatomie comparée, « disséquer autant de têtes qu'il y a de différentes espèces d'animaux et de différents états dans chaque espèce ». 2° Ne pas négliger l'embryologie ; on « voit dans les fœtus d'ani-

©BIUM

maux comment le cerveau se forme ». 3° Interroger l'anatomie pathologique ; « ce que l'on n'aurait point vu dans le cerveau sain et en son entier, on le verra dans les cerveaux qui ont été changés par quelque maladie ». 4° La clinique a aussi son utilité ; l'étude des plaies, des blessures, en un mot de la chirurgie cranio-cérébrale est conseillée par Sténon. 5° Enfin, il n'hésite pas à préconiser l'expérimentation ; et combien vaste et hardi est son plan d'études ! Action des médicaments sur le cerveau chez l'animal après trépanation pour voir si en appliquant certaines drogues à la dure-mère, à la substance du cerveau, ou aux ventricules, on n'en pourrait pas apprendre quelques effets particuliers, injections de substances dans les vaisseaux.

La conférence de Sténon se termine par un appel au travail personnel, en sachant se libérer des anciens. « Nous serons toujours dans une misérable ignorance, si nous nous contentons du peu de lumière qu'ils nous ont laissée ; et si les hommes les plus propres à faire les recherches ne joignent leurs travaux, leur industrie et leurs études pour parvenir à quelque connaissance de la vérité qui doit être le principal but de ceux qui raisonnent et qui étudient de bonne foi. »

Telles sont les idées exprimées dans ce petit opuscule, dont la lecture était recommandée autrefois et qui est quelque peu tombé dans l'oubli. Il nous a paru intéressant de les rappeler parce qu'elles étonnent de la part d'un savant du grand siècle et qu'elles montrent en Sténon un véritable

©BIUM

précurseur de la science neurologique moderne. Il fut un de ces esprits, comme il en existe à toutes les époques, qui savent se soustraire aux conceptions ambiantes et qui, s'ils ne peuvent réaliser leur idéal, sont capables de tracer le sillage que devront suivre les générations suivantes. Le discours de Sténon tout entier n'est qu'un éloquent commentaire de la phrase éternelle de Bossuet : « Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire les choses, parce qu'on veut qu'elles soient et non parce qu'elles sont en effet », phrase que Pasteur (1) a mis en exergue d'un de ces premiers travaux et souvent commenté et qui est le guide de tous les esprits soucieux de la vérité scientifique.

Paul Sainton.
Médecin de l'Hôpital de Tenon.

(1) V. Le Double, Pasteur et Bossuet. — *Chronique Médicale*, 1903, p. 271, 302, 405.

©BIUM

ALIÉNATION MENTALE ET LOI DU 31 MARS 1919
SUR LES PENSIONS MILITAIRES

Par P. BEAUSSART

Médecin de l'Asile de la Charité-sur-Loire

Dès le début de l'année 1915, le Parlement avait été saisi de propositions tendant à modifier la législation des pensions des armées dans les cas de blessures reçues et de maladies contractées ou de décès survenus par suite de la guerre en cours. Dans cette intention, le Gouvernement lui-même, le 4 novembre 1915, avait déposé sur le Bureau de la Chambre un projet de loi pour lequel la Commission chargée ensuite de son étude, avait été, dès juillet 1916, en mesure de présenter un rapport des plus documentés. Les grandes lignes de la loi actuelle du 31 mars 1919 et ses dispositions principales étaient, dès cette époque, arrêtées et le 22 novembre 1917, lorsque s'ouvrit à la Chambre la discussion du rapport de M. Masse repris par M. Lugol, l'importante question, entre autres, de la présomption légale d'origine des maladies était, dès l'abord, un fait acquis et indiscuté. « Puisque, disait le rapporteur, on avait considéré qu'un homme était bon pour le service, puisqu'il avait été jugé apte et sain [du fait de l'incorporation], la maladie ou l'aggravation survenue ultérieurement était l'objet des fatigues du service. » (*J. O.*, p. 3015, S. 23 nov. 1917). Il avait surtout paru « absolument nécessaire d'élargir considérablement le droit à pension, en ce qui concernait les suites ou les origines des maladies, tuberculose et maladies du système nerveux en particulier, dont la question avait pris, du fait de la guerre d'*usure*, une acuité particulière. » (p. 3016). En décembre 1916, au moment où la Société de Neurologie donnait son appréciation sur la solution de questions médico-légales ressortissant de sa compétence ; en juillet 1917, au moment où les trois Sociétés de médecine mentale réunies, reprenaient la discussion de certaines questions envisagées, d'un point de vue trop rigoureux,

©BIUM

par la Société précédente (celle de la réforme et des droits à pension des paralytiques généraux, en particulier) et suggéraient des solutions équitables ; en juillet 1918, alors que la Société Médico-psychologique émettait un vœu au sujet du droit à pension des déments précoces, toutes les conclusions énoncées, étaient, au point de vue pratique, pour ainsi dire inopérantes, la question d'origine, avec son maximum de portée, étant un fait réglé, depuis longtemps déjà, dans le travail de la Commission parlementaire. D'ailleurs M. Delmas n'avait-il pas, comme bien d'autres, pressenti cette conception lorsqu'il écrivait, en juillet 1917 : « Nous ne devons pas admettre la responsabilité de la guerre dans les cas de p. g. ou bien toute discussion médicale devient superflue et il n'y a qu'à considérer comme imputable au service toute maladie survenant chez un mobilisé. »

Il n'en reste pas moins que les discussions abordées en l'espèce, dans les différentes Sociétés savantes de Neuro-psychiatrie, conservent une valeur scientifique médicale et médico-légale intrinsèque.

Mon intention, dans cet article, est d'attirer l'attention sur quelques particularités d'application de la loi dans certains états d'aliénation mentale. Je prendrai des exemples dans les 6 ou 8 cas que j'ai été appelé à expertiser, depuis avril 1919, à l'asile de La Charité.

Tout d'abord, voyons la question d'*origine* puisque je viens de l'aborder dans mon préambule. Primitivement, dans l'esprit de la Commission et du Gouvernement, un minimum de service était considéré comme indispensable pour que la notion de présomption d'origine, en cas de maladie, puisse jouer. « Il y a une condition à exiger — c'est tout naturel, la Chambre le reconnaîtra certainement — le militaire doit être incorporé pendant au moins 60 jours (1). Il faut, en effet, quelque raison sérieuse de penser que le service a été pour quelque chose dans l'aggravation ou dans l'origine de la maladie. » (*J. O.*, p. 3016, S. 23 nov. 1917). Cette

(1) Pour les militaires de la classe 1920 et suivantes, mobilisées après l'armistice, qui doivent bénéficier des dispositions de la loi du 31 mars 1919, ce minimum de 60 jours est exigé.

©BIUM

disposition a été immédiatement combattue, à l'unanimité, dès le début de la discussion de l'article qui la contenait (p. 3151, S. du 5 déc. 1917 et p. 3176, S. du 6 déc.) et a été aussitôt abandonnée bien que dans l'esprit de la Commission qui la proposait, cette clause ne tendît rien moins qu'à éliminer des bénéfices à pension les malades qu'une mobilisation générale précipitée, qu'une récupération mal sélectionnée, avaient comme tels amenés à l'armée, qui avaient rapidement été reconnus impropres au service et pour lesquels quelques semaines d'attente au Dépôt avaient été nécessaires pour qu'une Commission de réforme réglât leur situation. Actuellement la présomption d'origine de maladie joue dès le premier jour d'incorporation, quelque paradoxales que soient, de ce fait, certaines situations médicales. A la date du 1er janvier 1920, la XXXVe circulaire mensuelle du S.-Secrétariat du Service de Santé militaire, publie, en effet, la réponse suivante à une demande faite par un Centre de réformes au sujet d'un épileptique R. n° 2 en janvier 1915 au bout de 15 jours d'incorporation : « La loi du 31 mars 1919 n'a fixé aucune limite d'incorporation pour droit à pension. La présomption légale d'origine soit directe, soit par aggravation est acquise, à moins que l'Etat n'administre la preuve contraire. Dans le cas d'espèce pour refuser la pension, il faudrait donc faire la preuve que la maladie n'a pas été aggravée par 15 jours d'incorporation. » Un peu plus loin, la même circulaire envisage deux nouveaux cas d'espèce dont les attendus justifiant l'interprétation donnée sont intéressants à rapporter ; il s'agit de deux mobilisés atteints d'une affection organique constatée avant la guerre et qui sont réformés n° 2 après quelques jours d'incorporation sans que leur état ait subi de modifications : « Les 2 militaires ci-dessus n'auraient pas dû être incorporés. La question d'un dommage civil causé par une incorporation contraire à l'Instruction sur l'aptitude physique, peut se poser indépendamment de l'application de la loi du 31 mars 1919 quand il est possible d'administrer nettement la preuve que la maladie n'est causée, ni aggravée par le service. S'il n'est pas prouvé que les deux affections

©BIUM

n'ont pas été aggravées pendant les quelques jours de service, ou s'il y a doute, la décision de la Commission de réforme est mauvaise ; l'erreur d'incorporation engage la responsabilité de l'Etat et fait bénéficier les intéressés de la loi du 31 mars 1919. »

En médecine mentale, des cas de ce genre sont assez fréquents. Toutefois, malgré le dilemme posé par l'exposé ci-dessus, il en est où la preuve contraire d'imputabilité ne peut que s'imposer. Voici 8 situations énumérées avec leur minimum de détails, pour lesquelles j'ai cru devoir conclure à une origine étrangère au service à l'exclusion également de toute aggravation imputable à ce dernier. L'expertise avait lieu à la fin de 1919 et à cette époque l'expert avait à sa disposition 3 formules d'estimation :

1° les infirmités résultent des faits spécifiés aux pièces d'origine.

2° elles sont imputables au service par présomption légale.

3° elles ne peuvent être attribuées au service même par présomption légale.

Dans ce dernier cas, il devait motiver son appréciation. Depuis juillet 1920, ces formules sont abandonnées; l'expert n'a plus qu'à faire connaître, après les avoir décrits (et y avoir adjoint tous renseignements susceptibles de détruire à la rigueur la présomption d'origine) si l'ensemble des symptômes ou les syndromes qu'il constate « résultent... ou ne résultent pas... directement... ou par aggravation... de la maladie cause de l'instance » introduite par l'intéressé. Il apprécie le pourcentage d'invalidité sans tenir compte de la notion d'origine et c'est la Commssion de réformes qui juge si la maladie est susceptible de bénéficier de la présomption légale.

Observation I. — C..., classe 1898. Exempté en 1899 pour débilité mentale. Pris service armé en 1914, bon absent. Dépôt du 13e R. I., le 1er juin 1915. En observation à l'hôpital mixte. Interné le 11 juin 1915 pour débilité mentale profonde. R. n° 2 le 5 mai 1916 (1). Non admis à pension le

(1) Plus de 3 mois de mobilisation ; a touché les primes de démobilisation, soit 415 fr. pour 8 jours de présence dans une caserne.

©BIUM

13 janvier 1920, son état de débilité mentale étant congénital et n'ayant pas varié pendant les quelques jours d'une présence dans une caserne.

Observation II. — L... cl. 1897. Exempté. Pris service armé en 1914, bon absent. Insoumis le 8 juin 1915 ; non-lieu, responsabilité atténuée. Dépôt du 95e R. I., le 24 juin 1915. En observation peu après au Centre neuro-psychiatrique. Interné le 7 novembre 1915 pour débilité mentale accusée. R. n° 2, le 20 avril 1916. Non admis à pension le 23 décembre 1919, sa débilité mentale ayant été constatée avant même son incorporation (rapport médico-légal) et n'ayant subi aucune variation. Dossier renvoyé par la Commission consultative pour une nouvelle expertise ; mêmes conclusions ; non admis à nouveau à pension le 12 mai 1920 par la Commission de réformes.

Observation III. — B..., cl. 1891. Condamné en 1911 à 5 ans de réclusion (viol). En août 1916, 8e section d'exclus. Hospitalisé en décembre 1916 au Centre neuro-psychiatrique ; interné en janvier 1917. R. n° 2, le 11 avril 1917. Non admis à pension le 13 janvier 1920 : 1°) exclu de l'Armée ; 2°) psychose hallucinatoire chronique ayant débuté cliniquement pendant les 2 derniers mois de séjour à la Maison Centrale et n'ayant fait que suivre son extension habituelle.

Observation IV. — G..., cl. 1909. Dépôt du 37e R. A. C., en août 1914. Etat mental suspect à tous dès l'arrivée. R. n° 2 en septembre 1914 pour « troubles mentaux ». Interné le 26 septembre 1914. Psychose hallucinatoire chronique. Non admis à pension le 23 décembre 1919, l'affection mentale étant en pleine évolution au moment de la mobilisation et la nature du service n'en n'ayant nullement modifié la progression habituelle.

Observation V. — R..., cl. 1907. Dépôt du 56e R. I., le 3 août 1914. Part de chez lui, étant délirant. Mis en observation à l'hôpital au bout de quelques jours, envoyé en convalescence, puis R. n° 2, le 12 septembre 1914 pour « troubles mentaux ». Rentré dans ses foyers ; évolution des troubles mentaux. Interné par placement volontaire du 8 mai au 29 juin 1918 ; réclamé par sa famille ; non guéri. Interné d'office en décembre 1918. Dégénérescence mentale, idées délirantes polymorphes (dépression, persécution, préoccupations hypocondriaques, irritabilité, stéréotypies, chronicité). Non admis à pension le 13 janvier 1920 : Un internement par placement volontaire, pendant 3 mois en 1913 avec évolution des troubles mentaux jusqu'à la mobilisation. Durée du service n'ayant nullement aggravé l'état

©BIUM

morbide puisque la recrudescence de la psychopathie n'a eu lieu que près de 4 ans après. Non admis à nouveau à pension en août 1920, ayant été expertisé à la suite de démarches de sa famille. Expertisé à nouveau en octobre 1920: conclusions négatives, rejet de la présomption d'aggravation. Pensionné définitivement le 31 octobre 1920.

OBSERVATION VI. — V..., cl. 1909. Interné de juin à octobre 1904. Engagé volontaire en mai 1908 ; R. n° 2 en avril 1909 pour « troubles mentaux ». Appelé en octobre 1909, bon absent. S. X. en octobre 1910 pour « troubles mentaux ». Dépôt du 134e R. I. le 2 août 1914. R. n° 2 le 16 novembre 1914 pour « troubles mentaux ». Interné en août 1918. Non admis à pension le 13 janvier 1920. Dégénérescence mentale avec obsessions et impulsions ; dipsomanie, nosophobie. Evolution depuis l'enfance ; état nullement influencé par le service.

OBSERVATION VII. — C..., cl. 1894. Dépôt du 13e R. I., en août 1914. Condamné vers octobre 1914 pour outrages à supérieur (pénitencier d'Albertville), 8e groupe spécial (anciennes Cies de disciplines) fin janvier 1916, en Algérie. Dépôt du 95e R. I. en juin 1916 ; affecté à l'effectif territorial. En observation au Centre neuro-psychiatrique (réaction antidisciplinaire). Renvoyé au Corps, remis à l'effectif de réserve. Désertion à l'intérieur en août 1916 ; expertise médico-légale ; non-lieu. R. T. n° 2, le 8 mars 1916 pour dégénérescence mentale. Repris service armé. Dépôt du 29e R. I. le 16 mars 1917. En observation aussitôt à l'hôpital. R. n° 2 le 3 avril 1917 pour dégénérescence mentale. Interné en novembre 1918. Non admis à pension le 23 décembre 1919. Dégénérescence mentale avec fond de débilité ; perversions instinctives, instabilité, inadaptabilité ; condamnations civiles vraisemblables. Etat congénital de déséquilibre mis en lumière par le service, mais nullement influencé par ce dernier. Pensionné le 15 mars 1921.

OBSERVATION VIII. — V..., cl. 1911. Condamné en 1908 et 1911 pour vol. Incorporé le 1er octobre 1912, bon absent. R. n° 2 le 21 octobre 1912. Condamné en 1914 pour vol puis abus de confiance. Pris au service armé (bon absent) pendant ce temps. Incorporé en juin 1915 à la prison militaire du Mans. Acquitté en Conseil de guerre pour port illégal d'uniforme, escroquerie, abus de confiance. R. n° 2 en janvier 1916 pour paralysie infantile jambe g. Non-lieu en mai 1916 (Conseil de guerre du G. M. P.) pour coups, vol, port illégal de décorations ; interné à Villejuif ; évadé de Chezal-Benoit. Condamné en décembre 1917 pour port illégal de décorations et d'insignes de grade. Non-lieu en

©BIUM

décembre 1918 (vols, port illégal d'uniforme et de décorations) ; interné, non admis à pension le 23 décembre 1919. Dégénérescence et débilité mentale ; perversions instinctives, instabilité, amoralité, inadaptabilité ; mythomanie. Etat constitutionnel non influencé par 6 mois environ de service.

Si j'ai insisté sur ces observations, c'est pour montrer qu'il est des cas où l'expert n'a pas à hésiter à conclure au rejet de la présomption d'origine et qu'en général son avis est adopté par les Commission de réformes et ratifié par la Commission consultative (1). L'esprit du législateur, au moment de la discussion de la loi, était du reste qu'il en fût ainsi et ce n'est qu'à cette condition que la notion de présomption d'origine des maladies n'eut à subir aucune restriction légale dans son point de départ (*J. O.*, p. 3176, S. 6 déc. 1917). Certains cas, comme celui qui va suivre, pourraient, partant de ce principe, être parfois jugés d'une façon différente de celle qui leur a été appliquée.

G..., cl. 1915. Dépôt du 56e R. I., en décembre 1914. 3 mois aux Armées. En mai 1915, contusions superficielles de la face par déflagration d'obus. Otite moyenne suppurée droite immédiatement consécutive : trépanation mastoïdienne. R. n° 2 en avril 1916. Interné en juillet 1919 (non-lieu ; complicité de vol et recel). Admis à pension en décembre 1919 avec invalidité de 100 0/0 pour aliénation mentale. Transféré à La Charité en mai 1920. Débilité mentale avec notions bornées et faible discernement moral. Etat congé-

(1) Ce que j'avance à ce sujet commence à perdre de son exactitude. Les décisions négatives des Commissions de réformes sont suivies de solutions contraires prises par le Ministère. Il en résulte, un peu partout, des protestations qui viennent de trouver leur écho à la Tribune de la Chambre, le 25 avril 1921 (*J. O.*, n° 65, p. 1963). Il est reconnu que la « présomption d'origine a été une des plus belles conquêtes de notre législation moderne » mais que faute de rechercher la preuve contraire lorsqu'il était besoin, des abus se sont produits à tel point que certains parlementaires demandent qu'il soit procédé à une révision des pensions avec, comme but, la recherche de cette preuve contraire. Un fait frappe les esprits ; c'est la disproportion des réparations attribuées aux mutilés en comparaison de celles consenties « à des mobilisés de trois mois, assez loin du front, qui bénéficient de pensions scandaleuses pour des incapacités contractées le plus souvent avant la guerre ».

©BIUM

nital sans adjonction d'aucun trouble confusionnel ni d'aucune idée délirante. A insisté pour obtenir sa mise en liberté aussitôt son arrivée à La Charité et y est arrivé en s'évadant. Aurait pu être pensionné pour la faible diminution de l'acuité auditive droite, mais n'était pas en toute conscience justiciable d'une pension pour aliénation mentale.

Si pour les états de déficience intellectuelle congénitale, de déséquilibre psychique habituel, pour certains délires chroniques à progression classique ayant débuté avant l'incorporation et dont le cours n'a nullement pu être influencé et aggravé par un séjour de quelques semaines dans un Dépôt de corps la plupart du temps, la preuve du contraire de la présomption, due par l'Etat, tire son évidence, ne serait-ce que de l'énoncé du diagnostic de l'affection et de l'exposé de son développement, il n'en va plus de même pour les mobilisés qui arrivés à l'armée dans un état de santé mentale apparente ont, dans les tout premiers mois, surtout en campagne, été atteints pour la première fois de manifestations psychiques en opposition formelle avec leur manière d'être antérieure, manifestations ressortissant souvent au syndrome confusionnel. Pour eux, la preuve du contraire est bien difficile à établir ou du moins ne peut se résoudre par une simple affirmation. Voici, par exemple, deux cas de cette espèce :

Observation IX. — M..., né en 1895. Engagé au 3e tirailleurs algériens en septembre 1913. Caporal le 2 août 1914. Amené d'Algérie au front français aussitôt après la déclaration de guerre. Evacué fin décembre 1914 pour troubles mentaux. Interné le 11 janvier 1915. R. n° 2 le 2 juin 1916. Dès le commencement de septembre 1916 avait fait 3 fugues passagères, puis avait été cassé de son grade à la fin de septembre pour avoir proposé par voie hiérarchique à son capitaine, d'avoir des rapports contre nature avec lui. Avait continué son service jusqu'à l'époque de l'évacuation, n'ayant énoncé qu'à ce moment des idées délirantes. Psychose hébéphréno-catatonique sans aucune variation depuis l'entrée à l'asile (mutisme, rires niais, stéréotypies d'attitudes, hallucinations auditives, catatonisme). Non admis à pension le 10 février 1920, l'a ensuite été le 12 mai

©BIUM

1920 (1). Malgré quelques changements de caractère depuis le début de 1914, remarqués rétrospectivement malgré des réactions délirantes non reconnues comme telles, M... avait continué, pendant près de 4 mois, à faire au front œuvre de combattant. C'est pour cette raison qu'il était impossible de prouver que l'affection n'avait pas été influencée par le service, bien que cliniquement elle évoluât insidieusement depuis un certain temps déjà

OBSERVATION X. — B..., cl. 1907. Dépôt du 70e R. I., le 4 août 1914. Aux Armées le 20 septembre. Arrêté et détenu au Cherche-Midi, au début de novembre. Etant de passage dans un train de troupes, à la régulatrice de Noisy-le-Sec, avait abandonné son unité en raison d'un état confusionnel. Non-lieu. Interné. Considéré à Bicêtre comme D. P. R. n° 2 le 14 avril 1916. Admis à pension le 13 janvier 1920. Débilité mentale avec périodes délirantes et hallucinatoires, négativisme, dépression, inertie, attitude concentrée, indifférence ; rémission apparente du syndrome hébéphrénique depuis quelques mois ; persistance d'idées délirantes et d'hallucinations sans réactions anormales ; s'occupe activement.

Pour tous autres cas qui ont été soumis à mon expertise, un séjour de plusieurs mois ou de plusieurs années dans un corps ou une formation, à l'intérieur, le plus souvent aux armées et dans des unités combattantes, des blessures, des commotions ou émotions, des affections médicales caractérisées, ont été ou ont paru être des arguments suffisants pour conclure à la présomption d'origine ; il serait trop long de m'y appesantir aujourd'hui. Je passe à une catégorie de malades dont la situation légale amène quelques considérations en raison des objections que soulève, vis-à-vis de l'application de la loi, leur histoire pathologique. Il est dit, dans la loi du 31 mars 1919 (*J. O.* du 2 avril), que les maladies constatées pendant les *6 mois qui suivent le renvoi dans les foyers,* sont présumées avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents

(1) Dans la loi du 31 mars 1919, le temps de service pour les militaires en activité avant le 2 août 1914, n'est décompté qu'à partir de cette date. Dans la discussion de la loi, l'esprit du législateur était que le militaire en campagne devait jouir de la présomption d'origine quel que soit son temps de service au front.

©BIUM

du service et que ce délai de 6 mois ne court, pour les militaires renvoyés dans leurs foyers au moment de la promulgation de la loi, qu'à partir de la dite promulgation (c'est-à-dire jusqu'au 30 sept. 1919). Plus tard, la loi du 8 juin 1920 reportant le point de départ des délais prévus par celle du 31 mars 1919, aux dates de publication des règlements d'administration publique intervenus pour l'application de cette dernière loi, la limite de constat de maladie, arrêtée, pour certains, au 1er octobre 1919, est reportée au 2 mars 1920 (règlement d'administration publique du 2 sept. 1919. *J. O.* du 4 sept.) (1). Or, dans ces conditions, une grande majorité des démobilisés ont eu à bénéficier d'un laps de temps suffisamment long pour faire constater les maladies — ici affections mentales — dont le début n'est survenu qu'après leur retour dans leurs foyers. Cette période d'attente a été progressivement décroissante, de décembre 1918 au 2 mars 1920, à mesure que s'élevaient les chiffres des échelons de démobilisation, pour arriver au seul délai légal de 6 mois à partir de la classe 1914 démobilisée au début de septembre 1919. Cette question des 6 mois de répit, laissés à une affection mentale pour qu'elle éclose et se traduise par des manifestations cliniques telles qu'elles amènent l'entourage à demander une constatation médicale au service de santé militaire, est pour beaucoup de cas par trop réduite. Les affections psychiques ont quelques-unes des périodes de demi-latence de plusieurs mois et ne s'accompagnent d'épisodes bruyants imposant l'internement (cette mesure, au point de vue militaire, équivaut à une constatation légale de maladie) que souvent après plus de 6 mois. J'ai vu de la sorte toute une catégorie de malades psychiques qui pouvaient craindre de ne pas bénéficier des dispositions favorables de la loi ; c'étaient des jeunes gens qui presque tous mobilisés pendant près

(1) Le but de la loi du 8 juin 1920 n'a pas pratiquement été atteint puisque certains bénéficiaires des dispositions prévues, qui avaient à jouir des dites dispositions jusqu'au 2 mars 1920 n'ont pu en avoir connaissance qu'à partir du 11 juin (*J. O.* publiant la loi du 8), c'est-à-dire plus de trois mois après l'expiration de ce nouveau délai concédé.

©BIUM

de 3 ans et plus, dans des unités combattantes et renvoyés dans leurs familles sans aucune tare mentale apparente, s'y étaient fait très rapidement remarquer par des troubles du caractère, des attitudes bizarres, un ton affectif particulier... dont l'aggravation n'avait été que tardive avec nécessité d'internement reculée, quelquefois après 1 an ou deux. Ceux-là étaient au moins aussi dignes d'intérêt, si ce n'est plus, que ces psychopathes de la toute première heure que la présomption légale protège de ses dispositions bienfaisantes. C'est pourquoi il y avait lieu, pour eux, d'insister à l'expertise sur le mode de début et l'évolution des premiers troubles en les faisant corroborer par toutes enquêtes et témoignages utiles, ainsi que d'ailleurs le prévoient les instructions (31 mai 1920) et circulaires (1re circulaire mensuelle du Ministère des pensions, 1er fév. 1920, p. 11, et Ve circulaire, 15 juin 1920, p. 75) (1). La prescription du délai légal de constatation de maladie étant ainsi compensée, satisfaction a été donnée à leur juste demande, l'affection étant, elle, apparue dans ce délai légal. J'aurais plusieurs exemples de ce genre à citer ; en voici un :

Observation XI. — V..., cl. 1918. Incorporé en mai 1917 au 56e R. I. Aux Armées en septembre 1917. Blessé au coude droit par balle (fracture), en août 1918. Cité à l'ordre du régiment. R. T. n° 1, le 9 août 1919, avec pension de 30 0/0. S'est placé comme ouvrier de ferme. A commencé peu après à changer de caractère et à exécuter des actes qui étaient en contradiction flagrante avec sa manière d'être antérieure ; devenait taciturne, se renfermait ; plusieurs fois s'est masturbé à la vue de tout le monde ; a voulu coucher avec sa sœur et se livrer à des rapports incestueux.

(1) La IXe Circ. mensuelle du M. des pensions de décembre 1920 et janvier 1921, p. 151, attire à nouveau l'attention sur les cas pour lesquels le délai légal de présomption d'origine est périmé. « Une reconnaissance inconsidérée et systématique du droit à pension, y est-il dit, risquerait de soulever de légitimes protestations et irait à l'encontre de la volonté du législateur en portant atteinte au principe supérieur même de la loi : le droit à réparation d'un dommage subi. » Pour ce faire il ne faut pas qu'il y ait un « mépris systématique de la preuve du contraire », alors que l'instruction n° 831 C1/7 du 10 juillet 1919 « stipulait que cette preuve contraire ne devait pas systématiquement être recherchée ».

©BIUM

Interné le 6 juillet 1920, 4 mois après la durée légale d'imputabilité. Expertisé en août 1920. R. dénitifive avec pension temporaire de 100 0/0 (aliénation mentale) et surpension de 2e catégorie (raideur du coude avec lésion légère du cubital) (1). Débilité mentale, hallucinations auditives, idées délirantes de persécution, périodes de 1/2 mutisme, catatonisme, impulsivité, amaigrissement progressif depuis plusieurs mois.

Dans la nouvelle loi des pensions, la réparation du dommage causé à l'individu et à sa famille, du fait des affections mentales, a été envisagée avec le maximum d'intérêt, surtout si l'on compare le taux d'invalidité dont elles bénéficient à celui, relativement moins avantageux, attribué à d'autres affections qui entraînent une diminution de capacité professionnelle au moins égale. Il est, en effet, admis que tout cas d'aliénation mentale qui détermine l'internement entraîne *ipso facto,* une invalidité de 100 0/0 (XXXVe circul. mens. du S.-Secrét. du S. de S., 1er janvier 1920, p. 442 et IIIe circul. du Min. des pensions, 1er avril 1920, p. 43), malgré les taux fixés par le Guide-Barême annexé au décret du 29 mai 1919 (2). Cette façon de procéder a deux raisons essentielles : 1° l'idée que l'on se fait que l'internement implique une gravité exceptionnelle des troubles mentaux (aucune distinction n'a été envisagée entre le placement d'office et le placement volontaire) ; 2° la question budgétaire d'assistance. En effet, bien que d'après la loi (art. 55), l'Etat eût seul à supporter le surplus des frais d'entretien de l'aliéné interné quand sa pension n'est

(1) La IXe Circ. du M. des pens. de déc. 20 et janv. 21, p. 151, spécifie que l'article 12 de la loi ne prévoit de majorations que lorsqu'à l'invalidité absolue s'ajoutent *deux* ou plus de 2 infirmités supplémentaires.

(2) Ces taux sont les suivants, avec distinctions nosologiques un peu spéciales où la compétence psychiatrique n'a pas exercé son action :

Epilepsie traumatique : 50 à 80 0/0. Epilepsie dite essentielle : 10 à 80. P. G. : 10 à 100. Psychopathies aiguës : 10 à 100. Psychoses chroniques post-confusionnelles : 10 à 80. Etats démentiels et chroniques. Psychoses chroniques d'emblée. Etats maniaques et mélancoliques 10 à 100..... Aphasie très marquée à l'état isolé : 60 à 80. Avec hémiplégie complète : 100 ; peu marquée sans altération consi- considérable du langage intérieur : 10 à 30.

©BIUM

pas suffisante et que déduction préalable a été faite en faveur de son épouse du montant d'une pension de veuve du taux de réversion (500 fr. pour un soldat), la préoccupation constante du législateur au moment de la discussion de la loi a été que les collectivités d'assistance (communes et départements) soient complètement exonérées de leur part de participation à l'entretien des ex-militaires pensionnés et internés et pour ce fait la pension a été envisagée de suite comme devant être portée à son maximum. Les exemples indiscutés donnés par le rapporteur de la Commission roulaient sur un taux de 100 0/0. Et puis il s'ajoute à cette préoccupation financière, cette vieille croyance commune que l'aliéné interné est un être à tout jamais perdu pour la société et les siens ; on ne saurait donc trop dédommager son malheureux sort, et cette idée est si vraie que lorsqu'on parle de son épouse, par un lapsus dont personne ne s'étonne, on la qualifie de *veuve* (*J. O.* n° 29, S. du 29 janvier 1918, p. 238). Comme corollaire de l'attribution systématique de l'invalidité de 100 0/0 aux psychopathes internés, il découle, dans la pratique, que ceux qui n'ont jamais vécu que dans le milieu familial reçoivent un taux d'invalidité beaucoup moindre quelles que soient la nature et l'intensité des troubles mentaux, ce qui, assez souvent, pousse les familles à provoquer l'internement afin que soit augmenté le taux d'invalidité, quitte ensuite à ce qu'elles reprennent le malade dès qu'un nouveau titre lui alloue les 2.400 francs annuels.

Il serait beaucoup plus équitable — et peut-être moins onéreux — que le degré d'invalidité fût calculé en raison même du trouble mental et non en raison de la mesure administrative et demeurât le même en cas d'internement. Comme une allocation de 30 fr. par enfant et par fraction de 10 dans le pourcentage, fait bénéficier le titulaire d'un titre de 2.400 fr. (100 0/0) d'un supplément de 300 fr. par enfant, il pourrait, par compensation et à titre exceptionnel, être décrété que l'allocation pour enfant, en cas d'internement, serait uniformément de 300 fr. (plus 200 fr. prévus par le décret du 5 août 1920), quel que soit le taux d'invalidité du malade.

©BIUM

J'ai dit plus haut que certains internements momentanés n'ont pour but que de faire bénéficier les pensionnés d'un taux d'invalidité de 100 0/0. C'est une tendance, dans certaines régions, que les familles gardent, depuis la guerre, leurs psychopathes jusqu'à l'ultime limite des possibilités et insistent, en cas d'amélioration, pour obtenir aussitôt que possible leur sortie de l'asile (1). (Utilisation des moindres services rendus dans un temps où la main-d'œuvre est chère et rare, répugnance à contribuer à la quote-part d'entretien à l'asile). Pour les pensionnés de guerre, n'est-ce pas plus tentant encore de les reprendre, puisque, outre les services que quelques-uns peuvent rendre, ils offrent l'apport d'une ressource pécuniaire assez estimable. A leurs 2.400 fr. (je ne parle que des soldats) annuels augmentés des 300 fr. par enfant, le décret du 5 août 1920 vient, en effet, d'adjoindre l'allocation spéciale temporaire n° 4 de 1.000 fr. par an et la majoration supplémentaire temporaire n° 4 de 200 fr. par enfant. Qui plus est, certains, du fait même que théoriquement l'aliéné a besoin d'une tierce personne pour l'assister et le surveiller, arrivent à bénéficier, comme non internés, des droits que confère l'article 10 de la loi (VII[e] circul. mensuelle du Ministère des pensions, août 1920), c'est-à-dire anciennement : d'un supplément équivalent au 1/4 de la pension, et récemment, depuis le décret du 5 août 1920 : d'une pension globale de 6.000 fr., majorations anciennes pour enfants et invalidités multiples comprises, s'il y a lieu (2).

---

(1) Un peu plus d'internements à titre thérapeutique, beaucoup moins à titre d'assistance, telle est l'esquisse qui se manifeste. C'est ce qui a fait dire à d'aucuns devant la diminution de la population des asiles, que l'aliénation mentale était en baisse.

(2) Dans un compte rendu de la IV[e] Conférence interalliée, pour l'assistance aux invalides de guerre (Bruxelles, sept. 1920), certaines considérations très justes sont à relever : « Les demi-déments, entourés parfois de soins maladroits [au dehors], se trouvent dans de mauvaises conditions pour retrouver leur équilibre psychique. Certaines conséquences de la loi toute récente peuvent même les desservir, qui porte à 6.000 fr. leur indemnité, car il n'est pas certain que des familles, hier indifférentes ou ingrates, ne solliciteront pas la reprise du grand blessé afin de bénéficier de sa rente sans lui constituer, en compensa-

©BIUM

Aussi, à la date du 15 juillet 1920, le Ministère des pensions, dans sa VI[e] circulaire mensuelle (p. 91), recommande-t-il, qu'en cas d'amélioration ou de guérison de l'état mental laissant présumer une sortie prochaine de l'asile, le taux d'invalidité des expertisés en instance ne soit pas invariablement de 100 0/0. Dans sa II[e] circulaire du 1[er] mars 1920 (p. 30), il prescrivait déjà de n'accepter aux bénéfices de la pension *définitive* que ceux dont l'état mental était incurable, et d'user aussi largement que possible de la pension *temporaire* de façon à ce qu'il y ait occasion, au besoin, de reviser le taux d'invalidité lors d'une visite biennale (1). Il est vrai que le point de départ légal de la pension étant fixé à la date de décision de la 1[re] Commission de réformes ayant statué depuis le 2 août 1914 (avec rappel d'arrérages), la plupart de ceux qui sortent actuellement de l'asile avec une pension de 100 0/0 sont assurés de la garder définitivement à ce taux, ayant été réformés en 1914, 1915 ou début de 1916, c'est-à-dire depuis plus de 4 ans. Je prends un exemple concret de la situation pécuniaire dont peut bénéficier un aliéné.

Voici le malade R... de l'observation V pour lequel les conclusions des experts et les décisions des Commissions de réformes, par deux fois, n'ont pas été acceptées et qui vient d'être expertisé une troisième fois avec conclusions négatives, ce qui n'a pas empêché qu'il soit admis à bénéficier des dispositions de la loi (31 octobre). Il a été réformé n° 2 le 12 sept. 1914. Il a été interné aux frais de sa famille en mai-juin 1918, puis aux frais du département en décembre 1918 (totalité des frais d'entretien que l'Administration provisoire devra rembourser à cette dernière collectivité : 2.146 fr.).

---

tion, une atmosphère de réconfort moral, de soins et de tendresse satisfaisante.... »

(1) Tous les aliénés doivent être réformés *définitivement*, même non incurables (Circul. du 3 juin 1897, vol. 83, p. 577), mais peuvent être pensionnés temporairement; en ce cas ils sont soumis à l'expertise biennale avec fixation définitive de leur invalidité au bout de 4 ans. Entre chaque visite biennale ils peuvent demander, eux ou leurs ayants droit, une révision ; dans ce cas le taux de leur invalidité ne peut être abaissé.

©BIUM

Sa pension est définitive, puisqu'il y a plus de 4 ans entre le point de départ légal (12 sept. 14) et la décision présente. Il obtient une invalidité de 100 0/0, soit avec le rappel d'arrérages : $(2.400 \times 6) = 14.400$ fr. jusqu'au 12 septembre 1920 + 400 fr. jusqu'au 31 octobre et 3.400 fr. annuels à partir de cette date. Au cas où il viendrait à sortir de l'asile et à bénéficier de l'article 10, il jouirait jusqu'à sa mort d'une annuité de 6.000 francs.

J'avais raison de dire que les affections mentales relevant par présomption de la guerre, étaient assez largement dédommagées, surtout qu'en plus, quelques malades jouissent des surpensions inhérentes aux infirmités multiples. C'est ainsi qu'avant le décret du 5 août 1920 (1), un aliéné interné, pensionné à 100 0/0, un D. P. par exemple, atteint de tuberculose quelle que soit sa gravité, mais avec B. de Koch dans les crachats, ne pouvait avoir moins de 100 0/0 pour cette nouvelle affection, c'est-à-dire une surpension de 10e catégorie, soit 1.000 fr. ; si, en plus, il avait une infirmité d'ordre chirurgical, de 30 0/0, c'était, aux 2.400 fr. + 1.000 fr., l'adjonction d'une 2e surpension de (30 + 5) 4e catégorie, soit 400 fr. (plus 300 fr. par enfant). Le décret du 5 août 1920 attribue, comme pour l'article 10, aux bénéficiaires de l'article 12, c'est-à-dire aux invalides absolus avec infirmités multiples, une allocation spéciale temporaire n° 5 qui est destinée à porter à 6.000 francs par an l'ensemble de la dotation du pensionné.

Il peut encore se faire que le montant de l'allocation n° 5 soit inférieur à l'allocation revenant à l'intéressé en raison de son degré d'invalidité ; l'allocation n° 5 alors n'est pas allouée, mais l'ayant droit reçoit intégralement l'allocation prévue pour son degré d'invalidité. Soit, par exemple, le D. P. cité plus haut, vivant dans sa famille après avoir été interné et pensionné à l'asile, ayant 2 enfants et admis au bénéfice de l'article 10 :

---

(1) Les allocations, prévues dans le décret du 5 août 1920, ont leur effet depuis le 1er juillet 1920 pour les pensionnés avant le 5 août 1920 et à partir de la date de la Commission de réformes, après le 5 août 1920.

©BIUM

Invalidité absolue (aliénation mentale) 100 0/0	2.400 fr.
Complément de pension (art. 12) : 1° Tuberculose pulmonaire ouverte ; surpension 100 0/0	1.000 »
2° Lésion chirurgicale de 40 0/0 (30 + 5)	400 »
Majoration (article 10)	950 »
Majoration pour 2 enfants	600 »
Soit un total de	5.350 fr.

L'allocation n° 5 qui ne serait que de (6.000 — 5.350) = 650 fr. n'est pas allouée et est remplacée par l'allocation n° 4 afférente à une invalidité de 100 0/0 (1), c'est-à-dire (5.350 + 1.000) = 6.350 fr. + 400 fr. (200 × 2) de majoration supplémentaire temporaire pour enfants.

Dans la II[e] circulaire du 1[er] mars 1920 (p. 31) et dans la V[e] du 15 juin (p. 75), le Ministère des Pensions prévoit que lorsque plusieurs infirmités relevant de la même maladie dont l'une entraîne déjà l'invalidité absolue, il convient d'appliquer, en ce qui concerne les autres infirmités, les règles fixées à l'article 12 et précisées dans une Instruction n° 831, C1/7 du 10 juillet 1919. Une tuberculose pulmonaire ouverte, par exemple (100 0/0) peut amener une surpension pour tuberculose épidydimaire, pour tumeur blanche.....

Je ne pense pas qu'il soit possible d'étendre cette mesure : un mobilisé qui serait atteint de tabès, puis de P. G. ou de P. G. suivie d'amaurose complète, pourrait-il obtenir 100 0/0 (P. G.) et surpension de 1.000 francs (tabès : 100 0/0 ou amaurose : 100 0/0) ? J'ai eu à expertiser les 2 cas et j'avoue n'avoir conclu qu'à l'invalidité de la paralysie générale, pensant que l'invalidité absolue suffisait pour l'entretien à l'asile de malades destinés vraisemblablement à y terminer leurs jours. L'un, l'amaurotique, a été réclamé par sa famille, sa p. g. étant fixée à un stade moyen. Il n'est plus maintenant

(1) Allocation spéciale temporaire n° 1 pour invalidité de 85 0/0 : 500 fr. ; n° 2 (90 0/0) : 600 fr. ; n° 3 (95 0/0) : 8 0 fr.

Majoration supplémentaire temporaire, n° 1 : 170 fr. ; n° 2 : 180 fr. ; n° 3 : 190 fr. L'article 10 peut être attribué à des invalides dont le taux de pension n'atteint pas 100 0/0 (III[e] Circul., Min. Pens., 1[er] avril 20, p. 42).

©BIUM

frustré des 1.000 francs que lui aurait attribués la dite surpension, car, comme aveugle, le bénéfice de l'article 10 lui est dû, soit une pension de 6.000 francs.

En résumé, j'ai voulu montrer que l'application de la loi du 31 mars 1919 dont les principes étaient excellents, amène à des situations parfois paradoxales, et cela en me cantonnant dans le seul domaine de la psychiatrie.

Beaucoup d'individus qui avaient le moins de droits à réparations, ont tiré le maximum de bénéfices de la loi. Ce sont ceux qui, mobilisés dès le premier jour ou récupérés hâtivement et porteurs d'une psychopathie en évolution, ou d'un état congénital d'arriération intellectuelle ou de déséquilibre mental, ont accompli un temps minimum de service, sans le moindre risque ; ceux-là, réformés dès la première heure, touchent le maximum de pension depuis le maximum de temps.

Par contre, beaucoup d'autres qui ont accompli le maximum de service avec le maximum de sacrifices, sont atteints de psychopathies qui, elles, découlent indiscutablement des événements de guerre ; mais leur légitimité n'est pas officiellement reconnue par la loi parce qu'elles n'ont pris corps que plus de 6 mois après la démobilisation du malade. Il appert que ce délai légal de 6 mois est un temps beaucoup trop court imparti pour l'imputation dont doivent bénéficier les affections mentales.

D'autre part, les taux d'invalidité attribués à la majorité des psychopathes, s'ils ne sont pas trop élevés (?) font du moins apparaître, par contraste, l'espèce de défaveur dans laquelle ont été laissés une grande quantité de mutilés de guerre. Il y a là manifestement une inégalité de réparation, à déficit réel égal dû aux seuls risques de la guerre.

Les circonstances inhérentes à l'état de guerre n'ont pu empêcher ces erreurs, mais il importe que pour l'avenir une révision de la loi ou des barèmes, dans un sens plus équitable, soit envisagée au plus tôt, que les notions de risques encourus, de fatigues supportées, de traumas subis entrent en ligne de compte ; que peut-être les états antérieurs soient retenus pour l'appréciation de la seule aggravation... Ce sont là questions que vient de reprendre la Société de médecine légale.

©BIUM

Documents Cliniques

L'ABOULIE DU NEURASTHÉNIQUE
D'APRÈS UNE AUTO-OBSERVATION

Par Roger DUPOUY

(Suite et fin) (1)

IV. Pensées de suicide

Souvent, las d'être esclave et de boire la lie
De ce calice amer que l'on nomme la vie,
Las du mépris des sots, qui suit la pauvreté,
Je regarde la tombe, asile souhaité,
Je souris à la mort volontaire et prochaine...
André Chénier.

« Dès les premiers jours de janvier des pensées de mort commencent à me harceler et font naître peu à peu dans mon esprit la conviction qu'il n'est plus pour moi d'autre refuge que la tombe, asile suprême qui seul aura le pouvoir de faire cesser le cauchemar obsédant qui s'est emparé de mon cerveau. J'en arrive ainsi à penser au suicide ; mais j'aborde là un sujet troublant et je risque fort de rester incompris dans ce domaine de mes pensées qui se placent parmi les plus tristes de ma vie.

« Certains diront que j'étais lâche, égoïste et sans cœur, que je ne devais pas m'abandonner à ces rêveries morbides et qu'il fallait réagir. Eh bien oui, je l'avoue sans honte, j'ai souhaité m'abîmer à jamais dans l'obscur monde du néant ; étais-je responsable de toutes ces pensées affolantes que forgeait sans cesse mon cerveau et que je devais subir ? Elles étaient la conséquence fatale de mon état et devaient se présenter au moment psychologique voulu par ma maladie.

« Tout d'ailleurs me poussait dans cette voie : le désir ardent, immense, de ne plus penser, de ne plus souffrir et même les conseils que me dictait ma raison... Je vais essayer d'exposer les raisons qui avec une logique implacable me conduisirent presqu'au suicide.

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, nos de juin et de juillet 1921.

©BIUM

« Recherchons tout d'abord les raisons primordiales qui expliquent pour la majorité des êtres leur attachement invincible à la vie et on comprendra mieux ensuite pourquoi je désire la fuir. Chez la plupart des hommes, ce sentiment est inné : l'existence est le plus précieux des biens. C'est un fait qui appartient pour eux au domaine des faits de croyance que les froids arguments de la raison ne peuvent ébranler. Il existe, caché dans les replis les plus intimes de leur conscience, un instinct profond qui les fait s'attacher éperdument à la vie. Comme l'a dit le poète :

A quelque noir destin qu'elle soit asservie,
D'une étreinte invincible, il embrasse la vie
Et va chercher bien loin, plutôt que de mourir,
Quelque prétexte ami de vivre et de souffrir...

André CHÉNIER.

« C'est instinct puissant est assez impérieux pour faire craquer le vernis factice du civilisé et le transformer subitement au cours d'une catastrophe en une brute égoïste et qui veut vivre. Associé indissolublement à lui, se trouve une foi solide, quelquefois même absurde, en un sort meilleur, c'est l'illusion merveilleuse, l'espérance divine qui illumine de sa baguette magique les âmes désolées et les aide à supporter les coups de l'adversité.

« Les religions ont vu le parti merveilleux qu'elles pouvaient tirer de ce sentiment qui est inné dans le cœur des masses. Elles en ont fait un instrument de domination et une des plus solides assises de leur puissance. En faisant briller devant les yeux extasiés des misérables une éternité de joies, les hypothétiques bonheurs que le ciel réserve à ses élus, elles leur ont appris à endurer sans révolte les misères de leur existence terrestre et à les accepter comme une expiation de leurs fautes passées et comme la juste rançon des joies du Paradis. Peut-être les religions ont-elles rendu un service inestimable à l'humanité souffrante ? Pendant cette longue crise j'ai souvent cherché une image consolante où reposer ma pensée. Je l'aurais peut-être trouvée dans la foi si j'avais été croyant...

« Quoi qu'il en soit, c'est parfois le sentiment religieux, la crainte de l'enfer et de ses perpétuels tourments qui a retenu certains désespérés sur la pente fatale qui mène au suicide. Pour d'autres, d'une moralité plus haute, c'est la conscience du devoir à accomplir, de leurs obligations envers les leurs, famille, parents, amis, envers la patrie ou la société. Ceux-là arrivent à dompter les révoltes de leur sensibilité parce qu'ils ont un idéal et la conviction

©BIUM

qu'ils sont utiles et que leur tâche n'est pas remplie et que leur disparition volontaire serait une défaite, une trahison et une lâcheté... et puis aussi parce qu'ils sentent en eux les énergies vitales nécessaires.

« Mais existe-t-il pour moi des scrupules de conscience, des devoirs, et quelles sont donc les séductions que la vie m'offre encore ? La foi ? La croyance en une vie extra-terrestre, en un Etre suprême ? J'ai regretté souvent de ne pas être croyant et de ne pouvoir goûter les consolations qu'apporte la foi ; mais la foi ne se commande pas et je sens que je ne l'aurai jamais ; je ne puis imaginer les tourments de l'enfer et les félicités célestes du Paradis. L'enfer pour moi est sur la terre, je n'en puis concevoir de pire et c'est cet enfer terrestre que je veux fuir quand je regarde vers le Néant. Est-ce qu'il y a un Dieu, un Bien, un Mal, une Justice ? Non, il n'y a qu'une destinée impitoyable, une loi aveugle, qui distribue au hasard la douleur et la joie.

« L'instinct sublime, l'instinct de vie, je l'ai connu autrefois, mais il y a quelque chose qui a déjà cessé de vivre en moi et j'envisage avec calme le trépas sans qu'aucune fibre de mon être se révolte à la pensée de la destruction totale. L'espoir, douce illusion, l'espoir qui fait prendre patience en songeant à la guérison prochaine, l'espoir lui aussi est mort... Et c'est en vain que je remonte dans mon passé, que j'évoque le souvenir de mes crises précédentes, les jours de calme qui les ont suivies : ces raisons que m'apporte mon intelligence ne me touchent plus. Il y a en moi un instinct plus fort que tout, un instinct de mort, qui m'impose la conviction absolue, indéracinable, la certitude obstinée que mon état ne peut s'améliorer. Cette conviction, on peut la juger folle, absurde, ma raison peut la repousser, mais je la sens en moi et je suis sûr, mais sûr absolument que toute espérance est vaine et j'éprouve alors la vérité de ma situation avec un infini désespoir.

« Je me sens incapable de formuler un désir quelconque et j'ai beau m'interroger, je ne vois dans ce que la vie nous offre de plaisirs et de joies rien qui puisse exciter mon intérêt par une sensation capable de faire vibrer un instant mes sens blasés. Les satisfactions grossières de la table ? Un régime sévère me les interdit sous peine d'augmenter encore mon détraquement cérébral. Trouverai-je au moins dans les sensualités de l'amour et dans ses voluptés perverses un dérivatif passager ? Non, car la rançon du plaisir, de la jouissance discutable d'une minute, ce serait pendant plusieurs jours mes angoisses accrues et une dépression plus intense.

©BIUM

« Dans un ordre d'idées différent, puis-je connaître des plaisirs plus relevés, d'une intellectualité plus haute, les joies de l'étude, les émotions supérieures et fines que donne l'art, le culte du Beau ; puis-je être sensible à la beauté d'un paysage, à la vue d'une belle œuvre ; est-ce qu'il m'est permis de goûter la nature, de me passionner à la lecture d'un chef-d'œuvre, de m'enthousiasmer pour une idée, de vibrer à l'audition d'une symphonie interprétée par un virtuose ? Hélas non, mon âme s'est fermée depuis le début de ma crise à toutes ces impressions. Elle ne les perçoit plus que pour en souffrir. Les sensations, si harmonieuses soient-elles, me fatiguent et quelques minutes de lecture apportent le trouble dans mon cerveau malade. Et si je m'y livre quelquefois, c'est en désespoir de cause pour y chercher un dérivatif aux obsessions qui me harcèlent sans relâche. En résumé, de tout ce que la vie nous offre de beau, de délicat, d'élevé, je ne puis rien connaître et avec la sensation de vide atroce qu'elle me laisse, j'ai la vision nette, rigide, de tous les ennuis, de tous les dégoûts qui m'attendent. Je rassemble en vain les lambeaux de mon énergie qui m'abandonne et je me sens glisser peu à peu aux affolants vertiges. Trouverai-je au moins dans la conscience de mon devoir, de la tâche à accomplir, un but, une raison assez forte d'exister ? Non encore. Ma tâche, est-ce que je puis l'accomplir ? Et mon cerveau me montre avec une lucidité implacable toutes mes tares. Suis-je maintenant autre chose qu'une véritable loque que ma volonté est impuissante à galvaniser, une guenille sans énergie qu'aucun idéal ne guide et que ne vient plus fouailler l'aiguillon d'un désir ? Mon devoir, oui, je voudrais pouvoir l'accomplir, mais je me sens impropre à tout et plus infirme et plus bas que le plus misérable des êtres. Je ne parle pas ici de mon infirmité physique qui pour moi ne compte pas. Je l'ai dit souvent et je le répète encore : je donnerais sans hésiter un des trois membres qui me restent pour me libérer de cette autre infirmité cent fois pire, l'impotence intellectuelle et l'impuissance mentale. Oui, je me sens incapable d'agir, je veux, je voudrais, et je ne le puis pas. Et j'ai l'impression d'être plus faible, plus craintif et plus timide qu'un enfant. Les moindres détails de l'existence me demandent des efforts volontaires d'une intensité inouïe ; et j'ai en même temps la conviction que personne ne comprend cet état étrange qui n'est pas la maladie et qui est plus que l'infirmité puisqu'il pèse sur toutes mes facultés. Je sais aussi que je

©BIUM

ne peux rien pour m'améliorer et que mon mal, on ne sait ni le comprendre, ni le soigner.

« Je reste donc seul, horriblement seul, dans ma mentalité, triste comme un véritable paria de la vie. Que l'on mette donc dans un des plateaux de la balance ce que la vie représentait pour moi de plaisirs, d'attraits et de joies, autrement dit néant, et dans l'autre la montagne d'ennuis de dégoûts, d'obstacles impossibles à vaincre, d'humiliations incessantes, d'échecs répétés, de rages impuissantes, et l'on admettra avec moi que je devais être tenté de me débarrasser de la misérable guenille que je hais et méprise puisqu'elle ne peut me rendre les services que j'en attends. Ah ! fuir cette vie misérable, s'échapper à jamais de cette géhenne, de ce bagne triste où tout vous heurte et vous fait souffrir et où rien ne vous attire. Quel sort funeste, quel démon cruel me condamne donc à ne pouvoir comme tous les êtres respirer, parler, agir, marcher, et pourquoi des images sombres viennent-elles toujours hanter ma pauvre tête ?

« Logiquement tout devait donc me pousser au suicide, car à quoi bon vivre, bon à rien, utile à personne, à charge à tous. Vivre pour souffrir, oh, la chose absurde, et souffrir inutilement, vraiment n'est-ce pas une hérésie ? Et ces idées tourbillonnaient dans mon cerveau. Elles ne sont au début qu'une vague aspiration, un désir bien naturel de fuir la souffrance. Pendant des semaines, je m'endors chaque soir avec le même désir obsédant que ramènent les premières heures de la nuit ; ah, je voudrais m'endormir d'un sommeil éternel et ne jamais me réveiller. Que la mort, sinistre visiteuse, vienne donc me prendre et m'emporter sans que j'en aie conscience et elle sera la bienvenue. Et j'envie la fin glorieuse du soldat dans la tranchée qu'une balle ou un éclat d'obus vient faucher en pleine bataille dans le feu de l'action. Et j'envie, ô mon père, ta mort foudroyante et si douce, si cruelle aussi pour ceux que tu laissais derrière toi.

« A cette époque je ne songe pas encore au suicide, mais j'appelle de toute mon âme souffrante la mort naturelle. Hélas, chaque matin, au réveil, je reprends conscience du cauchemar de ma vie dans le petit jour triste et lugubre des matins d'hiver qui distillent une mélancolie si pénétrante ; l'atroce impression de ces réveils quotidiens !

« Je tente cependant de repousser ces rêveries morbides dont je connais les dangers. Déjà, en 19.., elles m'ont entraîné sur la pente glissante qui mène tout droit au suicide, mais mes efforts sont vains et comme un leitmotiv

©BIUM

funèbre, l'idée sombre réapparaît sous les formes les plus diverses. Et je me représente la mort, je l'imagine comme un grand sommeil, sans songes, comme sans cauchemars, où l'âme goûte un éternel repos. Ce n'est plus le sommeil de demi-rêve de mes premiers mois de crise où l'âme engourdie a encore conscience de ce qui l'entoure et ce n'est pas non plus le sommeil lourd, entrecoupé de cauchemars que donnent les narcotiques. Non, c'est l'oubli complet de tout et le calme infini. Oui, je voudrais dormir, dormir toujours...

« Je veux chasser ces idées, et malgré ma volonté, elles reviennent m'assaillir. La pensée de mort fait lentement son chemin et prend de plus en plus de force. Les suggestions macabres se présentent à mon esprit aux moments les plus inattendus, dans les périodes de dépression intense et lorsque la céphalée me tenaille plus cruellement le cerveau. J'envisage maintenant la mort volontaire et j'en analyse toutes les conséquences lointaines : la douleur des miens, l'apitoiement des amis et l'incompréhension de tous... Et je me surprends à étudier les moyens qu'emploient couramment ceux pour lesquels l'existence est à charge. Ces moyens me sont suggérés par le hasard. C'est sur le quai de départ qui doit m'emmener à Paris : un geste, un seul geste et ce serait fini...

« D'autres fois, accoudé sur l'appui de la fenêtre, je considère en rêvant tristement le gouffre qui s'offre à ma vue et invinciblement mon esprit fait un retour mélancolique vers le passé ; il évoque ma première tentative à X. en 19.., ma chute d'une hauteur de trois étages sur les pavés de la cour du quartier. Et je revis par la pensée ces moments tragiques avec le regret amer d'avoir si mal réussi. Je me revois assis sur l'appui de la fenêtre, les jambes pendantes, regardant le vide. Je retrouve l'impression déchirante de cette minute atroce : c'est une dernière révolte de l'être, une hésitation suprême... et puis ce sont des images qui se succèdent avec une extraordinaire rapidité dans mon cerveau, un vague regret pour la vie que je vais quitter, une dernière pensée pour mes parents, et un remords tardif pour le chagrin que je vais leur causer et puis la conviction qu'un sort impitoyable pèse sur ma destinée et que je ne puis plus, même en le voulant de toute ma volonté, que je ne puis agir autrement. Enfin, c'est la poussée en avant, la chute rapide et l'ère des tortures physiques qui commence.....

« Je me rends mieux compte aujourd'hui des raisons qui déterminèrent mon acte. Personne ne les a soupçon-

©BIUM

nées à cette époque. On a invoqué des chagrins d'amour, un délire passager, les vexations et l'esprit de brimade de la caserne, que sais-je encore. A ce moment-là, moi-même je ne les concevais pas nettement et je désirais trop oublier ces souvenirs horribles pour fouiller dans mon passé. Mais maintenant j'ai le triste privilège de pouvoir lire en moi et après des mois d'auto-analyse je peux les dégager. Les causes de mon suicide de 19.. sont précisément celles qui me poussent aujourd'hui dans la même voie.

« J'étais devenu subitement incapable d'agir, les détails les plus minimes de ma vie de régiment, ceux mêmes qui ne demandaient aucun effort physique m'étaient devenus impossibles. Ce que le plus borné des hommes de ma chambrée et certains étaient de vraies brutes, exécutait sans peine et sans effort, je devais pour l'accomplir rassembler toute mon énergie et mettre en jeu tous les ressorts de ma volonté. En un mot, j'étais comme frappé d'impuissance. La vie, surtout la vie militaire, devait dans ces conditions me devenir rapidement intolérable et j'avais en même temps conscience que je n'étais pas malade, tout au moins au sens que l'on attache d'ordinaire à ce mot. J'avais bon appétit, pas de fièvre, je dormais quelquefois mal, mais jamais un major ne m'aurait reconnu pour tel.

« ...Ce qui a fait mon malheur, c'est de me trouver pendant cette période de crise sous le harnais militaire. Il aurait fallu pour que je puisse me ressaisir, avoir les facilités les plus larges, la libre disposition de moi-même, et ne plus être asservi à cette discipline, humaine certes, mais stricte et tracassière et qui dans mon état était intolérable. J'avais l'impression angoissante de ne plus pouvoir la supporter et la conviction que tout me condamnait à en subir le joug écrasant. Si j'avais été entièrement libre, affranchi de toute discipline, si faible soit-elle, peut-être n'aurais-je pas été acculé à ces moyens extrêmes. Et cependant je n'en suis pas entièrement convaincu, car ces facilités, je les ai maintenant, mon service à X. est nul, je vais, je viens, je fais ce que je veux, ou plutôt je ne fais rien. Mon Directeur a pour mon état les prévenances les plus exquises, mes chefs sont bienveillants, pleins d'attentions délicates, et cependant, même dans ces conditions privilégiées, j'en arrive aujourd'hui à me demander si j'aurai la force de résister à l'horreur de vivre, à l'attraction séductrice de la tombe. Il me semble que l'air devient irrespirable, que mes souffrances morales augmentent et deviennent intolérables, et l'idée de mort me domine encore plus complètement.

©BIUM

« En tout cas, je ne veux plus de cette mort brutale, je ne veux plus râler pendant des mois sur un grabat d'hôpital. Pourquoi, me dira-t-on, ai-je choisi, il y a sept ans, une manière aussi violente d'en finir ? Simplement parce qu'elle était la seule à ma portée et que mes faibles énergies ne me laissaient pas le choix ; acheter un réchaud, du charbon, tous ces actes si simples étaient au-dessus de mes forces, j'avais bien le revolver, mais pas de balles pour le charger... Quoi qu'il en soit, ces procédés répugnent à ma sensibilité et je rêve maintenant d'une mort lente et douce où l'âme s'engourdit peu à peu d'un sommeil factice provoqué par la morphine ou l'éther et passe sans heurt, sans aucune des affres de l'agonie, sans même en avoir conscience, au sommeil éternel que donne l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage. Non, je ne veux plus de souffrances, j'ai trop souffert déjà et je me refuse à souffrir encore pour mourir. Et je m'habitue ainsi à fleureter avec la mort qui m'apparaissait sous un jour toujours plus tentant et plus prometteur.

« Comment se fait-il que j'existe encore ? Quelle est donc la puissance qui m'aide à résister à l'attirance morbide, aux imaginations funèbres dont mon imagination malade pare la tombe ? Qu'est-ce qui me retient encore ? C'est avant tout le chagrin atroce que je causerais à ma mère. Ce chagrin, je le vois, je l'ai là chaque jour devant les yeux. Déjà, je puis lire sur ses traits amaigris toutes les inquiétudes, tous les soucis que lui cause mon état. Ma mère, pendant 10 mois, a vieilli de 10 ans. Je sais quelle lente torture lui inflige la vue de mes souffrances qu'elle se sent impuissante à soulager ; elle m'entoure de toute sa tendresse inquiète et cherche à m'épargner les moindres soucis, elle veut me ouater l'existence et m'en amortir les heurts dont je souffre tant. Mais toute son affection est impuissante contre la névrose implacable qui me ronge. Et elle le sait, et cette pensée la déchire. Ma mère, c'est mon remords. Elle a dû subir mes réflexions amères et désenchantées les jours où le désespoir m'égare et me force à m'épancher. Parfois, même dans une heure de folie, je lui ai reproché de m'avoir donné l'existence effroyable qu'il me faut vivre aujourd'hui. Ma mère, il faut que je tente tout pour lui épargner ce coup cruel.

« Mais je me demande parfois si même pour elle, cette solution ne serait pas meilleure. Puisque je me sens condamné à ne plus vivre, je lui épargnerais au moins la vision suppliciante de me voir pourrir peu à peu. Sa douleur serait plus cruelle mais plus brève et moins pénible

©BIUM

que la lente tristesse qui la mine. Mais au fond du cœur et pour la soutenir, elle a encore un espoir, une faible espérance, qu'elle m'exprime souvent d'une manière si touchante et presqu'en m'implorant, lorsque je la martyrise du récit de mes angoisses et quand je l'accable de tous les raisonnements spécieux que me fournit mon cerveau désabusé.

« Je ne veux pas lui enlever cette dernière consolation et lui laisser le regret amer de se dire que peut-être au prix de quelques semaines de patience et de torture j'aurais pu lui garder ce fils qui est presque sa seule raison de vivre... Ce fils, ce n'est plus qu'une guenille, mais cette guenille elle l'aime et je dois tout faire pour la lui conserver. Je vais donc lutter, essayer de me reprendre, mais je me sens faible et dans ce combat intérieur que je livre à toutes les puissances destructrices de mon être, je crains d'être vaincu. Oui, je redoute de voir venir le jour où la force qui m'entraîne irrésistiblement vers mon destin triomphera de ma volonté, de mon amour pour ma mère, de tout, et me jettera impuissant dans le gouffre sombre du néant. Je ne crois pas en toi, ô Dieu, mais si tu n'es pas une expression vaine, une illusion forgée par les humains pour bercer leurs souffrances, donne-moi la force de lutter au moins jusqu'à l'instant où l'épuisement de toutes mes forces vitales viendra m'arracher par une mort naturelle à ce bagne de la vie dont je traîne le boulet depuis dix mois.

« Peut-être l'expérience de X. me sera-t-elle de quelque secours ? Vouloir se tuer, c'est parfait, mais se rater, quelle chose atroce ! Aux tortures morales s'ajoutent les souffrances physiques, et pendant des mois, j'ai hurlé les jambes broyées et j'ai dû subir deux amputations successives, des pansements fréquents, longs et douloureux. Je risque de me manquer une fois encore et de me retrouver un peu plus infirme et encore plus torturé qu'avant. Et puis, peut-être que cet instinct de vie et d'espoir, que je crois mort, est seulement assoupi et sans que j'en aie conscience ce soit lui qui lutte et se révolte ! Serais-je aussi influencé par l'idée que mes crises précédentes ont eu une fin et qu'un mieux relatif leur a succédé ? En sera-t-il de même cette fois-ci ?... Sincèrement, je ne le crois pas et je doute que mes énergies défaillantes me permettent de dompter la souffrance et de discipliner mes pensées et ne m'obligent à fuir un jour la vie comme j'ai dû, à bout d'humiliation et de rage impuissante, fuir, il y a quelques semaines, l'enfer de la Manufacture ?

©BIUM

« L'avenir me répondra, mais il y a une question qui vient naturellement à l'esprit et à laquelle je veux répondre avant de terminer ce sombre chapitre de l'histoire de ma vie. On sera tenté de me dire : mais les motifs qui vous font hésiter aujourd'hui, vous ne les aviez donc pas présents à l'esprit autrefois ? Pourtant, vos raisons de vivre étaient plus puissantes, il y a sept ans. Votre père vivait encore et avec sa maladie de cœur le coup brutal que vous alliez lui porter pouvait le tuer. Vous n'avez donc pas songé à sa douleur, à celle de votre mère, à vos grands-parents qui vivaient si heureux et dont la vieillesse ne supporterait pas tant de malheur ? Vous n'avez donc pas de cœur ? Pourquoi n'avez-vous pas eu pitié d'eux ?

« A X., les conditions n'étaient plus les mêmes ; mes parents étaient loin de moi. Je ne sais plus qui, Michel Corday, je crois, a analysé un phénomène complexe dont j'ai souvent constaté par moi-même la réalité. Certains êtres, dit-il, n'ont pas la mémoire du cœur. S'ils sont en présence de l'être cher, ils peuvent lui prodiguer sans compter toutes les preuves de l'affection la plus vive, les attentions les plus exquises, tout ce que peut dicter un cœur aimant ; mais lorsque l'objet de leur tendresse s'éloigne, les sources aimantes se tarissent et le cœur oublie. Ces êtres ne sont pourtant pas égoïstes, mais ils sont victimes d'une loi de leur nature : ils n'ont pas la mémoire du cœur. Peut-être n'ai-je pas ce don ? A X., loin des miens, j'ai pensé à la douleur que ma mort allait causer à mes parents, mais cette douleur je ne la matérialisais pas, je ne la ressentais pas vraiment comme s'ils avaient été là, près de moi ; cette douleur, elle impressionnait surtout mon cerveau sans faire vibrer les fibres profondes de mon cœur.

« Enfin, on affirme couramment que la souffrance rend égoïste. C'est très vrai et la névrose plus que toutes les autres maladies détruit rapidement toutes les puissances affectives du cœur le plus aimant. Je ne rougis pas de l'avouer, car c'est une des conséquences de mon mal, j'ai été souvent égoïste, monstrueusement égoïste ; disons égotiste plutôt et ce sera plus juste. Le reste de l'univers m'était devenu complètement indifférent et je ne pouvais plus m'intéresser à autre chose que mon moi. Je vivais, si cela s'appelle vivre, d'une horrible vie intérieure, concentré pour ma torture dans l'analyse incessante de mes plus mimes impressions. Je n'ai donc pas eu pour la douleur de mes parents toute la considération qu'elle méritait, mais je savais qu'ils trouveraient l'un dans l'autre une certaine consolation et si par hasard, pour leur chagrin, j'ai

©BIUM

quelque regret de mon acte, ma conscience me juge et m'absout : je n'ai pas à avoir de remords, j'étais victime de mon destin et je ne pouvais agir autrement.

« Le responsable, c'est peut-être l'ancêtre inconnu qui m'a transmis une hérédité mauvaise qui fait que je ne puis considérer la vie comme ceux « qui ont le privilège de la voir comme ils le veulent et de se fabriquer des rêves complaisants où dormir douillettement ». (Romain Rolland).

« Et que l'on considère en toute justice que lorsqu'à vingt ans, avec tout son sang-froid, on s'apprête à quitter la vie, on obéit à des raisons impérieuses, inexplicables peut-être, mais dont il serait sot, puéril et inuhumain de nier l'existence. »

⁂

La lecture de ce document donne de son auteur une opinion entièrement corroborée par notre examen et par les faits eux-mêmes qu'il nous a été donné de connaître ou de constater. Il s'agit d'un psychasthénique constitutionnel, timide, scrupuleux, douteur, qui, après un surmenage scolaire intense lui ayant permis d'entrer dans une de nos grandes écoles avec un numéro de choix, fit une crise d' « épuisement psychique » ; la conscience de l'impuissance mentale qui en fut la conséquence, le doute angoissant de sa nature et de son incurabilité possible, auxquels s'ajoutait encore une susceptibilité outrée faite d'hyperesthésie affective, le conduisirent à une tentative de suicide par défénestration d'où il sortit infirme, amputé d'une jambe, plus inquiet et plus douteur que jamais.

Il put, malgré l'incident, malgré son infirmité, malgré ses troubles affectifs, poursuivre ses études et, pour sortir de l'Ecole dans les premiers comme il y était entré, il dut, étant donné son désavantage physique et moral, se livrer à une débauche de travail, à un labeur effroyable et véritablement excessif pour son misérable tonus psychique. Enfin il passe, il sort dans le rang si désespérément convoité. Son titre d'ingénieur lui permet d'entrer dans une grande Administration. Sa position est assurée. Il est sauvé...

La stimulation du concours et des examens, le « chauffage » du candidat, comparable au « force-

©BIUM

ment » des plantes de serre qui dépérissent une fois sevrées de leur chaude humidité et de leur humus fécondant, n'existent plus ; la fragilité de l'être ainsi surmené se fait sentir et c'est la dépression qui survient ; il paie alors ses excès d'études, sa dépense nerveuse supérieure à sa capacité physiologique d'une nouvelle crise d'asthénie avec sentiment d'impuissance mentale, d'un nouvel accès d'irritabilité affective avec exacerbation de son doute, de ses scrupules et de ses tendances sombrement interprétatives.

En quelques lignes, il nous décrit celles-ci : « Pour moi, tout est souffrance ; un coup de sifflet aigu, une lumière trop vive, une parole dite sans intention et sur laquelle je raisonne à perte de vue... ; un simple regard quelquefois suffit pour que ma susceptibilité outrée se torture pendant des heures à l'interpréter et à prêter aux gens des intentions que probablement ils n'ont jamais eues... Oh ! connaître enfin la belle impassibilité de la brute, quel rêve ! »

En de longues pages qui nous ont paru valoir la peine d'être lues, il nous entretient de son asthénie. Laissant de côté les idées de suicide, nous nous arrêterons un instant sur la discussion qu'il entreprend de l'aboulie et de l'impuissance à agir.

Vouloir et pouvoir ne sont nullement synonymes. Et cependant l'on ne différencie pas suffisamment celui-ci de celui-là. On admet trop volontiers que pouvoir dépend uniquement de vouloir, d'où l'adage fameux *qui vult potest*. Cela tient en grande partie, comme le faisait judicieusement remarquer notre malade, à ce que l'homme normal ne veut que ce qu'il se sent capable de pouvoir. Il n'en est pas de même du pathologique qui tantôt veut ce qu'il ne peut pas, tantôt ne veut pas ce qu'il peut.

Le paralytique a beau vouloir remuer son membre inerte, l'aphasique exprimer sa pensée, le confus parler et agir librement et pertinemment, le douteur chasser son incertitude, l'obsédé fuir l'idée qui le poursuit inexorablement..., quels que soient leurs efforts, ils n'y parviennent point. Or, si l'on admet pour le paralytique et l'aphasique une impotence d'origine organique, on dira plus volontiers pour le confus, et surtout pour le

©BIUM

douteur et l'obsédé qu'il y a aboulie ; l'on ne parlera pour ainsi dire pas de leur impuissance psychique. Il y a là, pour nombre de cas, une interprétation psychologique défectueuse.

L'aboulique est celui qui peut et qui ne veut pas, l'asthénique est celui qui veut ou plus exactement voudrait et ne peut psychiquement pas. L'aboulique sait ce qu'il devrait accomplir, en comprend les raisons, en connaît les moyens d'exécution. Il se distingue en cela de l'imbécile qui ne comprend pas, du confus qui conçoit mal, du dément qui ne sait plus, dont l'attention, la réflexion, l'esprit de décision sont, bien qu'à divers titres, pareillement insuffisants chez tous trois. Le « négativisme » du dément précoce n'est pas de l'aboulie parce que son opposition est tout automatique et ne comporte pas la conception de l'acte à accomplir qui est le fondement même de l'acte volontaire. De même, le « nolitionnisme » du délirant, qui veut ne pas accomplir un acte donné (marcher, manger, se vêtir...) parce qu'il a l'idée que cet acte aura des conséquences funestes pour lui ou pour autrui (idée de persécution et d'empoisonnement, idée hypocondriaque, mélancolique, mystique...), n'est pas de l'aboulie, car pour se refuser à exécuter cet acte, il est obligé de faire preuve de volonté et quelquefois même d'une volonté particulièrement opiniâtre, contraint, par exemple, dans le refus d'aliments de vaincre la sollicitation du besoin impérieux de la faim et de la soif.

Mais l'aboulique ne veut pas exécuter la tâche qui lui est demandée par indolence, paresse, pusillanimité, répugnance à l'effort, dégoût du travail, quelquefois par lâcheté, par peur et par crainte du danger (aboulies de guerre). C'est dire qu'on rencontrera l'aboulie d'abord chez l'anormal et le déséquilibré (aboulie pure des paresseux et des efféminés avec ou sans tendances perverses) chez qui domine le goût du plaisir et de la jouissance passive, à qui tout labeur répugne instinctivement ; ensuite chez l'hystérique dont l'aboulie générale relève de son déséquilibre constitutionnel et dont les aboulies systématisées tiennent soit à l'accaparement de l'attention par une idée fixe, soit à une autosuggestion telle que l'impossibilité pour lui d'accom-

©BIUM

plir un acte donné ; enfin, mais *secondairement,* chez tous les déprimés, mélancoliques, neurasthéniques ou psychasthéniques, intoxiqués (par l'opium, la morphine, l'alcool et même le tabac, diabétiques et urémiques) à qui l'effort à fournir, bien plus considérable pour le même but que chez le sujet normal, paraît épuisant et insurmontable.

L'asthénique, en effet, peut parfaitement vouloir sans réussir à pouvoir. Il est obligé à un effort extraordinaire pour vaincre son inertie résultant de la faiblesse de ses moyens et pour stimuler son tonus constitutionnellement débile ou momentanément amoindri.

Dans le domaine de l'activité, le résultat obtenu n'est pas toujours fonction de la volonté, mais le plus souvent de la capacité, du potentiel individuel. D'un malingre vous ne ferez jamais un athlète ou un champion physique quel que soit l'entraînement auquel vous le soumettiez ; vous « claquerez » votre sujet à le trop pousser, comme un mauvais cheval que l'on force en lui faisant subir les mêmes épreuves qu'à un pur sang de course. Nous connaissons tous des hommes au cerveau supérieurement organisé capables de travailler intellectuellement 12 et 14 heures par jour et de dormir 5 ou 6 heures seulement par nuit sans éprouver de fatigue appréciable. Qu'un sujet moins cérébralement doué s'échine à vouloir égaler pareil modèle, il s'épuisera vainement telle la grenouille de la fable et risquera sa santé sans jamais réussir.

Je connais tel de mes camarades de collège qui, peu studieux à cette époque, dédaignait de jamais apprendre ses leçons et séchait régulièrement à chaque invite de nos professeurs. Mais la veille des compositions de récitation, il lisait d'un seul coup les divers articles de notre programme et sa mémoire était telle qu'il était capable de réciter n'importe lequel d'entre eux, même à rebours ; il était imbattable malgré tous nos efforts de rivaliser avec lui. Sa faculté spéciale et innée, son « pouvoir » était plus fort que notre « vouloir ». De longues heures d'application volontaire d'une faculté inférieure devaient céder à l'éclair d'une puissance supérieure. Un jugement immédiat, établi sans connaissance des circonstances particulières du cas, aurait

©BIUM

méconnu la facilité de la victoire et le mérite de l'effort non récompensé.

Il faut donc tenir compte, dans l'appréciation d'une volonté, de l'effort accompli par le sujet et non pas seulement du but réalisé. Chez le psychasthénique, cet effort, pour un résultat médiocre, est quelquefois extrême, et nous le comparerions volontiers à celui déployé par un cultivateur pour obtenir d'une terre pauvre et pierreuse pareille à celle de la Champagne pouilleuse une maigre récolte dont rougirait le paysan de Beauce habitué à un sol fertile où la bêche facilement s'enfonce.

Les multiples ébauches de rédaction d'une lettre administrative banale entreprises par notre malade et que nous avons reproduites ci-dessus constituent un test des plus instructifs à cet égard. De seulement les recopier nous a paru singulièrement long et fastidieux; quelle somme d'efforts successifs il lui a donc fallu malgré l'apparente stérilité de ceux-ci ! Et nous comprenons son cri de révolte « de la volonté, j'en ai gaspillé des quantités prodigieuses » et son découragement secondaire à la conscience de la médiocrité ridicule du résultat comparée à l'énormité de l'effort dépensé.

Chez l'asthénique donc, constitutionnel ou accidentel, c'est l'asthénie, l'impuissance mentale, qui est initiale et domine la psychologie du malade. Un redoublement du vouloir peut suppléer à l'insuffisance du pouvoir jusqu'au jour où, rebutée par l'inanité de l'effort, vaincue par la difficulté de la tâche, la volonté s'indigne de son insuccès et vienne à flancher désespérément. L'aboulie survient alors ; le malade se refuse à tenter de nouvelles épreuves, il abandonne la lutte, il ne veut plus et s'abîme dans sa désolante inertie.

Cette distinction peut paraître subtile. Elle revêt cependant pour nous un intérêt beaucoup plus pratique que théorique. Ayant en vue la psychothérapie de nos malades, nous devons avant tout nous efforcer de leur inspirer une confiance illimitée en nous et plus encore en eux. Or, en leur parlant d'aboulie, en leur répétant qu'ils manquent d'énergie et qu'ils n'ont qu'à vouloir pour pouvoir, on les indispose contre nous en

©BIUM

les portant à croire que nous ne les comprenons pas et que nous ne savons pas mesurer les efforts auxquels ils se sont vainement livrés. D'autre part, nous ne les aidons nullement par ces paroles à en accomplir de nouveaux, convaincus qu'ils sont déjà, par expérience, de l'inutilité d'essais tant de fois répétés d'où ils sortent plus affaissés et plus désespérés. Nous les froissons et les décourageons au lieu de les soutenir et de les remonter.

Expliquez-leur, au contraire, que leur volonté n'est pas diminuée, que seule existe une faiblesse momentanée de leur pouvoir qu'un exercice méthodique raffermira peu à peu, vous les rassurez, vous les mettez en confiance dans la réussite possible de nouveaux efforts auxquels ils consentiront d'autant mieux qu'ils se sentiront amplement compris et sûrement dirigés. Puis, après une période préliminaire de repos mental complet, vous leur demandez un travail minime : petite lecture qu'il faudra raconter le lendemain, courte lettre dont vous aurez de vive voix exposé le contenu, enfin narrations sur thèmes choisis d'avance, expliqués, préparés par des causeries antérieures où vous aurez déjà su exciter l'attention de votre malade et développer ses facultés d'exposition et de critique. Vous vous ingénierez à diversifier ces occupations : causeries à thèmes divers, lectures variées, travaux différant avec chaque sujet ; vous en inventerez de nouvelles et d'inédites au besoin, en exigeant la cessation de l'effort au moindre sentiment de fatigue ou d'impuissance rebelle. Ce faisant, vous augmentez progressivement le champ du pouvoir et, l'aboulie n'existant pas, mais au contraire le désir et la volonté d'agir, vous constaterez avec joie que l'asthénie du neurasthénique est sinon curable, du moins amendable dans une certaine mesure, parce que vous aurez, en vous gardant soigneusement d'occasionner aucun surmenage, fait avec les faibles moyens dont dispose votre sujet une culture mentale méthodique, appropriée à son cas, adaptée à ses goûts, à son éducation, à sa profession, en un mot à sa personnalité psychique et pathologique.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1921

Présidence de M. TOULOUSE, Vice-Président

M. Toulouse excuse M. Pactet, président, empêché d'assister à la séance par ses obligations de conseiller général.

Le procès-verbal de la précédente séance ne peut être lu en l'absence de M. Charpentier, secrétaire des séances, qui l'a rédigé. M. Colin fait remarquer que le compte-rendu de cette séance a d'ailleurs déjà paru dans les *Annales*, et désormais les *Annales* s'efforceront de publier avant chaque nouvelle séance, le compte rendu de la séance précédente.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Charpentier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le Dr Molin de Teyssieu, chef de Clinique à la Faculté de Bordeaux qui sollicite le titre de membre correspondant. Le bureau propose de nommer une commission composée de MM. Truelle, Henri Colin, Charpentier rapporteur ; (adopté).

Une lettre de M. le Préfet de la Seine accompagnant une ampliation d'un arrêté en date du 22 juillet 1921, qui autorise la Société Médico-psychologique à accepter le legs fait en sa faveur par M. le Dr Ritti.

M. Henri Colin, secrétaire général, donne lecture de cette lettre et de l'arrêté préfectoral.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous avons perdu un de nos collègues les plus distingués, le professeur Dupré.

Depuis la création de la chaire des maladies mentales à la Faculté, il fut sans conteste le professeur le plus spécialisé. Venant des hôpitaux où il avait été successi-

©BIUM

vement interne et médecin, il s'était de bonne heure occupé de psychiatrie. Et c'est pour cette spécialité qu'il avait concouru à l'Agrégation.

C'est à l'Infirmerie spéciale du Dépôt où il succéda à Paul Garnier qu'il put acquérir de solides connaissances psychiatriques et trouver les éléments de ses remarquables travaux cliniques.

C'est là qu'il fit des cours qui attirèrent un public médical toujours nombreux. C'était un professeur original et attachant qui savait éveiller l'intérêt et le maintenir chez ses auditeurs. Certainement il fut un de ceux qui firent le plus aimer et estimer la médecine mentale. Sa clinique du Dépôt acquit vite une éclatante et juste notoriété, et Dupré ne craignait pas d'admettre dans son auditoire des personnes étrangères à notre profession, juristes et littérateurs, qui venaient là mesurer la complexité des problèmes qui sont le fond de notre spécialité. Son amitié avec Paul Bourget, qui s'est inspiré dans certaines de ses œuvres des observations qu'il avait faites au Dépôt et de l'enseignement de Dupré, est bien connue de tous.

Son œuvre, essentiellement clinique, est dans la tradition de Magnan et surtout de Lasègue. Il procédait par un examen minutieux des symptômes psychiques. Ses analyses cliniques témoignent d'une grande pénétration en même temps que d'une imagination constructive forte.

Tous les aliénistes ont bénéficié de ses belles synthèses sur le puérilisme, la mythomanie, la constitution émotive, les cénesthopathies avec Camus, les délires d'imagination et les psychoses imaginatives avec Logre, pour ne citer que les plus fécondes. Il nous a appris beaucoup sur le mécanisme des délires et il est certain qu'on lira longtemps avec fruit les mémoires qu'il a donnés, seul et avec ses élèves.

Par là, il se rattache à la période clinique, qui fut en France particulièrement riche en talents, avec Morel, Baillarger, Magnan, parmi les anciens, et avec Séglas et Chaslin, parmi nos aînés.

Mais il sentait le courant qui pousse la psychiatrie

©BIUM

dans le sillon où la médecine générale évolue par des méthodes de laboratoire. Et ce mouvement lui était sympathique.

D'ailleurs ses travaux ont établi des rapports étroits entre la psychiatrie et la médecine générale et, dans ces recherches, il a su utiliser tous les moyens d'exploration précis employés en neurologie.

La partie qui paraît une des plus importantes de son œuvre est son essai de synthèse de la constitution prédisposante aux troubles psychiques. C'est le problème essentiel de la psychiatrie, puisqu'il tend à déterminer la nature et les signes de la fragilité cérébrale, qui domine l'étiologie et la thérapeutique des troubles psychiques. Ce problème avait occupé Morel et Magnan et, après eux, Dupré a su faire une nouvelle et féconde synthèse.

C'est là que l'on peut retrouver une de ses conceptions générales des maladies mentales. J'ai souvent causé avec lui de cette question et son opinion était pessimiste. Il n'était pas loin d'admettre l'irrésistibilité et l'immutabilité des tendances et par là la difficulté de redresser par l'éducation les anomalies psychiques et de réformer les vicieux. L'emploi de méthodes d'action plus précises, en posant le problème sur un terrain plus technique, permettra d'établir ce qu'il est possible de faire en ce sens.

L'activité de Dupré était prodigieuse. Il remplissait avec aisance ses multiples fonctions des hôpitaux, du Dépôt, de Ste-Anne, de la Faculté, sans négliger ses fonctions d'expert où il se montra égal à lui-même.

Je me rappelle qu'il y a quelques années, dans un concours d'adjuvat où je siégeais près de lui, je lui faisais remarquer qu'il n'appliquait pas, en matière d'hygiène mentale, les préceptes qu'il donnait à autrui. Mais sa nature ardente l'emportait toujours dans la voie d'un surmenage sans cesse croissant. Il faisait là, à son détriment, une démonstration de son opinion que les tendances sont difficilement réductibles.

Dupré était un esprit brillant, d'une forte culture, et il aimait à revêtir ses idées d'une forme littéraire

©BIUM

choisie. Il donnait beaucoup d'importance à la juste expression verbale. Et certainement dans son fondement cette préoccupation était légitime, puisque la science n'est qu'une langue.

Le hasard des élections ne nous a pas permis de le compter parmi nos anciens présidents. Nous le regrettons aujourd'hui parce que cette circonstance prive la Société de lui rendre l'hommage traditionnel de lever la séance en son honneur. Mais ce n'est là qu'un rite tout extérieur qui ne nous empêchera pas de garder de sa belle œuvre et de sa personne le souvenir et l'enseignement.

M. LE PRÉSIDENT. — Un autre deuil a frappé l'un de nous. Notre collègue, le Dr Séglas, a perdu son fils, enlevé brusquement en pleines études médicales. Héritier d'un nom grand en psychiatrie, il s'était destiné comme son père à la médecine et était en train d'acquérir de solides connaissances générales. Externe des Hôpitaux, candidat désigné à l'Internat, il aurait pu bientôt prendre une place où l'aurait guidé l'exemple de son père.

La plus grande douleur qui puisse atteindre un homme est, lorsqu'il s'incline vers la vieillesse, de perdre celui qui va le continuer. Tout autre deuil est faible à côté de celui-là. C'est pourquoi nous ne pouvons songer à apporter à notre vénéré collègue une consolation efficace. Mais nous pouvons l'assurer de notre plus cordiale sympathie.

Rapports de Candidatures

M. DUPAIN. — Messieurs, Dans votre séance précédente vous avez nommé une Commission composée de MM. René Charpentier, Mignard et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les travaux scientifiques de M. le Dr Naudascher qui demande à faire partie de votre Société au titre de membre correspondant.

Elève de mon ami très cher et si regretté, Vigouroux, dont il fut l'interne dans le Service de la Division des Hommes à l'Asile de Vaucluse, M. le Dr Naudascher

©BIUM

fréquentait aussi volontiers mon Service de la Division des Femmes. Il n'est pas un inconnu pour moi.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris, ancien interne de l'Hospice de Brévannes, M. le Dr Naudascher faisait preuve, dès son entrée à Vaucluse, de ses connaissances en pathologie générale, sans lesquelles on ne saurait se spécialiser en pathologie mentale. Vigouroux ayant bientôt apprécié la valeur de son interne l'associait à ses travaux. En collaboration avec ce savant maître, M. le Dr Naudascher a publié de nombreuses observations à la Société anatomique, à la Société Clinique de Médecine mentale, à votre Société. Citons les principales : « Aphasie motrice, lésion sous-corticale ». — « Tumeur du plexus choroïde ». — « Lithiase pancréatique et diabète maigre chez un P. G. ». — « Rôle des infections et des toxi-infections dans l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce ». — « Sarcome angiolithique de la dure-mère ». — « Lésions circonscrites dans la paralysie générale ».

La thèse inaugurale de M. le Dr Naudascher : « Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales » fut particulièrement remarquée, et honorée de la mention « bien » par la Faculté de Médecine de Paris.

Nommé Médecin adjoint des Asiles publics d'aliénés au Concours de 1910, M. le Dr Naudascher fut désigné pour occuper ces fonctions à l'Asile de Saint-Luc, à Pau. Il apporta de nombreuses communications à la Société Médicale de cette ville, (« La paratonie dans la paralysie générale ». — « Psychopathie et syphilis, diagnostic par l'ultra-microscope », etc.). sans cesser cependant de conserver le contact avec les Assemblées scientifiques de la Capitale. C'est ainsi qu'une étude sur : « Les formes cérébrales de l'alcoolisme chronique » fut couronnée par l'Académie de Médecine. Est-il besoin de rappeler que M. le Dr Naudascher est lauréat de votre Société, et que le prix Belhomme fut la récompense de son mémoire : « Du régime des réflexes dans les différentes formes de l'idiotie, et de leur valeur pathologiques » Dans ces derniers temps, vous avez entendu, Messeurs, ses communications sur la « tension

©BIUM

artérielle habituelle chez les mélancoliques anxieux » et sur « les variations de la pression artérielle dans certains états émotifs »

D'après les publications de M. le Dr Naudascher, il semble que l'idée directrice de ses travaux soit la recherche des rapports entre les états psychopathiques étudiés et certaines modifications organiques. D'ailleurs, M. le Dr Naudascher apporte dans ses recherches ce soin consciencieux et cette exactitude méticuleuse qui lui furent enseignés par son maître Vigouroux.

Déjà membre correspondant de la Société anatomique et de la Société Clinique de Médecine mentale, M. le Dr Naudascher apportera à votre Société une excellente contribution scientifique, et votre Commission est unanime à vous proposer de lui décerner le titre de membre correspondant.

Election : Nombre de votants : 15. Majoritée absolue : 8. M. Naudascher, 14 voix, élu.

M. Naudascher ayant obtenu la majorité des suffrages est élu membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

M. Marchand. — Vous avez nommé une commission composée de MM. Toulouse, Mallet et Marchand, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. Jaroslaw Stuchlik au titre de membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

M. Stuchlik est docteur en médecine de l'Université de Zurich et de l'Université de Prague, Membre titulaire de la Société de Médecine (Tchèque) de Prague et de la Société de Purkinje, pour la psychiatrie et la neurologie. Chargé d'organiser l'asile d'aliénés de Kosice, en Slovaquie, dans ce nouvel état de trois millions d'habitants où il n'existait aucun établissement de ce genre, il en fut nommé le médecin-directeur, fonction qu'il occupe encore actuellement.

Les travaux de M. Stuchlik sont nombreux. Ils concernent la neurologie et la psychiatrie. Dans cette dernière branche médicale, qui nous intéresse particulièrement, M. Stuchlik s'est surtout livré à des recher-

©BIUM

ches psychologiques et thérapeutiques, à l'étude de l'Assistance des Aliénés.

A l'aide d'expériences sur l'Association des idées il a montré que l'on peut établir les caractéristiques des divers modes de réactions propres à chaque affection mentale et que l'on peut expérimentalement diagnostiquer avec une assez grande certitude la démence précoce, les psychoses organiques, l'alcoolisme chronique, la neurasthénie et l'épilepsie. (*J. med. tch.*, juillet 1919). Grâce à cette méthode expérimentale on peut également trouver le métier qu'exerce un individu (*Rev. neurol. tch.*, sept.—déc. 1917).

Les recherches thérapeutiques portent sur l'épilepsie et le bégaiement. M. Stuchlik n'a obtenu aucun résultat dans le traitement de l'épilepsie avec les sels de bore et l'acide borique. (*Rev. neurol. tch.*, juillet 1915) et il trouve que le traitement bromo-apiacé, de Flecksig n'est pas supérieur au simple traitement par les bromures (*Rev. neurol. tch.*, juin 1921). A propos du traitement du bégaiement, il montre les avantages que l'on peut tirer de l'hypnotisme (*J. med. tch.*, sept. 1917) et de la psychothérapie. Citons également son intéressant travail sur le rôle de la persuasion dans le traitement de la neurasthénie, des obsessions et de la faiblesse morale.

L'assistance des aliénés en Tchéco-Slovaquie a été particulièrement étudiée par M. Stuchlik. Le problème est envisagé au point de vue médical, administratif, économique et juridique. (*J. de méd. tch.*, mai 1921). Dans ses rapports annuels sur l'asile d'aliénés de Kosice, nous trouvons des discussions tout à fait d'actualité sur la création des services ouverts et leur organisation.

Je ne puis vous citer tous les travaux psychiatriques de M. Stuchlik et je ne ferai qu'énumérer ses principales publications neurologiques : la dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux dans les porencéphalies (*R. neur. tchèque*, avril 1914) ; Un cas de paralysie complète de tous les muscles guérie par l'hypnose (*J. méd. tch.*, déc. 1918) ; l'encéphalite léthargique (*J. m. tch.*,

©BIUM

sept. 1919 et mai 1921) ; Un cas de polynévrite généralisée consécutif à la rougeole et à la varicelle (*J. de m. tch.*, avril 1920 ; La maladie de Parkinson (*J. m. tch.*, sept. 1920).

Cet exposé de titres et de travaux serait incomplet si je ne vous disais qu'au début de la guerre, M. Stuchlik a été interné dans un camp de prévenus politiques, ce qui vous permet de juger quel rôle il a joué dans la lutte d'émancipation de la nation Tchéco-Slovaque, si longtemps opprimée sous le régime Austro-hongrois.

Votre Commission, à l'unanimité, vous demande d'accueillir avec empressement la candidature de M. Stuchlik.

M. le Dr Jaroslaw Stuchlik est élu membre associé étranger à l'unanimité des 16 votants.

Le Centenaire de l'Hôpital de Bloomingdale

M. Pierre Janet. — Au commencement du mois de mai, la Société a bien voulu me charger de présenter ses compliments et ses meilleurs vœux aux psychiatres et aux neurologistes Américains à l'occasion du centenaire de l'Hôpital de Bloomingdale. Ce grand asile d'aliénés et de névropathes a été fondé en 1821, à l'imitation des asiles français et pour introduire en Amérique la réforme de Pinel. Les médecins organisateurs de ce Congrès m'ont fait le grand honneur de me désigner pour représenter la France à ces fêtes. Je n'ai pas à vous parler de l'hospitalité américaine : l'esprit et le caractère américains ressemblent tout à fait au nôtre et chez aucun peuple peut-être nous n'avons à un aussi haut degré le sentiment de nous trouver au milieu d'amis.

L'hôpital de Bloomingdale où j'ai été tout d'abord, nous présente un sujet d'études bien intéressant : c'est un hôpital mixte où sont placés ensemble les névropathes et les aliénés. Un certain nombre de malades seulement sont internés par la loi, les autres sont libres. Nous voyons là l'application des idées de Ballet qui voulait réserver l'internement légal aux seuls malades protes-

©BIUM

tataires. J'ai présenté à cette réunion du début une conférence sur les relations des névroses et des psychoses qui se rattachait justement à ce caractère de l'hôpital.

De nombreux congrès ont été réunis à cette occasion et j'ai assisté : 1° à un congrès canadien des médecins de l'Ontario réunis à Niagara falls ; 2° au congrès général de médecins dont une section spéciale était consacrée à la neurologie et à la psychiatrie ; 3° au congrès de l'Association Médico-psychologique américaine, ces deux congrès ont été réunis à Boston ; 4° au congrès de la Psycho-pathological Association et, 5°, au congrès de la Neurological Association réunis tous les deux à Atlantic City. Dans ces divers congrès j'ai présenté une série de conférences sur l'alcoolisme et la dépression mentale, sur le délire psychasténique, sur le mécanisme psychologique de la peur de l'action, sur un cas de sommeil prolongé pendant cinq ans et sur le délire du sommeil.

Dans ces différents congrès, particulièrement au congrès de Bloomingdale et au congrès de la Médico-psychological Association, à Boston, j'ai présenté les vœux de la Société Médico-psychologique de Paris. Ils ont été accueillis avec grand plaisir et ces associations m'ont chargé de vous présenter leurs remerciements et d'exprimer leur désir d'une collaboration de plus en plus étroite entre les psychiatres américains et les psychiatres français.

M. Toulouse. — Je remercie M. le Professeur Janet de son intéressante relation. La Société se félicite d'avoir été si brillamment représentée aux congrès des Etats-Unis. Je suis heureux, pour ma part, que M. Janet nous ait signalé les bons résultats des méthodes américaines que la Ligue de Prophylaxie mentale s'efforce de développer en France.

M. Delmas. — M. Janet pourrait-il préciser de quelle manière les malades libres sont séparés des malades internés. N'y a-t-il pas pour les premiers des quartiers spéciaux aménagés de manière à empêcher les évasions ?

©BIUM

M. JANET. — J'ai vu quelques cours entourées de barrières, mais en petit nombre et seulement pour les agités. Le traitement est en réalité le même et la contrainte est appliquée quand elle est nécessaire. Mais la situation légale du malade est différente : des agités dans le quartier des « disturbed patients » sont surveillés et même enfermés en fait sans être internés légalement, quand ils ne sont pas protestataires.

Insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines dans la mélancolie

Par René TARGOWLA et Mlle BADONNEL.

Les travaux fondamentaux de M. Klippel (1), ceux de MM. Charrin (2), Régis et Chevalier-Lavaure (3), Cullerre (4), Léopold-Lévy (5), Maurice Faure (6), Dufour et Rogues de Fursac, Gilbert et Lereboullet (7), Vigouroux et Juquelier (8), Laignel-Lavastine et Rosanoff (9), Hannard et Sergeant (10), etc., ont montré les rapports qui unissent certains états psychopathiques aux altérations du foie. Des recherches parallèles ont été faites par Florand (11), Spigaglia (12), Klippel, Vigouroux et

(1) KLIPPEL. — *Arch. gén. de Méd.*, 1892. — *Congrès de La Rochelle*, 1893. — *Annales médico-psychologiques.*, T. II, 1894, p. 262. — *Revue de Psychiatrie*, 1897.

(2) CHARRIN. — *Soc. de Biol.*, 30 juil. 1892.

(3) RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — *Congrès de La Rochelle*, 1893.

(4) CULLERRE. — *Arch. de Neurol.*, nov. 1898.

(5) Léopold LÉVI. — *Thèse*, Paris, 1896. — *Arch. gén. de méd.*, 1897.

(6) Maurice FAURE. — *Thèse*, Paris, 1897.

(7) GILBERT et LEREBOULLET. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1904.

(8) VIGOUROUX. *Soc. méd. des Hôp.*, 1902. — VIGOUROUX et JUQUELIER. *Revue de Psych.*, 1903, p. 403. — JUQUELIER. *Thèse*, Paris, 1903.

(9) LAIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF. — *Encéphale*, T. I, 1909, p. 317.

(10) HANNARD et SERGEANT. — *Soc. méd.-psychol.*, 27 fév. 1911 ; *in Annales médico-psychol.*, T. I, 1911, p. 448. — SERGEANT, *Thèse*, Lille, 1910.

(11) FLORAND. — *Thèse*, Paris, 1891.

(12) SPIGAGLIA. — *Thèse*, Genève, 1891.

©BIUM

Juquelier (1), Hérisson-Laparre (2), Mlle J. Carrière (3), etc., en ce qui concerne le rein. Toutefois, si les troubles mentaux liés aux lésions hépatiques et rénales sont bien connus, l'état fonctionnel de ces glandes au cours des psychopathies a été établi avec moins de précision.

De même, le sang chez les aliénés a fait l'objet de nombreuses études (Johnson Smyth, Obici et Bon n, Tirelli, Dide (4), Klippel et Lefas (5), Galdi, J. Lépine et Popoff (6), Halyor Lundvall, Graziani (7), Klippel et Feil (8), etc...) qui n'ont cependant donné lieu à des conclusions précises que sur quelques points particuliers.

Il nous a semblé qu'il pourrait y avoir intérêt à appliquer les données récentes de la pathologie à l'étude de ces faits, en les envisageant simultanément en fonction d'un même syndrome psychopathique.

Ce sont nos premiers résultats concernant la mélancolie que nous apportons. Nous nous bornerons, du reste, à exposer ceux que nous ont donné les méthodes d'exploration usuelles employées en clinique, nous proposant de revenir ultérieurement sur les vérifications que nous avons entreprises.

Obs. I. — Gabrielle L..., 22 ans, entre à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1921.

Elle a été internée, une première fois, en 1919, à Rodez, pour un accès maniaque.

L'état actuel s'est installé progressivement et, depuis le début, les règles sont supprimées (il en avait été de même au cours du premier accès). Elle offre, à l'entrée, le tableau de la stupeur mélancolique : elle reste immobile, ne parle

---

(1) Vigouroux et Juquelier. — *Soc. médico-psychol.*, juin 1902. — *Archives de Neurologie*, 1903.

(2) E. Hérisson-Laparre. — *Thèse*, Paris, 1913.

(3) J. Carrière. — *Thèse*, Bordeaux, 1915.

(4) Une bibliographie complète a été réunie par M. Dide dans son rapport au *Congrès de Lille*, en 1906.

(5) Klippel et Lefas. — *Encéphale*, 1906, page, 34.

(6) J. Lépine et V. Popoff. — *Encéphale*, T. II, 1908, p. 574.

(7) Graziani. — *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1911.

(8) Klippel et Feil. — *Société médico-psychologique*, 1912.

©BIUM

pas spontanément, ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; fortement sollicitée, elle fait parfois un léger signe de tête ou prononce quelques mots à voix basse. Lorsqu'on lui demande son âge et la date de sa naissance, elle répond après une minute d'effort qu'elle a 22 ans et qu'elle est née en 1891.

Elle exécute correctement les gestes qu'on lui ordonne. Lorsqu'on lui tend un crayon et du papier elle se met spontanément à écrire des mots sans suite ; elle pose une addition et une multiplication qu'elle fait exactement. En l'interrogeant par écrit, on n'obtient que des réponses incohérentes. Pendant quelques jours, la malade a du gâtisme. On note, à l'examen, une légère cyanose des téguments et de la bradycardie. Tension artérielle (Pachon) : 10-5 : indice oscillométrique : 1.

Rien à l'auscultation des poumons. — Foie normal. — Langue légèrement saburrale. — Réflexes tendineux normaux. — Pupilles égales, réagissent à la lumière. — Wassermann du sang négatif.

Insuffisance hépato-rénale. — Albumine : louche. — Sucre 0. — Réaction de Gmelin : 0. — R. de Hay : 0. — Urobiline : +. — Réactions de Legal et de Gerhardt : 0.

Taux de l'urée sanguine : 0,46 0/00.

Taux de l'urée urinaire : 11,81 0/00.

Quantité d'urine émise en 24 heures : 403 cc.

Constante d'Ambard : 0,11.

Epreuve de Roch : positive ; élimination prolongée du bleu de méthylène : les urines colorent encore le filtre 24 heures après l'ingestion.

Glycosurie alimentaire : positive.

Résistance globulaire (sang total) : R_1 : 5,4 — R_2 : 4,4 (persistance d'un culot hématique).

Coagulabilité du sang diminuée (technique de M. Bloch).

Pendant une semaine, l'état de la malade ne subit aucun changement notable.

A partir du 10 octobre, un début d'amélioration se manifeste : L..., ne gâte plus, s'alimente mieux, parle plus volontiers. Toutefois, elle se fatigue vite et cesse de répondre dès qu'on lui a posé quelques questions.

Elle est encore désorientée.

A ce léger mieux correspond une rétrocession, plus accentuée, des troubles fonctionnels hépato-rénaux et des signes sanguins : l'albuminurie et l'urobilinurie ont disparu et la résistance globulaire s'est rapprochée de la normale : R_1 : 5,0 — R_2 : 3,4 (sang total) ; R_1 : 5,4 (sang déplasmatisé).

©BIUM

Le 18 octobre, l'amélioration clinique s'est maintenue. On trouve encore 45 cgr. d'urée dans le sang, mais l'urée urinaire a un peu augmenté (14 gr. 81) ; l'albuminurie, l'urobilinurie sont négatives. De même, la réaction de Gmelin est négative dans le serum. La coagulation du sang et la résistance globulaire sont normales (R_1 : 4,8 — R_2 : 3,6 pour les hématies déplasmatisées) (1). 45 p. 100 d'hémoglobine (Talqvist).

Obs. II. — F... Gabrielle, née le 20 avril 1883, entre à l'asile de Villejuif le 7 septembre 1921.

Déjà internée 9 ans auparavant, pour un accès de mélancolie.

Elle est triste et déprimée, dans un état d'obtusion marquée, coupé de paroxysmes anxieux. Tout effort intellectuel est à peu près impossible : elle cherche longtemps son nom, elle ne sait pas si elle est mariée,, combien elle a d'enfants...

La douleur morale est intense ; elle manifeste des idées d'indignité et a fait une tentative de suicide.

Dans le service, une très légère amélioration s'est produite, mais l'impuissance intellectuelle et motrice reste très accentuée avec, par intervalles, des accès d'agitation anxieuse.

Insuffisance hépato-rénale :

24 septembre, Sucre urinaire : 0. Albumine : louche. Réaction de Gmelin : anneau d'indican. Urobiline : +. Réactions d'acidose : 0. Urée urinaire : 14 gr. 54 p. 1.000. Urée du sang : 0 gr. 37.

L'épreuve de Roch est positive (chromogène).

Quelques jours après, les signes urinaires (albuminurie, urobilinurie) ont disparu.

Le 10 octobre, on trouve de l'urobilinurie ; Urée sanguine, 0,17 pour 1000. Urée urinaire : 7,17 — K = 0,09 (1100 cc.).

Le 18 octobre, albuminurie : 0. Urobiline : + + (le lendemain, elle a disparu). Réaction de Gmelin : 0. Réaction de Hay : 0. Réaction de Legal : 0. Réaction de Gerhardt : 0.

---

(1) Avec le sang total, nous avons trouvé la résistance augmentée (R_1 : 4,0 — R_2 : 3,4). A un examen ultérieur (fait avec la solution de Ringer Locke), cette hyperésistance s'est encore accentuée : R_1 : 3,6 pour le sang total, R_1 : 4,0 — R_2 : 3,2 pour les hématies lavées. Les réactions de Gmelin et de Fouchet étant négatives sur le serum, il s'agit peut-être d'un processus de défense un peu exagéré. L'état clinique est resté stationnaire.

©BIUM

Epreuve de Roch : positive (le bleu s'élimine en grande partie sous forme de chromogène).

Epreuve de la glycosurie provoquée : positive.

Réaction de Gmelin : négative dans le sérum. Urée du sang : 0,20 pour 1000. Urée de l'urine : 18 gr. 72 pour 1000. K. : 0,078.

Signes sanguins : la coagulabilité est légèrement diminuée, le taux de l'hémoglobine abaissé (50 p. 100).

Résistance globulaire :

24 sept. (sang total) : R_1 5,4 — R_2 4,4 (persistance d'un culot hématique).
28 sept. (sang total) : R_1 5,4 — R_2 4,4 (d°).
10 oct. (sang total) : R_1 5,6 — R_2 3,6.
18 oct. (sang total) : R_1 4,8 — R_2 3,4.
(Hématies déplasmatisées) : R_1 5,2 — R_2 3,8.

En résumé, tendance à la rétrocession des symptômes sanguins et urinaires, sans amélioration clinique bien marquée.

Obs. III. — Henriette F..., âgée de 30 ans, brocheuse, entre à l'Asile de Villejuif le 31 août 1921.

Pas d'antécédents psychopathiques héréditaires. Sa mère est atteinte de néphrite chronique.

Jusqu'en 1912, elle avait toujours été normale. A cette date, sans cause connue, elle a un premier accès de dépression mélancolique et est internée pendant trois mois ; elle sort guérie.

En 1920, second accès, qui débute par des préoccupations hypocondriaques et de la tristesse. Elle est internée de janvier à octobre, à Ste-Anne.

En sortant, elle reprend son travail de brocheuse, mais au bout de deux mois elle ne se sent plus la force de continuer et se le reproche. Bientôt elle ne peut même plus faire son ménage et elle est internée de nouveau.

A l'entrée (3e internement), elle présente seulement un état de dépression avec conscience. Pendant quelques jours, elle reste couchée et pleure fréquemment. Ensuite, amélioration légère.

Pression artérielle : Mx 15 — Mn 9, à l'oscillomètre de Pachon. — Réflexes tendineux normaux. — Pupilles égales, réagissant à la lumière. — Foie normal à l'examen clinique. — *Fonctions hépato-rénales.* — Albumine 0. — Sucre 0. R. de Gmelin 0. — Urobiline + (dans l'urine).

Epreuve de Roch : positive.

Glycosurie alimentaire : traces de sucre dans les urines après ingestion de 150 gr. de glucose.

©BIUM

Urée sanguine : 0,34 0/00.
Constante d'Ambard : 0,07.
Résistance globulaire (sang total). — R_1 : 5,0 — R_2 : 3,8.

Les fonctions hépatiques seules, dans ce cas, paraissent atteintes. En outre, il existe un léger degré de fragilité globulaire, assez appréciable cependant, si l'on tient compte du pouvoir anti-hémolytique du sérum.

Obs. IV. — B... Catherine, 28 ans, entre à l'asile de Villejuif le 21 septembre 1921, dans un état de dépression très accentué, avec inhibition intellectuelle et motrice et mutisme presque complet.

Au bout de quelques jours, elle est améliorée, s'occupe dans le service, mais reste déprimée, accusant surtout un sentiment d'impuissance et d'aboulie.

Elle est rendue dans cet état à sa famille.

Déjà traitée en 1915 dans le service, pour un accès de confusion mentale.

Un examen, fait quelques jours avant la sortie, est négatif aux points de vue sanguin et hépato-rénal :

Résistance globulaire (1). — R_1 : 4,8 — R_2 : 4,0 (sang total).
Réactions d'acidose, Urobilinurie, Albuminurie, } négatives.
Urée sanguine : 0,40 p. 1000.
K — 0,07.
Epreuve de Roch : négative.
B.-W. : négatif.

Obs. V. — Augustine R..., âgée de 59 ans, entre à l'Asile de Villejuif le 5 octobre 1921 dans un état d'anxiété avec confusion dans les idées.

Elle est imparfaitement orientée dans le temps, se croit

(1) 4,8 peut être considéré comme l'extrême limite de la R. G. normale (début de l'hémolyse). Il y a déjà là une fragilité ébauchée, dont nous avons observé un autre exemple chez une malade de 69 ans, rapidement améliorée également, au point de vue clinique ; les signes urinaires étaient négatifs, mais l'épreuve de Roch et Schiff au salicylate était positive et s'associait à une petite azotémie (0,65 p. 1000) et à une constante d'Ambard élevée (0,13). La résistance globulaire, recherchée à quinze jours d'intervalle, a donné : R_1 : 4,8 — R_2 : 3,6 et R_1 : 4,8 — R_2 : 3,4 pour le sang total ; R_1 : 5,0 — R_2 : 3,8 et R_1 : 5,0 — R_2 : 3,6 pour le sang déplasmatisé.

©BIUM

à l'Asile de Maison-Blanche, ne peut dire son âge, la date de sa naissance, sa profession.

Elle n'ose répondre aux questions qu'on lui pose « de peur d'embrouiller sa situation ». « On ne va rien lui donner pour s'habiller, ajoute-t-elle, puisqu'elle ne peut pas fournir d'explications. Elle sera toute nue. Cela va paraître dans les journaux. Il faudra aller de tribunaux en tribunaux... Elle cause le malheur de pauvres gens. Son mari va être obligé de payer des sommes fabuleuses pour elle, etc... » Quelques idées de négation d'organes : « Elle n'a plus d'estomac ». Le certificat d'internement signale une tentative de suicide.

Réflexes rotuliens normaux. — Pupilles égales, réagissant bien à la lumière. B.-W. négatif dans le sang. — Langue saburrale. Température : 37° — 37°2. — Le foie ptosé, ne paraît pas présenter de modification de volume. Jaunisse il y a sept ou huit ans (probablement ictère catarrhal).

Fonctions hépato-rénales. — Albumine : louche dans les urines. — Sucre : 0. — R. de Gmelin : 0. — R. de Hay : 0. — Urobiline : +. — R. de Gerhardt : +. — R. de Legal : + +.

L'acidose persiste pendant 2 jours, mais la malade s'alimente peu.

L'épreuve de Roch, pratiquée le 13 octobre, est positive. On trouve encore des traces de bleu de méthylène dans les urines le surlendemain, indice d'un mauvais fonctionnement du filtre rénal.

Après ingestion de 150 gr. de glucose, il existe des traces de sucre dans les urines recueillies pendant les dix heures qui suivent l'ingestion.

Tension artérielle : 18 — 10. Indice oscillométrique : 3.

La *coagulation du sang* est diminuée (Technique de M. Bloch).

Résistance globulaire (sang total) :

Le 8 octobre, R_1 : 5,4 — R_2 : 3,8 ;

Le 14 octobre, R_1 : 5,00 — R_2 : 3,6.

Hémoglobine : 50 p. 100 (Talqvist).

Il y a donc une amélioration sensible. En même temps, l'albuminurie a presque disparu ; la quantité d'urobiline a augmenté progressivement dans les urines, malgré un traitement au calomel (0 gr. 02 par jour) et la mise au régime lacté, puis a disparu. La réaction de Gmelin est négative avec le sérum, la coagulation normale.

Au point de vue mental, Mme R... est encore déprimée et imparfaitement orientée ; tout effort mnésique lui est pénible, mais elle est moins anxieuse, on retient plus facilement son attention et elle prend conscience de son état.

©BIUM

Il existe en somme une légère amélioration clinique parallèle à celle des symptômes humoraux, mais moins rapide.

Obs. VI. — C... Joséphine, 63 ans, entre le 26 septembre 1921 à l'Asile de Villejuif. Elle est, depuis cette époque, dans un état d'agitation anxieuse très vive, avec hallucinations auditives et idées de suicide, entrecoupé de périodes de calme, pendant lesquelles elle a une demi-conscience de son état. L'anxiété est surtout marquée la nuit.

Elle présente une ébauche de bruit de galop et un léger œlème des membres inférieurs. Le foie est de volume normal et indolore à la pression.

Tension artérielle (Pachon) : Mx 19 — Mn 12.

Réaction de Wassermann : négative.

Les urines sont albumineuses et on y trouve de l'urobiline ; les réactions de Gerhardt et de Legal sont légèrement positives.

Il y a 34 cgr. d'urée dans le sang.

K = 0,12 (1920 cc. d'urine en 24 heures ; 3 gr. 85 pour 1000 d'urée urinaire).

La *résistance globulaire* est diminuée : R_1 : 5,4 — R_2 : 3,6.

Nous n'insisterons pas sur ce cas ; cette malade présente des signes de sclérose vasculaire et rénale généralisée qui a pu agir sur le déterminisme de la psychose, mais évolue pour son propre compte. On notera toutefois qu'l existe de la fragilité globulaire et de l'insuffisance hépatique avec acidose.

Obs. VII. — Mme Br..., âgée de 53 ans, entre le 31 mars 1920 à l'Asile de Villejuif pour une bouffée délirante avec hallucinations, probablement déclanchée par des excès alcooliques.

Elle sort le 27 mai, fait un court séjour au dehors et rentre à l'Asile le 15 juillet : elle vient de faire une tentative de suicide. Elle est déprimée, croit que son fils la méprise. On dit qu'elle a fait mourir quelqu'un. Des gens lui adressent des propos grossiers. Elle doit aller dans un bain bouillant.

Depuis lors elle n'a pas quitté l'asile. Son état s'est amélioré. Cependant, elle présente de temps en temps de courtes périodes de dépression avec anxiété et hallucinations

©BIUM

pendant lesquelles elle s'alite: on l'injurie; on lui dit qu'elle n'est pas digne de rester à l'asile, qu'elle ne doit pas manger même une bouchée de pain. Elle a peur de mourir, une voix lui dit :« tu ne verras plus ton fils ». Son cœur ne bat plus comme avant. Il lui semble que la voix qu'elle entend part de son estomac.

Pas de modification de volume du foie. — Réflexes tendineux normaux. — Pupilles égales, réagissent à la lumière. B.-W. dans le sang : + (T_7 de l'échelle de Vernes).

Au cours des paroxysmes, la malade présente des signes d'*insuffisance hépato-rénale*. Examen des urines :

Albumine : louche.
Sucre : 0.
Réaction de Gmelin : 0.
Réaction de Grimbert : 0.
Réaction de Hay : 0.
Urobiline +.
Epreuve de Roch : positive.
Glycosurie alimentaire : positive.
Taux de l'urée sanguine : 0 gr. 25.
Taux de l'urée urinaire : 3 gr. 86.

Constante d'Ambard : 0,096 (900 cc. d'urine dans les vingt-quatre heures).

Pression artérielle (Pachon) : 15 — 9,5. Indice oscillométrique : 3.

Coagulabilité sanguine légèrement diminuée.

Résistance globulaire (sang total) R_1 : 5,4 — R_2 : 4,4.

Pendant les périodes de calme, la malade s'occupe ; la quantité des urines augmente ainsi que l'urée excrétée, l'urée du sang varie peu (0,18 pour 1000). En outre, l'albuminurie et l'urobilinurie disparaissent par intervalles, parallèlement aux signes cliniques. A deux reprises, la résistance globulaire s'est montrée normale, l'auto-agglutination des hématies, négative. *R. G.* (Sang total) :

3 octobre. — R_1 : 4,4 — R_2 : 3,4 ;
13 octobre. — R_1 : 4,6 — R_2 : 3,4.

Obs. VIII. — Berthe J..., âgée de 59 ans, domestique, entre à l'Asile de Villejuif le 5 juin 1921.

Elle n'a jamais été internée, bien qu'elle ait fait, il y a 10 ans, une période de dépression.

Elle a toujours eu une tendance à l'obésité qui s'est accrue au moment de la ménopause : elle a atteint 130 kilos.

Deux sœurs également obèses.

©BIUM

En janvier 1921, à la suite d'une grippe, elle est devenue triste, ne parlait plus, croyait qu'on allait l'arrêter, refusait de manger craignant d'être à la charge de sa sœur, chez qui elle habitait.

A son entrée, elle s'accuse d'avoir pris de l'argent et des serviettes à son patron. « Elle a abusé de la liberté qu'il lui laissait... Cela va faire du tort à sa famille ; ses trois sœurs sont internées par sa faute (inexact). Elle expiera jusqu'au bout. Elle fera de la prison. Elle le mérite. »

A deux reprises, elle a entendu la voix d'une amie dire qu'elle avait commis toutes sortes de choses.

Tentative de suicide par section des veines du poignet.

Tension artérielle : 18-11 (au Pachon). Indice oscillométrique : 3. — Réflexes tendineux normaux. — Pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Foie normal.

En juillet et août, son état s'améliore légèrement.

En septembre une recrudescence des symptômes mélancoliques se manifeste. La malade reste assise à l'écart. Il faut insister pour qu'elle mange. Elle a le front plissé (ω mélancolique), l'air accablé.

Insuffisance hépato-rénale : A l'entrée, absence de sucre, d'albumine et d'urobiline dans les urines ; réactions d'acidose négatives.

Au début de la rechute (18 septembre), on note : Sucre urinaire : 0. — Albumine : 0. — Réaction de Gmelin : anneau d'indican. — Réactions de Grimbert et de Hay : 0. — Urobiline : +. — Réactions d'acidose : 0.

Du 19 au 21 septembre, les réactions de Legal et de Gerhardt sont positives ; en même temps apparaît un léger louche d'albumine et l'urobilinurie s'accroît.

L'épreuve de Roch est positive. L'élimination du bleu de méthylène commence 4 heures après l'ingestion, et atteint son maximum au bout de 24 heures.

Taux de l'urée sanguine : 0,45. — Hypoazoturie (4 gr. par litre).

La *coagulabilité du sang* est diminuée (technique de M. Bloch).

Le 18 octobre, l'état clinique est stationnaire ; gâtisme.

Résistance globulaire : 4,8 — 3,8 (sang total).

Hémoglobine : 70 p. 100 à l'hémoglobinimètre de Talqvist.

Urée sanguine : 0,30 gr. pour 1000.

Urée urinaire : 4,10 gr. pour 1000.

K = 0,17.

Albumine = traces.

©BIUM

Obs. IX. — Mme V... 35 ans, couturière, est à l'asile de Villejuif depuis le 19 octobre 1915.

N'a jamais été internée antérieurement. Pas d'antécédents hépato-rénaux. Premières règles à 20 ans. Père et grand-père alcooliques ; une tante aliénée.

Elle présente à cette époque un délire mélancolique avec idées de culpabilité : « elle mérite la mort ; elle a fait du mal à tout le monde » ; hallucinations : elle entend dire qu'on va lui couper la tête ; idées de négation : « il n'y a plus rien dans son corps ; elle a cherché à se noyer sans pouvoir y parvenir puisque l'eau coule à travers son organisme ».

Bien orientée.

Réflexes tendineux normaux. — Pupilles égales, sensibles à la lumière. — Wassermann négatif dans le sang.

Depuis 1915, l'état de la malade paraît n'avoir subi aucun changement important. Actuellement, le délire est très actif : « On l'accuse d'avoir été la femme de son frère ; elle proteste avec indignation ; elle a eu l'idée de se suicider depuis qu'elle a épousé le roi des bandits masqués, le prince des démons, Belzébuth lui-même... Mais ses tentatives de suicide ont toujours été vaines parce qu'elle est immortelle ; elle est en fer, elle demande qu'on le vérifie par une ponction lombaire : on sera obligé de prendre une scie et un marteau pour la faire. On peut constater en l'auscultant qu'elle n'a plus d'organes... Elle n'est qu'une pile électrique... Elle est la reine des martyrs et des suppliciés, etc... »

Orientation conservée.

Pas de lésion organique appréciable.

T. A. : 13-8 (au Pachon).

B. W. : négatif.

Insuffisance hépato-rénale :

13 octobre 1921 : Sucre urinaire : 0. — Albumine : 0. — Urobiline : 0. — Réactions d'acidose : 0. — Urée sanguine : 0,20 pour 1000.

L'épreuve de Roch est positive : le bleu passe dans les urines sous formes de leucodérivé.

La *résistance globulaire* est normale : R_1 4,6 — R_2 3,2 (sang total).

Seule, l'épreuve du bleu décèle ici un léger déficit hépatique. Il s'agit, cliniquement, d'un état chronique (syndrome de Cotard).

©BIUM

En résumé, il s'agit, dans nos cas, d'accès mélancoliques survenus chez des femmes jeunes atteintes de psychose intermittente (obs. I, II, III, IV), de mélancolie d'involution dont le pronostic, incertain, paraît variable (obs. V, VI, VII, VIII), enfin d'un délire des négations chez une malade de 35 ans. Au point de vue de l'état organique, deux cas apparaissent complexes : dans l'un, il s'agit d'une obèse ; dans l'autre la psychose est venue compliquer une néphrite chronique hypertensive et chlorurémique.

Insuffisance hépato-rénale. — Nous avons recherché la présence des *pigments et des sels biliaires* dans l'urine par les réactions de Gmelin, de Grimbert et de Hay. Les réactions de Gmelin et de Fouchet (1) ont été pratiquées dans plusieurs cas sur le serum sanguin.

L'urobilinurie a été décelée de la façon suivante : au mélange à parties égales d'urine et d'alcool à 90°, on ajoute une pincée d'acétate de zinc pulvérisé et on agite fortement ; on filtre jusqu'à obtention d'un liquide limpide et on apprécie la fluorescence (lorsque les urines ont été fraîchement émises, il est bon d'ajouter I-II gouttes d'eau oxygénée et de chauffer légèrement pour oxyder l'urobilinogène). Cette recherche a été pratiquée à plusieurs reprises dans chaque cas, et sa persistance vérifiée après mise au régime lacté pendant 24 ou 48 heures. Elle est, dans ces conditions, un signe important d'insuffisance hépatique, bien qu'elle puisse être ici partiellement en rapport avec la destruction globulaire.

La glycosurie alimentaire est provoquée par l'ingestion à jeun de 150 grammes de glucose en solution dans l'eau ; on recherche le sucre dans les urines recueillies toutes les trois heures, pendant les 12 heures qui sui-

(1) On agite ensemble dans une capsule V gouttes de serum et V gouttes de la solution suivante :

Acide trichloracétique	5 gr.
Eau distillée	20 —
Perchlorure de fer	2 cc.

Il se développe une coloration bleu-verdâtre plus ou moins intense, maxima au bout de 20 minutes, quand il existe des pigments biliaires dans le sang (A. FOUCHET. *Soc. de Biol.*, 2) nov. 1917).

©BIUM

vent. On le trouve habituellement au cours des deux premières périodes, ou de la seconde seulement.

Dans l'*épreuve de Roch*, on fait prendre au malade deux milligrammes de bleu de méthylène, en pilule ou, de préférence, en solution. Lorsqu'il y a insuffisance hépatique, le bleu passe dans les urines, soit en nature, soit sous forme de leucobase. Dans ce dernier cas, on fait apparaître la teinte verte caractéristique en chauffant l'urine en présence d'acide chlorhydrique. L'insuffisance rénale peut d'ailleurs retarder considérablement l'élimination et il peut être nécessaire de recueillir les urines pendant 24 heures.

Enfin, l'*albuminurie* a été décelée par l'acide trichloracétique à froid et l'*urée urinaire et sanguine* dosée à l'uréomètre d'Yvon.

A l'examen d'ensemble de ces faits, une première constatation s'impose : l'absence de trouble de la fonction biliaire, même dans l'observation V où il y avait un ictère dans les antécédents (1). Par contre, il existait de l'urobilinurie dans 7 cas (obs. IV et IX exceptées), l'épreuve du bleu a été positive 8 fois (obs. IV exceptée) et la glycosurie alimentaire dans tous les cas où elle a été recherchée, mais légèrement.

Dans l'observation IX (délire des négations évoluant depuis 5 ans), seule l'épreuve de Roch a décelé une légère insuffisance du foie. Dans tous les autres cas l'urobilinurie et la perméabilité hépatique au bleu ont marché de pair ; or ces deux symptômes sont habituellement considérés comme témoignant particulièrement d'une lésion de la fonction anti-toxique du foie. D'autre part, le prof. Roger a montré les rapports qui unissent cette fonction à la fonction glycogénique ;

(1) Chez une malade, dont l'observation a été rapportée antérieurement par l'une de nous, nous avons trouvé de la bilirubinémie (réactions de Fouchet et de Gmelin positives sur le serum) sans élimination de pigments biliaires, au cours d'un paroxysme anxieux. Il y avait, en outre, de l'urobilinurie (apparue postérieurement au début de l'accès), de l'acidose et de l'albuminurie ; celle-ci fait habituellement défaut. Azotémie : 0,68 p. 1.000 (kyste hydatique du foie dans les antécédents).

©BIUM

le manque de naphto-résorcine ne nous a pas permis de rechercher la glycuronurie provoquée, du moins, avons-nous pu déceler une légère glycosurie alimentaire.

On peut donc dire qu'il existait chez nos malades une insuffisance hépatique limitée à la fonction anti-toxique, constante dans les cas en évolution, associée à un trouble moins accentué, mais évident, de la glycogénie.

M. Klippel a montré autrefois qu'il y avait un rapport entre l'urobilinurie et les variations du délire ; l'un de nous l'a vue coexister avec un paroxysme onirique chez un paralytique général délirant (1). Le simple examen de nos cas montre le parallélisme qui existe entre les symptômes cliniques et les signes hépatiques ; dans les observations I, III, V, VII, l'atténuation ou la disparition de ceux-ci accompagne une amélioration de l'état mental. De plus, chez la malade de l'observation IV, convalescente, les fonctions hépatiques étaient normales. Enfin, dans les cas II et VIII, au contraire, on note, l'état psychopathique restant stationnaire, la persistence des troubles fonctionnels du foie. En général, il semble que les symptômes hépatiques rétrocèdent avant les troubles mentaux et que l'amélioration de ceux-ci soit plus lente à se manifester. Il ne faudrait pas, cependant, en tirer des déductions pronostiques trop précises, car ces modifications peuvent être transitoires.

L'urée sanguine, liée à la fois au fonctionnement des glandes hépatiques et rénales, subit également des variations. Chez ces sujets, qui s'alimentent peu, on trouve fréquemment un taux d'urée supérieur à la normale (0,34, 0,37, 0,45, 0,46, etc. p. 1.000.). En outre, la constante d'Ambard est élevée (moyenne 0,07) indiquant un déficit fonctionnel plus ou moins marqué du parenchyme rénal. Toutefois il y a une cause d'erreur dans le fait que ces malades, ingérant peu de liquide, urinent peu ; la recherche de ce coefficient n'est cependant pas dénuée d'intérêt et, dans certains cas où on peut le prendre en considération, on le voit tendre vers la normale en même temps que les autres sypmtômes organiques (obs. II).

(1) Lwoff et René Targowla. — *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, n° 2, 21 fév. 1921, p. 55.

©BIUM

En outre, dans les observations I, II, V, VII, VIII (nous ne tenons pas compte de l'obs. VI : néphrite chronique) nous avons noté une légère albuminurie, parallèle aux modifications de la constante d'Ambard et au taux de l'urée sanguine. Cette albuminurie est transitoire (cas I, II, VII, VIII), variant avec les modifications de l'état clinique dont elle peut constituer (obs. VII et VIII) une sorte de réactif d'une grande sensibilité.

Cette insuffisance rénale fonctionnelle n'est pas constante ; elle fait défaut dans les observations IV (malade très améliorée : mélancolie avec conscience), IX (état chronique) et III.

A ces perturbations des fonctions hépato-rénales nous rattacherons les symptômes d'*acidose*. Il s'agit d'une acidose latente, décelée seulement par les signes urinaires (réaction de Gerhardt : acide acétyl-acétique ; réaction de Legal modifiée par Bonnamour et Imbert (1) : acétone). L'une de nous (2) l'avait déjà signalée au cours de paroxysmes anxieux et elle vient d'être étudiée à nouveau dans les maladies mentales par M. Yves Morault (3). Nous l'avons retrouvée à diverses reprises (anxiété mélancolique, confusion mentale, chez une paralytique générale au début morte dans un état de confusion aiguë), et en particulier dans les cas V, VI, VIII où elle est nettement en rapport avec des paroxysmes mélancoliques. Nous ferons observer toutefois qu'il s'agit de sujets ne s'alimentant pas ou s'alimentant mal ; c'est ainsi que chez une malade agitée et refusant tout aliment depuis 48 heures, qui présentait des réactions intenses d'acidose, nous avons vu ces réactions décroître et disparaître dans les 12 heures, à la suite de l'alimentation artificielle. Si donc l'insuffisance hépatique intervient dans la pathogénie de cette intoxication surajoutée, le rôle du jeûne hydro-carboné ne paraît pas douteux ; l'autophagie semble bien être la cause déterminante.

---

(1) Bonnamour et Imbert. — *La Presse méd.*, n° 14, 15 févr. 1913, p. 130.

(2) Mlle M. Badonnel. — *Soc. médico-psych.*, 27 juin 1921. *in Ann. médico-psychol.*, n° 2, juillet 1921, p. 162.

(3) Yves Morault, — *Thèse*, Paris, 1921.

©BIUM

Modifications sanguines. — Nous avons étudié, se rattachant également aux fonctions hépatiques, la *coagulabilité du sang,* soit par la méthode des lames ou des tubes, soit par la technique de Marcel Bloch (1). Ce dernier procédé consiste à recevoir le sang dans une solution citratée et à lui rendre sa coagulabilité par addition de quantités croissantes de chlorure de calcium ; on peut ainsi déterminer le seuil de la coagulation. Nous l'avons généralement trouvé un peu abaissé.

La résistance globulaire a été déterminée, sur le sang total et les hématies déplasmatisées, de la façon suivante : dans des tubes à hémolyse contenant 1, 2, 3, 4... gouttes d'eau distillée, on met 34, 33, 32, 31... gouttes d'une solution de chlorure de sodium (fondu et pur) à 7 pour 1.000 de façon à obtenir des dilutions croissantes (6,8 ; 6,6 ; 6,4 ; 6,2...) de chlorure de sodium. A ces solutions on ajoute une goutte de sang ou de globules rouges déplasmatisés par centrifugation dans une solution de chlorure de sodium à 9 p. 1.000 (Chauffard et Troisier). Avec un sang normal, l'hémolyse débute (R_1) dans les solutions comprises entre 4,4 et 4,6 p. 1.000 (Chauffard et Troisier (2) considèrent comme normale : 4,2 à 4,8 avec le sang déplasmatisé), l'hémolyse étant complète dans les solutions à 3,4 — 3,6 p. 1.000 (R_2) (3).

Chez nos malades (cas IX excepté), nous avons trouvé une fragilité globulaire parfois très marquée. Il semble, du reste, qu'un processus humoral de défense intervienne assez rapidement, car on voit la résistance s'accroître progressivement (obs. I, II, V) pour redevenir normale et même s'exagérer (obs. I). Il s'agit donc là d'un phénomène passager, mais qui explique peut-être la diminution du taux de l'hémoglobine et l'anémie globulaire signalée par les auteurs. Nous nous bornons à le mentionner ici ; nous indiquerons toutefois qu'il semble résulter de nos premières vérifications qu'il existe tantôt des hémolysines libres dans le serum, tantôt seulement

(1) Marcel Bloch. — *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, T. VIII, 1915, p. 249.

(2) A. Chauffard et J. Troisier, *in Traité du Sang* de Gilbert et Weinberg, t. I, 1913, p. 227.

(3) Avec la solution de Ringer Locke, R_1 paraît retardé.

©BIUM

des hématies fragilisées. Peut-être, sont-ce là les deux étapes d'un même processus, une troisième étant constituée par le retour à la normale, lié à un phénomène de défense.

Nous ajouterons à ces faits le résultat que nous ont donné un certain nombre d'épreuves de contrôle :

	R_1	R_2	
Manie (1 cas).....	4,8	3,6	(sang total)
Epilepsie (5 cas).....	5,0	3,8	(sang total)
	5,0	3,4	(—)
	5,0	4,0	(—)
	5,0	3,4	(—)
	4,4	3,6	(—)
Idiotie et imbécillité (2 cas).	4,4	3,4	(sang total)
	4,4	3,4	(—)
Paralysie générale (3 cas)...	4,4	3,4	(sang total)
	4,2	3,4	(—)
	4,6	3,4	(—)

(Ces résultats, en particulier la légère fragilité globulaire des épileptiques, concordent avec ceux qu'ont obtenus Tirelli, M. Dide, Galdi.)

En résumé, la mélancolie (quelle qu'en soit la forme clinique) s'accompagne des troubles organiques divers. Les uns (troubles digestifs, circulatoires, etc. sont bien connus ; les autres, plus discrets, cliniquement latents, doivent être recherchés par les méthodes de laboratoire : tels sont les troubles des fonctions glycogénique et anti-toxique du foie, les altérations sanguines, l'atteinte du rein.

Régis, se basant sur l'existence de lésions des ganglions semi-lunaires trouvées à l'autopsie par M. Laignel-Lavastine et par Vigouroux, suppose que les troubles de la cénesthésie et de la sensibilité viscérale que l'on observe chez les mélancoliques sont dus à des altérations du grand sympathique provoquées par l'auto-intoxication.

On peut se demander si, en fait, la maladie du système neuro-végétatif n'est pas l'élément principal, l'altération primitive de la cellule cérébrale — cause du syndrome morbide — retentissant directement sur le

©BIUM

sympathique. Cette atteinte provoquerait non seulement des troubles cénesthésiques, vaso-moteurs, etc..., mais des perturbations endocriniennes, en particulier des fonctions du foie. Des toxines libérées à la faveur de la carence hépatique iraient déterminer des altérations rénales, réalisant un véritable syndrome d'hépato-néphrite cliniquement latent. D'autres, toxines hémolytiques d'origine indéterminée, provoqueraient une destruction hématique dont témoignent la fragilité globulaire et l'anémie.

En somme, s'il était permis de tirer une conclusion de quelques faits qui nécessitent encore de nombreuses confirmations, on pourrait dire que le syndrome mélancolie, d'étiologie variable, se traduit par un ensemble complexe mais caractéristique de symptômes mentaux et organiques, les uns évidents, les autres latents.

(*Travail des services de M. Legrain et de MM. Toulouse et Trénel, à l'asile de Villejuif*).

Discussion

M. Laignel-Lavastine. — Je félicite M. Targowla et Mlle Badonnel de la somme considérable de travail que représente un mémoire de cette envergure. Sans vouloir le discuter, je ferai simplement deux observations. En premier lieu il importe de remarquer la constance de la glycosurie alimentaire que l'on trouve très souvent alors que les autres signes de l'insuffisance hépatique font défaut : je l'ai constaté chez un grand nombre de femmes mélancoliques. Et par suite, je crois qu'au lieu de parler d'insuffisance hépatique il serait plus juste de dire qu'il y a des troubles du métabolisme du sucre chez les mélancoliques. Or, pareil fait a été souvent noté chez les sujets qui présentent des signes d'hyperthyroïdie, et ce facteur de l'hyperthyroïdie existe fréquemment chez les mélancoliques intermittents. L'épreuve de Goetsch pourrait donner d'utiles renseignements à ce sujet. Quand à l'albuminurie, ce serait peut-être aller un peu vite que de l'attribuer exclusivement à une lésion rénale ; il faut tenir compte aussi des troubles cardiaques qui peuvent survenir dans les grandes crises

©BIUM

d'anxiété. Enfin je me plais à noter que le rôle du sympathique sur lequel on insiste tant aujourd'hui et que j'ai moi-même étudié a été signalé pour la premère fois par Morel. J'ajoute qu'il est prudent encore de ne pas trop se presser de conclure sur ce point.

M. TARGOWLA. — Il est très probable que les troubles constatés ont une pathogénie complexe. On peut rapprocher de la glycosurie provoquée, le trouble de la coagulation du sang qui peut être également lié à l'hyperthyroïdie. Nous avons l'intention de poursuivre nos recherches dans ce sens.

Nous avons, d'autre part, attribué l'albuminurie à l'insuffisance rénale en raison des autres symptômes (élimination prolongée du bleu, constante d'Ambard élevée, petite azotémie, etc.).

Hallucinations lilliputiennes au cours de la démence

Par A. PRINCE (de Hoerdt)

A la suite de M. Leroy (1), plusieurs auteurs ont publié récemment quelques observations d'hallucinations lilliputiennes. Il s'agissait généralement de malades atteints d'affections aiguës, chez lesquels l'apparition de ce syndrome d'origine toxique, et de courte durée, permettait de porter un pronostic favorable. Dans les cas que nous avons observés, il s'agit, au contraire, de malades chroniques, ayant séjourné de longues années à l'asile. Cette particularité nous a incité à rapporter brièvement leur histoire.

OBS I. — W... Angéline, âgée de 35 ans, entre à l'Asile de Hoerdt le 4 août 1916. Le début des troubles mentaux remonte à 1912. A deux reprises, elle fut traitée à la clinique psychiatrique de Strasbourg, où l'on porta le diagnostic de démence précoce.

(1) Raoul LEROY. — *Les hallucinations lilliputiennes. Soc. médico-psychol.*, juillet 1909 et octobre 1920. — *Hallucinations lilliputiennes hypnagogiques. Essai d'interprétation psychologique du syndrome. Soc. médico-psychol.*, mai 1921.

©BIUM

A Hoerdt, elle s'excite parfois, tantôt au sujet de la nourriture, tantôt au sujet de ses vêtements, mais habituellement elle se montre indifférente, parle seule, exprime des idées mystiques pauvres et niaises. Les hallucinations de l'ouïe sont très actives : elle entend des voix qui parlent tantôt en français tantôt en allemand. Elle est en relation avec les morts qui viennent « par des chemins en voiture ». Ils vont et viennent à leurs affaires, dit-elle, mais ne croient plus à rien. Parfois, elle se ferme la bouche avec son drap pour ne pas être obligée de leur répondre. Alors, ils la saisissent à la gorge et l'obligent à tousser... etc.

Le 25 novembre 1920, une *vieille suppuration coxalgique détermine un mouvement fébrile* par obturation partielle de la fistule, durant une quinzaine de jours. On voit alors la malade sortir de son apathie, s'énerver et, à côté des hallucinations de l'ouïe, apparaissent des hallucinations visuelles à caractère micropsique. Les âmes du purgatoire viennent autour d'elle, tantôt pour réclamer des prières, tantôt pour vaquer à leurs affaires. *Elles ont des formes humaines de la grandeur d'un doigt, et ressemblent à de petites poupées qui sont habillées de noir. Elle les voit aller et venir sur sa couverture, sur l'oreiller, grimper après la cloison ; il y a des hommes et des femmes.* Tantôt ils se disputent entre eux, tantôt ils insultent la malade, qui refuse la plupart du temps de leur répondre. A d'autres moments, elle les voit et les entend s'occuper comme des gens du dehors dans la rue, ou à la campagne. Elle en voit deux qui mettent du pain au four. La voix de ces nains est très grêle. La malade n'y prête que fort peu d'attention.

Ces troubles visuels durèrent une quinzaine de jours, et leur disparition s'est produite parallèlement à la diminution de la fièvre. Les hallucinations auditives ont persisté et ont toujours présenté le caractère « de voix grêle ».

Lors des poussées fébriles ultérieures, on n'a pas constaté la réapparition de ces petites hallucinations visuelles. La malade est décédée le 13 août 1921.

Obs. II. — S..., cultivateur, entre à l'asile de Stephansfeld le 2 février 1898, âgé de 29 ans. Ses parents et grands-parents étaient des buveurs d'eau-de-vie. Lui-même, alcoolique invétéré, s'était enfui la nuit, à demi-nu, de son domicile, avait parcouru les villages environnants et blessé quatre personnes à coups de couteau. Arrêté, on l'avait presque aussitôt transféré de la prison à l'asile, où fut confirmé l'alcoolisme cérébral. Cependant, après la disparition des phénomènes aigus, contrairement à ce qui se passe d'habi-

©BIUM

tude chez les alcooliques jeunes et robustes comme notre malade, il ne guérit pas, et l'on vit s'installer un affaiblissement intellectuel avec irritabilité, inconscience relative et préoccupations mystiques.

En 1904, il est transféré à l'asile de Hoerdt, où il ne tarde pas à devenir un des meilleurs travailleurs de l'établissement. On note des hallucinations de l'ouïe, et parfois de la vue, des idées mystiques et une tendance à la confabulation, qui a fait porter le diagnostic de psychose polynévritique, sans névrites.

Aujourd'hui, après 23 ans d'internement, il est désorienté dans le temps. Il prétend qu'il est venu ici du royaume des morts. S'il était resté avec sa femme, il serait à nouveau mort ; le curé lui avait toujours dit que cela était mauvais pour lui. S'il fait des erreurs dans ses calculs, c'est qu'on ne compte pas à Strasbourg comme dans son pays la Hte-Alsace ; il y a ici un retard de 15 ans ; tous ceux qui viennent ici sont rajeunis de 15 ans, dit-il. Un tel a vécu 100 ans ; dans 100 ans, on le verra revenir. Un vrai chrétien doit vivre 300 ans qui se décomposent ainsi : 100 ans de croissance, 100 ans d'état stationnaire, 100 ans de décroissance. Il prétend que son père a été tué à Stephansfeld par le maître-maçon (faux) ; une telle était marchande de légumes à Colmar (faux) ; le directeur est un ancien boulanger d'Ammerschwir ; le surveillant a été soldat avec lui (faux). Les hallucinations de l'ouïe sont nombreuses. Il entend la voix du jardinier décédé, du surveillant. Le curé de son village lui dit constamment : un verre de vin est ta santé.

Depuis de longues années, il voit de temps à autre, avec une grande précision, une infinité de petits êtres autour de lui. Le printemps dernier, travaillant seul à un fossé, dans une prairie, il voit *de petites gens de 5 cm. de haut environ, aller et venir, se cacher dans les herbes. Il distingue des hommes et des femmes, les uns jeunes, les autres plus âgés; les enfants sont tout petits. Ces personnages qu'il appelle les « hotentoten » sont revêtus d'habits à peu près semblables aux nôtres ; les uns ont de belles bottes ; il distingue peu de couleurs voyantes dans les vêtements ; les femmes portent presque toutes le bonnet alsacien. Il y a des curés parmi eux.* Un jour il n'y avait que des curés. Ils courent à leurs affaires sans se préoccuper le moins du monde de celui qui les regarde. D'après lui, les curés doivent exercer un grand pouvoir parmi tout ce petit peuple. Il les entend parfois parler le dialecte alsacien d'une voix petite, fluette, semblable à celle d'un enfant. Jamais il ne les interpelle,

©BIUM

jamais il ne les bouscule, car il ne voudrait pas se les aliéner, dit-il. Ces gens ne demandent d'ailleurs qu'à vivre leur vie entre eux ; ils ne sont généralement pas méchants. Une fois cependant, alors qu'il était en train de labourer, il a vu *un de ces petits hommes habillé en gendarme, avec bottes cirées, culotte blanche, veste bleue,* venir avec son couteau couper un tendon à un bœuf.

Le 27 juillet de cette année, alors qu'il travaillait seul dans la prairie de l'asile, il a vu les buissons et les arbres pleins de ces petits êtres, qui grimpaient parfaitement bien. En rentrant le soir, il a vu également la tour de l'établissement qui en était totalement garnie ; il y avait surtout des curés en soutane.

A l'asile, ainsi que tous ses compagnons, il ne boit que de l'eau. Mais, comme il jouit d'une grande liberté, il lui arrive souvent d'aller au village voisin, où on lui donne volontiers quelques verres de vin ou quelques chopes de bière. Dans le but d'éliminer cette possibilité d'alcoolisation, nous l'avons maintenu au quartier un mois entier, en l'occupant à la fabrication des paniers. Les hallucinations lilliputiennes se sont manifestées pendant ce temps-là, dans les mêmes conditions et avec la même intensité que lorsqu'il travaillait au dehors.

Physiquement, S... est un fort gaillard qui pèse 97 kilos. On ne note aucun tremblement des extrémités, ni trouble des réflexes cutanés ou tendineux. L'auscultation est négative ; le foie est peu hypertrophié. Les urines, sans sucre ni albumine, ne contiennent ni urobiline, ni pigment rouge brun. L'élimination du bleu de méthylène se fait régulièrement et dans les délais normaux. Si les reins paraissent fonctionner normalement, il existe, par contre, une insuffisance hépatique se manifestant par une glycosurie alimentaire très nette avec 100 gr. de glucose, et par une production insuffisante d'urée ; à l'uréomètre de Bouriez, on n'a jamais noté plus de 16 à 20 gr. d'urée en 24 heures, avec une alimentation mixte.

Nous n'avons pu établir si cette insuffisance hépatique permanente présentait des poussées ou exacerbations en relations avec les fréquents accès d'hallucinations lilliputiennes.

Obs. III. — G..., employé de magasin, âgé de 31 ans, entre au quartier de sûreté de l'asile de Hoerdt le 16 mars 1917, à la suite d'un quadruple meurtre qu'il avait commis subitement, vers 11 heures du matin, à l'aide d'un couteau

©BIUM

sur le personnel des magasins du Louvre à Strasbourg, où il était lui-même employé depuis 3 ans.

Aujourd'hui, G... présente le tableau de la démence précoce paranoïde. Très halluciné, il entend des voix qui lui parlent par le téléphone ; on l'insulte d'une façon intolérable. Il voit des têtes contre le mur. Il est électrisé dans le ventre et dans la tête. On lui allume le cerveau avec un fort courant. Il répond souvent à côté de la question, parle de cinéma, de gendarme, d'ascenseur, si on l'interroge sur ses assassinats. Il n'est pas sûr d'être originaire de Strasbourg, et prétend être le fils d'un Prince. Des périodes de huit jours de mutisme, au cours desquels il fait des grimaces, se bouche les oreilles, mais s'alimente bien, succèdent généralement à des périodes de même durée, pendant lesquelles il est excité et se montre loquace, incohérent. Très indifférent, il ne s'intéresse jamais à sa famille, ne s'occupe à rien et cherche à s'isoler, se confinant dans une attitude maniérée, souvent plastique avec des gestes stéréotypés. L'orientation reste bonne.

Spontanément, le 10 août 1921, il déclare qu'il a vu dans sa cellule *une petite fille mesurant 45 cm. de hauteur environ, habillée de belles étoffes en couleur ; elle allait et venait autour de son lit,* et voulait aussi se mettre sur une chaise en même temps que lui. Quelques jours plus tard, il dit n'être pas sûr que cette petite fille avait une tête. Aucune autre manifestation d'hallucinations micropsiques n'a été constatée chez G. Ajoutons que son état physique est bon, et qu'aucune fièvre ni trace d'intoxication n'ont pu être constatées.

Entre ces trois observations, il existe de notables différences. Le premier cas réalise presque complètement, sur un fonds de démence précoce, le syndrome décrit par M. Leroy : *apparition à l'occasion d'une intoxication par rétention purulente de petits personnages de 10 cm. de hauteur environ, nombreux, mobiles, fugaces, vaquant à leurs occupations et habillés de vêtements de couleur sombre.* Cette dernière particularité, en rapport avec la nature mystique des apparitions, diffère des descriptions classiques qui relatent presque toujours des visions voyantes et colorées. La voix grêle de ces « âmes » correspondait à leur petite taille. Cette combinaison d'hallucinations visuelles et auditives à caractère lilliputien a été signalée par MM. Dupouy

©BIUM

et Bonhomme (1). Enfin, la durée de cet épisode hallucinatoire qui, au demeurant, a laissé la malade très indifférente, a été celle de la période fébrile et, bien qu'il ne se soit pas reproduit lors des poussées ultérieures, sa pathogénie toxique paraît suffisante.

Dans la seconde observation, nous voyons apparaître cette variété d'hallucinations chez un alcoolique, chronique, atteint de démence avec fabulation, interné depuis 23 ans, et ne permettant de déceler actuellement aucune infection ni exo-intoxication, mais chez lequel existe une insuffisance hépatique indéniable et permanente. Pour M. Klippel, les accidents cérébraux de l'éthylisme ne se manifestent que par l'intermédiaire d'une auto-intoxication hépatique, l'alcool ayant rendu la cellule hépatique insuffisante. Cette théorie trouve ici son entière application, et l'*étiologie des hallucinations de notre malade doit être recherchée dans son insuffisance hépatique toujours agissante,* bien que développée à la suite d'excès alcooliques très anciens et peut-être renouvelés à l'insu du personnel de surveillance. On retrouve, en définitive, un onirisme analogue à celui de la première observation, mais avec un caractère plus permanent et sans pronostic favorable.

De même que chez notre première malade, on constate une combinaison d'hallucinations lilliputiennes auditives et visuelles, à durée remarquable, encore que leur apparition soit intermittente. Elles ne provoquent non plus aucune réaction sensible dans le domaine de l'affectivité. Habitué au pullulement de ces petits nains inoffensifs, *S... les considère avec une grande indifférence, et parfois s'amuse à contempler leurs ébats.*

Notre troisième malade est atteint de démence précoce et, au cours de cette affection, les hallucinations de la vue à caractère fugace, signalées par tous les auteurs, ne sont pas rares. Cette observation, à la vérité, n'a trait que d'assez loin au syndrome lilliputien, puisque la petite fille vue par G... mesurait 45 cm. de hauteur. Aussi ne l'avons-nous rapportée que par con-

(1) Dupouy et Bonhomme. — *Deux nouvelles observations d'hallucinations lilliputiennes. Soc. clin. de méd.,* mai 1921.

©BIUM

traste, et pour montrer que peut-être il existe toute une série d'intermédiaires entre les visions de grandeur normale et les visions lilliputiennes proprement dites.

Discussion

M. Leroy. — La communication de M. Prince est des plus intéressantes pour l'étude du syndrome lilliputien dans les états chroniques. Déjà Broussais avait dit : « Ces monomanies ne sont que des singularités plus ou moins étonnantes qui amusent les spectateurs plutôt qu'elles ne les affligent... les esprits, les follets qui voltigent comme des mouches auprès des insensés, les *Lilliputiens* montant par milliers le long des jambes d'un fou, qui croit les écraser par douzaines et autres rêveries de ce genre peuvent dépendre de sensations pénibles... » (1).

Ce qu'il y a de remarquable dans ces observations, c'est de voir les hallucinations lilliputiennes se présenter chez deux déments, l'un atteint d'insuffisance hépatique, et l'autre à la faveur d'un mouvement fébrile.

La coloration de l'hallucination se montre, dans ces deux cas, plutôt noire, bien que le malade S... parle de petit homme habillé en gendarme avec bottes cirées, culotte blanche et veste bleue. Ceci tient au système délirant du sujet : les curés ne peuvent être que noirs, et la mystique voit les âmes sous la forme de petites poupées noires. Hallucinations, délire et psychisme vont de pair.

Il ne faut pas oublier que nous sommes ici en présence de déments, aussi l'état affectif est-il presque indifférent. L'état délirant antérieur et l'affaiblissement intellectuel ont donné au syndrome un caractère moins net et atypique.

La troisième observation ressemble — au moins comme hauteur de l'hallucination — au cas présenté par M. Fouque à la Société Clinique de médecine mentale (2), mais ici encore nous avons affaire à un dément.

(1) F.-J.-V. Broussais. — *De l'irritation et de la folie*, 1828, T. II, p. 376.
(2) Fouque. — *Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique. Soc. clinique ment.*, février 1911.

©BIUM

M. MIGNARD. — Il n'est sans doute pas étonnant de trouver les hallucinations lilliputiennes dans les cas pathologiques les plus variés, si l'on admet qu'il s'agit d'une forme courante de l'imagination enfantine qui reparaît, plus tard, objectivée, à l'occasion de rêves, pathologiques ou normaux. L'enfant vit volontiers dans un monde imaginaire, réduction du monde réel à la dimension de ses jouets. Il en rêve, la nuit. Anatole France a retracé certains de ces rêves lilliputiens, dans le *Livre de mon ami*, si je ne me trompe. Ce jeu de l'imagination enfantine revit parfois dans les hallucinations de l'adulte, quelle que soit leur cause morbide, comme dans les visions du sommeil normal.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,
J. CAPGRAS.

XXVe CONGRÈS
DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Luxembourg (1er-6 Août 1921) (1)
(suite et fin)

COMMUNICATIONS

Les communications, trop nombreuses pour être toutes lues et discutées au cours des trois séances qui leur étaient réservées, furent en partie égrenées à la fin des séances de rapport. Ces communications portaient sur des sujets de psychiâtrie, de neurologie, de thérapeutique ou d'assistance, mais il fut d'autant moins possible de les grouper de cette manière que quelques-unes d'entre elles, accompagnées de projections, durent être faites dans un local disposé à cet effet.

La première des communications de psychiâtrie fut faite par M. HESNARD, sur « *La loi du symbolisme en psychiâtrie générale* ».

Le vésanique est primordialement inconscient de sa psy-

(1) Voir *Annales médico-psychol.*, n° d'octobre 1921.

©BIUM

chose, parce qu'il exprime sa maladie non pas sensitivement, mais symboliquement. La pensée symbolique est celle qui s'exprime par des concrets.

Il faut chercher l'origine du symbolisme psychopathique, non dans une réalisation imaginative de désirs inassouvis (Freud), mais dans un déséquilibre humoral.

Dans une communication qui est une fine analyse psychologique, M. WELTER, d'Ettelbrück, sans redouter de s'approcher très près du domaine purement métaphysique, étudie l'état mental qui caractérise le mysticisme. (*Contribution à l'étude de l'état mystique. Considérations psycho-métaphysiques*). Mais M. Hesnard lui répond qu'il redoute de s'aventurer sur ce terrain délicat et conteste la valeur de l'hypothèse métaphysique.

MM. BRIAND et ROUQUIER étudient les *séquelles mentales de l'encéphalite épidémique ;* ainsi que le fait remarquer M. Meige, cette étude constitue par anticipation une contribution au rapport qui sera fait à la prochaine session du Congrès. M. CLAUDE ajoute les observations de deux cas de même ordre, dont l'un accompagné de troubles cénesthopathiques aboutit au suicide. M. LAIGNEL-LAVASTINE demande à ce que l'on procède systématiquement dans ces cas à l'exploration du sympathique.

M. FAMENNE, de Florenville, étudie le *traitement des psycho-névroses par l'hyperhémie cérébrale.* Il propose une position légèrement déclive, se rapprochant de celle de Trendelenbourg pour améliorer, et guérir même parfois, certains troubles psychopathiques. Il s'appuie sur des expériences physiologiques récentes pour penser que l'hyperhémie cérébrale peut guérir la cause des troubles névropathiques. M. SICARD préfère dans ce but l'emploi d'une bande de caoutchouc placée circulairement sur le cuir chevelu. Après compression de l'artère méningée moyenne par ce procédé, permettant l'incision à blanc du cuir chevelu, il a pu constater par trépanation une hyperhémie cérébrale manifeste. Mais M. HALLION remarque que la variation de la pression sanguine intra-crânienne déterminée par la position déclive, présente deux caractères intéressants au point de vue thérapeutique : 1° Elle ne peut dépasser une certaine limite assez faible, dépendant principalement de la différence de niveau entre le cerveau et le cœur ; 2° elle permet de graduer la pression sanguine cérébrale suivant le degré de déclivité réalisée. Il en est autrement pour la variation déterminée par un lien qui comprime les veines ; cette variation peut atteindre un degré considérable ; on comprendrait ainsi que

©BIUM

des techniques différentes puissent obtenir des effets différents.

M. MAERE, de Gand, rapporte des cas de *guérison de démence précoce*. Il propose de remettre systématiquement les hébéphréniques en liberté.

MM. CLAUDE et H. BIANCONI relatent *un cas d'obsession génitale avec angoisse et tendance à l'exhibitionnisme chez la femme.*

Ils rapportent l'observation d'une femme qui, au voisinage de la ménopause, sans aucun désordre affectif, sans perversion d'aucune sorte, présente un état psychopathique caractérisé par des obsessions génitales à l'état de veille, qui se traduisaient par l'idée de frotter ses organes génitaux contre des objets, contre des animaux, contre des individus, et plus tard par la tendance impulsive à briser les objets, faire souffrir, violenter et tuer les moindres objets de ses désirs ; d'autre part, la sensation voluptueuse n'existait que dans le rêve évoquant les objets ou individus observés le jour. La critique de cet état a amené cette femme à une angoisse intense avec idées de suicide. Il existait chez elle un déséquilibre des plus accusés du système vaso-moteur avec sensation pénible de tension constante dans le bas-ventre et les organes génitaux. Aucun complexe affectif, ni aucune pratique d'onanisme dans ce cas ; frigidité génitale constante, persistante. Il semble que les modifications du sympathique pelvien aient été la cause occasionnelle provocatrice de l'état obsédant avec angoisse, chez une psychonévropathe et par les divers troubles de la psychosexualité se soient déroulés d'une façon explicable facilement par la psychologie traditionnelle, sans qu'il soit besoin de faire intervenir les conceptions freudistes.

M. PERRENS, de Bordeaux, a vu également des malades incapables d'évoquer des images érotiques et de se procurer ainsi de l'appétit sexuel.

Il pense que les obsessions de cet ordre peuvent disparaître sous l'effet de la suggestion.

Mais il émet aussi l'opinion que la dilatation de l'urèthre surtout la cautérisation du véru montanum chez l'homme, peut les faire disparaître, peut-être en déterminant des sensations nouvelles.

M. HESNARD montre que le Freudisme ne saurait expliquer la psychogénèse des obsessions rapportées par M. Claude.

M. LEY remarque qu'à l'état de veille, la représentation volontaire des images visuelles est souvent bien plus imparfaite chez ces malades qu'à l'état de sommeil.

©BIUM

M. Voivenel marque une différence complète entre les cas de frigidité rapportés par M. Claude et par M. Perrens. La femme observée par M. Claude n'ayant jamais eu d'excitation corticale sexuelle, n'ayant jamais été « révélée » fait, à l'occasion de la ménopause, une poussée obsédo-impulsive d'autant plus violente qu'elle avait été plus chaste auparavant.

Les frigides de M. Perrens sont, au contraire, des fatigués, des « neurasthéniques », *vidés* par une complète « hémorragie de la sensibilité ». Ils n'ont même plus en imagination la force d'accomplir cet « acte de luxe » qu'est le coït.

Le traitement oppose également ces deux frigidités si différentes. M. Claude calme le système nerveux périphérique ; M. Perrens tente de le tonifier après l'avoir excité par cautérisation locale.

M. Claude, approfondissant les rapports des troubles mentaux et des altérations des glandes endocriniennes, étudie les *formes frustes du virilisme surrénal.*

Le virilisme surrénal dans ses formes frustes est l'expression d'une altération des cellules de l'ovaire qui peut aller jusqu'à l'évolution métatypique et néoplasique, et s'accompagne d'hypertrophie concomitante de la cortico-surrénale. Les symptômes sont ceux du virilisme à des degrés divers, pilosité à type masculin, modifications d'ordre psycho-sexuel (frigidité, inversion), et troubles psychiques variables suivant le terrain.

M. Laignel-Lavastine rappelle que dans les leçons qu'il professa à Ste-Anne, lorsqu'il remplaçait le Pr. Dupré, il arrivait aux mêmes conclusions.

Puis M. Bérillon émet quelques considérations sur la sentimentalité des femmes à barbe.

M. Schnyder, de Berne, cherchant à analyser *les tendances actuelles de la psychothérapie,* définit la psychothérapie : un appel du psychisme du médecin au psychisme du malade, en vue de modifier chez ce dernier un état pathologique. La psychothérapie subit en ce moment l'influence des grandes perturbations morales traversées par l'humanité (prédominance des modalités affectives sur les modalités rationnelles). L'auteur s'élève contre l'exclusivisme étroit en psychothérapie. Il préconise une *psychothérapie intégrale,* dont l'élément analytique pourra être constitué par une psychoanalyse dépouillée des exagérations qui la discréditent, tandis qu'elle devra présenter également un caractère *synthétique,* éducatif, qui n'est concevable que par l'appel à la

©BIUM

raison et aux notions éthiques qui constituent la *psychothérapie rationnelle* de Dubois (de Berne).

M. BÉRILLON parle de sa méthode de traitement par l'hypnotisme.

M. VOIVENEL n'accorde pas, dans la psychothérapie, la même importance que M. Schnyder à la raison. La mentalité humaine ne change pas. Plus encore qu'à la *loi de constance intellectuelle* (R. de Gourmont), il croit à la *loi de constance affective*. Il faut toujours frapper davantage l'imagination que la raison (rebouteux, Asclépiades, Mesmer, le pulsoconne...). La psychothérapie reposant surtout sur la « radioactivité » personnelle du médecin traitant, est en réalité plus un art qu'une science.

M. MANHEIMER-GOMMÈS communique une petite étude du *traitement ménager en thérapeutique mentale*.

Ce mode de traitement a, dit-il, des avantages considérables, tant au point de vue physique (multiplicité et variété des muscles se contractant, et des associations musculomentales) que psychique et social. Il est applicable en assistance domiciliaire et en organisation collective, asilaire. Dans les deux cas, il doit être essentiellement varié et, de plus, gradué, de préférence d'après les méthodes empruntées au Stoÿs.

La dernière séance, tenue à Metz, avait eu un ordre du jour des plus chargés, et, malgré la brièveté imposée à chaque orateur par le président, le temps manqua pour écouter tout au long les dernières communications. C'est ainsi que l'on dut grouper trois intéressantes interventions sur *les services ouverts dans les asiles*, tout en demandant à leurs auteurs de les réduire au minimum. M. CALMELS, membre du Conseil Général de la Seine, communique au Congrès les résultats obtenus dans la Seine par la Ligue de la Prophylaxie et d'Hygiène mentales, et les améliorations apportées par le Conseil Général de la Seine à l'assistance des petits psychopathes, en particulier la création, à l'Asile Ste-Anne, d'un service ouvert.

Le Dr ADAM (de Rouffach) chargé par la Ligue d'Hygiène et de Prophylaxie mentales, d'amorcer le débat sur la création de services ouverts dans les Asiles soumis au régime de la loi de 1838, donne à l'appui de cette thèse, deux arguments intéressants. Une circulaire ministérielle de 1840 préconisait déjà l'admission des nerveux dans les asiles où des places spéciales doivent leur être réservées. L'organisation des caisses de malades en Alsace-Lorraine, caisse dont les engagements de payer sont considérés comme une demande de

©BIUM

placement permet d'admettre et de soigner dans les asiles quantité de petits psychopathes.

Enfin MM. GENIL-PERRIN et Louis PARANT voulaient également attirer l'attention du Congrès sur la distinction qu'il y a lieu d'établir *au point de vue thérapeutique* entre l'aliéné et le psychopathe léger et inoffensif ; ils désiraient exposer également les raisons pour lesquelles ils estiment que le traitement de ce dernier doit se faire à l'asile, plutôt qu'à l'hôpital, en raison de l'isolement et du calme nécessaires, et de la spécialisation stable et définitive des locaux, des infirmiers et du médecin lui-même.

Mais aborder aujourd'hui ce vaste sujet serait anticiper sur le rapport que M. Courbon doit faire à la prochaine session de Quimper.

***

Nombreuses également furent les communications sur des sujets de thérapeutique, parmi lesquels le *traitement de l'épilepsie* attira particulièrement l'attention.

M. CROUZON confirme le résultat obtenu par *le traitement borico-potassique dans le traitement de l'épilepsie,* qu'il avait exposé à la session de Strasbourg. Un an plus tard, ses succès se sont maintenus, vérifiés par des observateurs nouveaux, et confirmés par des observations nouvelles. Il ne constate pas d'intolérance malgré la très longue durée d'application de ce médicament.

Le traitement borico-potassique est donc un médicament dont on peut prolonger longtemps l'usage, constituant un traitement de fond auquel on pourra associer périodiquement le bromure, ou mieux le gardénal.

M. RAPUC, de Toulon, abordant également la question débattue du *Traitement de l'épilepsie,* déclare ne se fonder essentiellement que sur le bromure, qui reste le véritable médicament anticonvulsivant.

M. BRISSOT, de Rouffach, aborde à nouveau l'étude du traitement de l'épilepsie et étudie l'action des *composés du Bore.* Il relate une série de travaux qu'il a entrepris avec son collègue, le Dr Bourilhet, à l'Asile de Moulins, en 1912. Ces travaux ont été publiés dans un mémoire original sur la « Démence épileptique » et dans le *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* (1913). Il s'agit du traitement de l'épilepsie par l'acide borique, et non par des sels de Bore, ainsi que l'ont fait récemment plusieurs auteurs. (Tartrates borico-potassique et borico-sodique).

Le Dr Brissot a obtenu des résultats remarquables chez

©BIUM

des enfants atteints d'épilepsie vertigineuse ou de crises rares. Le résultat a été moins efficace chez les adultes.

Quelques accidents d'intoxication ou d'intolérance ont marqué le cours de cette thérapeutique, ce qui fait dire à l'auteur que le traitement de l'épilepsie par l'*acide borique seul* doit être particulièrement surveillé et contrôlé à tout moment. Le Dr Brissot est d'avis que l'emploi de l'acide borique doit être réservé aux accidents convulsifs rares et à l'épilepsie vertigineuse. C'est un adjuvant utile du traitement, lorsque la thérapeutique par les bromures a échoué.

Pour les grandes attaques répétées, le luminal est le médicament de choix. L'expérience qu'ont acquis les médecins des asiles alsaciens — où le luminal est employé depuis fort longtemps — est probante à cet égard.

M. le Professeur Dupré déclare que c'est un de ses anciens élèves, le Dr Devaux, qui, dans sa thèse inaugurale, a consigné les résultats, *négatifs d'ailleurs,* qu'il avait obtenus par l'emploi de l'acide borique dans l'épilepsie.

M. H. Meige. — Tous les neurologistes sont d'accord, à l'heure actuelle, pour indiquer les avantages du luminal dans la grande épilepsie. L'obnubilation consécutive à l'emploi de ce médicament est exceptionnelle, comme l'a déclaré le Dr Brissot.

Au cours d'une autre séance, M. Voivenel aborde à nouveau la question du *traitement de l'épilepsie.*

Il a observé, ces temps derniers, deux soldats alcooliques, épileptiques à crises rares, qui, commotionnés en mars 1918 et septembre 1918, n'ont présenté leur première crise qu'en décembre 1919 et juillet 1920. Il ne croit pas qu'on puisse rattacher leur épilepsie à la commotion, mais il pense, par contre, que la perte, par la commotion, de leur virginité cérébrale, a sensibilisé leur système nerveux à l'action toxique de l'alcool.

Quant à la thérapeutique de l'épilepsie, après avoir essayé toutes les méthodes proposées, M. Voivenel s'arrête, pour le moment, à la ligne de conduite suivante :

I. D'abord le *bromure,* qui reste le médicament-roi.

II. Si le bromure n'agit pas, ou donne rapidement du bromisme, il emploie tantôt le *tétraborate de soude* associé au *véronal,* tantôt le *gardénal :* le tétraborate de soude-véronal dans les cas d'épilepsie « somatique » ; le gardénal dans les cas à prédominance psychique, avec anxiété, angoisse, irritabilité, insomnie. La dose, au début, est de 0,30 centigrammes, la dose d'entretien, de 0,20. Enfin, M. Voivenel n'a pas à se louer de la combinaison des trois thérapeu-

©BIUM

tiques ; il estime que chaque malade réagit plus particulièrement à l'une ou à l'autre de ces méthodes : c'est ce qu'il faut rechercher.

M. LEGRAIN désire simplifier cette thérapeutique et souhaiterait un médicament qui soit bon dans tous les cas. Il insiste à nouveau sur l'importance de l'intoxication alcoolique et pense que la suppression complète de l'alcool peut déterminer la disparition complète des crises.

M. GLORIEUX ayant demandé aux praticiens présents leur opinion sur la comparaison du luminal et du gardénal, et émettant l'opinion que ce dernier produit français est moins efficace et plus malaisé à manier que le médicament allemand, une intéressante discussion se poursuit, à laquelle prennent part *MM. René Charpentier, Laignel-Lavastine, Fr. Adam, Lalanne, Claude,* et d'où il se dégage que dans les débuts le gardénal, n'ayant pas encore la pureté désirable, produisait parfois de l'intolérance et de l'intoxication ; mais qu'il possède actuellement une pureté et une efficacité égales à celles du produit allemand, produisant des effets tout à fait comparables.

Abordant la question sous un autre angle, MM. CHIRAY et BOURGUIGNON étudient le *Traitement de l'hémiplégie cérébrale traumatique par le courant galvanique avec ionisation de chlorure de calcium.*

En pratiquant l'ionisation du chlorure de calcium au niveau des blessures crânio-cérébrales ayant entraîné une hémiplégie, les auteurs ont obtenu dans huit cas une amélioration incontestable. Celle-ci porte :

1° *sur les séquelles cérébrales* (vertiges, céphalée, insomnie) toutes améliorées.

2° *sur les troubles moteurs* (augmentation brusque et progressive de l'amplitude de la force motrice, diminution du phénomène de spasmodicité, pas de modification du signe de Babinski).

3° *pas d'action sur les troubles sensitifs.*

L'amélioration se fait sentir de 8 à 30 jours après le début du traitement. Elle s'affirme pendant 2 à 3 mois, puis le malade arrive à un état stationnaire comme si on avait atteint un minimum individuel.

⁂

Dans une salle du laboratoire de bactériologie, par une chaleur torride obligeant fréquemment à ouvrir les fenêtres pour refroidir la température de l'appareil de projections... et de l'air respirable, furent faites une série de

©BIUM

communications avec documents photographiques, parmi lesquels des films d'enseignement obtinrent un succès particulier.

M. LONG, de Genève, présente des films d'*enseignement neurologique* qu'il a préparés en collaboration avec le Dr Comandon.

En projetant sur l'écran une série de films (athétose, maladie de Thomsen, atrophie Charcot-Marie, syndrome pallidal, achondroplasie, etc.), M. Long montre la grande utilité de ce procédé dans l'enseignement pratique de la neurologie.

M. André THOMAS présente une série de films cinématographiques précisant l'étude :

1° des réflexes du système musculaire lisse de la peau : réflexes pilo-moteurs, mamillo-aréolaire, scrotal et les procédés pour rechercher ces réflexes ;

2° des troubles cérébelleux. Une série d'épreuves permet de mettre en évidence : l'exagération de l'amplitude des mouvements provoqués ; les réflexes à *type pendulaire ;* l'*hyperdiadococinésie passive ;* les troubles des mouvements actifs (dysmétrie, ressaut, etc.) ;

3° de la réactivité locale du muscle pilo-moteur privé de son innervation.

C'est grâce à la collaboration de M. Comandon que M. André Thomas a pu réaliser ces beaux films d'enseignement.

⁂

Rappelons enfin la longue liste des intéressantes communications faites sur des questions de neurologie :

Un cas d'épilepsie endocrinienne sur un mécanisme d'épilepsie d'origine corticale, par le Prof. ETIENNE, de Nancy.

Rougeur préparoxystique chez les épileptiques, par M. HARTENBERG.

Deux cas de maladie de Rayneau, par MM. FORMAN et WENGER, de Luxembourg (avec présentation de malades).

L'agitation et la rigidité musculaire, par M. ANGLADE.

Deux cas de syndromes pseudo-bulbaires, par M. DE MASSARY.

Hémiplégie et Epilepsie par abcès à pneumocoques, par le même auteur et Jean GIRARD.

Etude morpho-analytique du développement de l'Insula de Reil (avec projections), par M. LANDAU, de Berne.

Observation ancienne d'hystérie, par M. KNAFF, de Luxembourg.

Relations de la maladie de Parkinson avec le rhuma-

©BIUM

tisme chronique, par M. DELAHET, communication qui donna lieu à une importante discussion.

L'acrocyanose, par M. CROCQ, de Bruxelles.

Une série de communications sur le réflexe oculo-cardiaque, par M. BARRÉ, de Strasbourg.

Un cas de sciatique radiculaire avec glycosurie réflexe, par M. LORTAT-JACOB.

Un cas d'atrophie musculaire chez un P. G., par MM. RINGENBACH et FREY.

La manœuvre de la jambe et le phénomène des orteils, par MM. BARRÉ et SCHEFFER.

Du mécanisme de la mélanodermie dans certains états hyperthyroïdiens, par M. DELAHET.

Enfin une communication sur le Résultat de la radiothérapie dans 20 cas de radiculite et en particulier dans la sciatique par arthrite lombo-sacrée, par MM. BARRÉ et GUNSETT.

Louis PARANT,
Secrétaire des séances au Congrès.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

CRIMINOLOGIE

La conception anthropologique du traitement des condamnés, par le Dr VERVAECK, directeur du Service d'Antropologie pénitentiaire. — Une brochure, 23 pages. (*Impr. Médicale et Scientifique,* Bruxelles 1921).

Cet exposé clair et bref serait à reproduire en entier. C'est une date importante dans l'évolution du système pénitentiaire que l'arrêté royal du 30 mai 1920, instituant dans les prisons belges un service d'anthropologie chargé de l'examen systématique des condamnés, dès leur entrée en prison, et destiné à adapter le traitement pénitentiaire à la constitution physique et psychique de chaque délinquant.

Dans ce travail, M. Vervaeck établit les origines et précise la signification de cette évolution scientifique du régime pénitentiaire belge. Le mécanisme intérieur rigide, sûr, inpeccable, admirable sous bien des rapports, le fonctionnement intelligemment dirigé des prisons belges, leur service de psychiatrie créé depuis 1892, la possibilité de

©BIUM

l'adoucissement et du raccourcissement des peines, l'action morale intensive qui s'exerçait dans les prisons s'inspiraient d'un idéal, assuraient la justice, protégeaient la société. Mais les résultats individuels furent très médiocres. Dans bien des cas, le détenu sortait de prison, le caractère aigri, déprimé physiquement et moralement, ayant perdu l'habitude du travail et du contact avec ses semblables, sans énergie pour la lutte, et préparé, pour ainsi dire, à une récidive prochaine.

Aujourd'hui, l'action répressive de la détention, si aléatoire, passe à l'arrière-plan. Nos préoccupations tendent d'abord vers la rédemption du coupable ; en d'autres termes, notre souci vise d'abord sa guérison, sa culture morale, sa réadaptation sociale. La prison devient un sanatorium social et moral, dans lequel les détenus sont gardés avec la même rigidité que jadis, et parfois plus longtemps qu'auparavant, mais étudiés au point de vue des origines héréditaires, personnelles ou sociales de leurs actes délictueux. Une sélection méthodique et scientifique, rend possible l'individualisation du traitement pénitentiaire.

Il s'agit bien plus de modifier l'atmosphère de la prison de tendre à en faire à la fois une école, un sanatorium et un atelier, que de toucher à sa discipline intérieure, à son régime, à son caractère pénal proprement dit, sans compromettre en rien la sécurité sociale et les exigences de la justice. La défense de la Société sera mieux assurée par l'élimination sociale définitive, ou au moins indéfinie, de tous les éléments incorrigibles de la délinquance, de tous ceux que l'expérience aura démontré être irréductiblement inadaptables à la vie régulière, définitivement perdus pour la Société pour laquelle ils seront toujours un danger et une cause de trouble.

M. Vervaeck propose, pour l'avenir, la spécialisation thérapeutique des établissements pénitentiaires aboutissant à la transformation anthropologique des prisons belges. Avec M. le Professeur Héger-Gilbert, il en a déjà exposé le projet à la Société de Médecine Mentale de Belgique. Dans un premier établissement, qui serait en même temps une prison préventive, tout condamné ferait un stage d'observation criminologique. Seraient maintenus en observation les cas douteux ou complexes. La prison d'observation supposant une infirmerie psychiatrique à personnel spécialisé, les expertises mentales des prévenus et des accusés pourraient s'y pratiquer dans les meilleures conditions. Après diagnostic, le condamné serait dirigé vers la prison ou plutôt l'établissement de traitement pénitentiaire qui lui convient. Les auteurs prévoient : une prison-école pour les jeunes délinquants ; une prison ordinaire pour les condamnés normaux primaires et les récidivistes que l'on espère encore amender (action morale intensive, formation professionnelle, éducation, placement à la sortie) ; des établissements pour récidivistes (quartiers ou prisons cellu-

©BIUM

laires pour les indisciplinés et les vicieux incorrigibles, ateliers industriels à régime sévère, colonies agricoles à régime adouci, colonies de déportation éventuellement) ; hôpital et hospice pénitentiaire, pour les condamnés âgés, infirmes ou malades chroniques ; sanatorium et hôpital pour tuberculeux ; établissement pour vénériens : sanatorium pour détenus atteints de maladies nerveuses avec une section spéciale pour les épileptiques ; sanatorium pour alcoolisés et toxicomanes ; prison-asile pour les dégénérés, les anormaux et débiles mentaux ; asile criminel pour les aliénés criminels et les accusés dont l'irresponsabilité a été établie par l'expertise. Cette spécialisation des prisons constitue pour MM. Héger-Gilbert et Vervaeck un minimum des réformes nécessaires pour modifier l'organisation pénitentiaire conformément aux données de l'anthropologie criminelle ; la réalisation ne pourra nécessairement qu'en être progressive.

M. Vervaeck ne s'illusionne d'ailleurs pas sur les difficultés de la tâche, mais, ajoute-t-il, si la rédemption, doit, pour certains, être éphémère, nous aurons du moins la conscience d'avoir complètement rempli, à leur égard, la mission de thérapeutique sociale qui doit être la vraie raison d'être de la prison moderne ; il restera, dès lors, à prendre, pour se défendre contre les récidivistes incurables et inamendables, les mesures de protection et d'élimination définitive qui assureront la sécurité de la Société.

On ne saurait trop louer M. Vervaeck de la précision et de la force de son exposé. L'intérêt de cette évolution est considérable. Quand l'exemple donné par nos frères belges sera-t-il suivi par nous ? Cette question est d'une actualité pressante. Jamais il n'a été plus nécessaire de récupérer tous les sujets capables d'apporter leur contribution au travail et à la richesse publics. Jamais, non plus, il n'a été plus urgent de retrancher de la Société, sans limite de temps, les éléments inamendables de désordre et de crime. Cette étude mérite de figurer au programme de l'un de nos plus prochains Congrès. Elle mérite aussi l'attention particulière de la Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène Mentales dont une commission présidée par M. Colin a été formée pour l'étude des questions de Criminologie.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

L'électricité médicale en clientèle. L'indispensable en électrothérapie, par J. LABORDERIE. — 2e édit., 386 pages, 95 fig. (A. Maloine et fils, édit., Paris 1921).

Dans cet excellent petit livre, préfacé par M. le Professeur Doumer (de Lille) et publié dans la bibliothèque des praticiens (sous la direction du Dr Ch. Fiessinger), l'auteur,

©BIUM

après avoir exposé clairement et succinctement les notions d'électricité indispensables au praticien, décrit les appareils électriques du médecin, les principes fondamentaux de l'électrothérapie, et passe en revue les symptômes généraux qui en sont justiciables : douleur, troubles nerveux et sensitifs, troubles moteurs, troubles de la nutrition et de la circulation, troubles des sécrétions. L'action chimique de l'électricité ou électrolyse est ensuite étudiée.

Un chapitre très utile de pratique est consacré aux règles générales du traitement, à la technique des applications galvaniques, galvanofaradiques, des courants sinusoïdaux, statiques, de haute fréquence, à la conduite de l'électrodiagnostic.

Pour terminer, M. Laborderie passe en revue les divers procédés électrothérapiques qui trouvent leur application dans le traitement des maladies classées, suivant qu'y prédominent la douleur, les troubles inflammatoires, les troubles nerveux et sensitifs, les troubles moteurs, les troubles de la nutrition et les troubles circulatoires.

Les ressources qu'offre l'électricité médicale pour le traitement des psychonévroses, des névralgies, des paralysies et de beaucoup d'affections organiques du système nerveux sont souvent méconnues ou insuffisamment connues. Ce livre sera d'une grande utilité à tous ceux qui désirent connaître les notions indispensables de thérapeutique d'un grand nombre de troubles organiques ou fonctionnels du système nerveux.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

(*Décret du 13 mars 1920*)

Le lundi 9 janvier 1922, à quatorze heures précises, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, et dans les conditions prescrites par le décret du 13 mars 1920, un concours pour deux places de Médecin en chef dans les Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Bureau des établissements départementaux d'assistance, Annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du lundi 5 au samedi 17 décembre 1921, inclusivement.

©BIUM

Conditions de l'admission au concours, et formalités à remplir

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des Asiles publics remplissant, au moment de leur inscription, les conditions suivantes :

1° pour les Directeurs-Médecins et Médecins en chef, être âgés de moins de cinquante ans révolus ;

2° pour les médecins-adjoints, avoir six ans de services effectifs dans leur grade.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° expédition de leur acte de naissance ;

2° certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice exigées par l'art. 3 du décret du 13 mars 1920. (Le certificat d'exercice doit être délivré par le Préfet du Département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions.)

3° s'il y a lieu, un certificat délivré par l'Autorité militaire, constatant les titres et états de services militaires du candidat (art. 17 du décret du 13 mars 1920).

Les candidats absents de Paris, ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions, ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Paris, le 28 octobre 1921.

Le Préfet de la Seine,
Signé : AUTRAND.

Par le Préfet :
Le Secrétaire Général de la Préfecture,
Signé : L. AUBANEL.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

POSTES DE MÉDECINS-ADJOINTS VACANTS

Braqueville (Haute-Garonne). Vauclaire (Dordogne). Esquermes (Nord) (à partir du 1er janvier 1922 seulement).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 24.958

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Folie, Crime et Alcool

L'action de l'alcool sur le système nerveux est un fait que personne ne discute plus aujourd'hui.

Claude Bernard, Laborde, Magnan, Féré, et bien d'autres physiologistes, ont pu produire à volonté, chez l'animal, les différentes formes de l'alcoolisme identiques à l'alcoolisme humain. Et, toujours, ce sont les symptômes cérébraux et nerveux qui occuperont la place la plus évidente, depuis l'ivresse et l'état convulsivant jusqu'à l'abrutissement le plus complet. Il faut y joindre une action spéciale sur le germe et par suite la création de cérébro- et de neuro-toxies héréditaires, à manifestations dégénératives : idiotie, arrêts de développement, monstruosités, etc.

©BIUM

C'est aussi par son action élective sur le système nerveux que l'alcool a mérité le titre de poison social. L'action de doses légères sur l'organisme de la nourrice et du nourrisson, tant chez l'homme que chez les animaux, réalisant un alcoolisme *congénital* (Nicloux), a été démontrée dans tous les pays.

Quelles que soient les recherches contradictoires et paradoxales de Pearson et Elderton et la non moins célèbre théorie de Archdall Reid sur la sélection des races par l'alcool qui tendrait à faire jouer, historiquement, à ce poison un rôle utile d'épuration ethnique, il n'est personne aujourd'hui qui consentirait à favoriser la continuation d'une pareille expérience sociale dont l'aboutissement évident serait non plus l'élimination des moins aptes, mais l'anéantissement catégorique de l'espèce elle-même.

L'effet de l'hérédité alcoolique a quelque chose de si stupéfiant dans sa rapidité inexorable qu'elle a pesé d'un poids très lourd en faveur de l'abstinence complète et plus tard de la prohibition. Et cela pour deux motifs :

1° Il suffit de doses infinitésinales (Laitinen, Forel, Berthollet) pour influencer énergiquement la cellule reproductrice ;

2° L'intoxication parentale est telle qu'elle se traduit non seulement par des accidents d'hérédo-alcoolisme graves, mais surtout par l'apparition d'un phénomène plus grave encore, à savoir une *appétence* instinctive, un *désir* morbide, irrésistible, pour le narcotique fatal.

©BIUM

Quelle que soit l'opinion scientifique que l'on se fasse de la *dipsomanie*, ou impulsion irrésistible, consciente, à se stupéfier par l'alcool, qu'on la considère comme une forme de la folie intermittente, ou comme une forme larvée de l'épilepsie, ou qu'elle soit un syndrome caractéristique de la dégénérescence (Magnan), il est démontré par l'obervation directe que la disposomanie, c'est-à-dire la recherche *élective* du narcotique alcool, est toujours une *métamorphose héréditaire* de l'alcoolisme ancestral ; c'est une aggravation lente et progressive d'une intoxication dont on retrouve les rudiments chez les ascendants. Ce n'est pas en vain que le dégénéré *impulsif* fixe son choix sur l'alcool quand il peut le fixer dans cent autres directions (homicide, suicide, vol, incendie, etc.). Rien dans la filiation des phénomènes cérébraux n'est livré au hasard, et, sans vouloir faire du finalisme hors de propos, il est clair que certains individus sont voués par essence à la « démangeaison » alcoolique et cette propension trouve sa raison dans une hérédité spécialisée du fait de l'imprégnation alcoolique de toute l'ascendance.

J'ai, il y a 32 ans, établi par la statistique que la *dipsomanie parfaite, vraie,* même celle qu'on a pu, avec quelque raison, considérer comme un équivalent de l'épilepsie, est héréditairement précédée par une *dipsomanie incomplète,* trait d'union entre la *simple appétence,* facile encore à réfréner, premier degré en quelque sorte de l'alcoolisme héréditaire, et l'*appétence inéluctable,* forme

©BIUM

complète de la *toxicophilie*, fruit ultime de l'intoxication raciale.

La dipsomanie pure est la plus nette démonstration que l'alcool est bien le bourreau de l'espèce, exécutant sans pitié, sans chercher à la sauver, la descendance des imprudents une fois aventurés dans une funeste voie. Le poison ne pardonne pas ; il décuple ses effets par la voie héréditaire, comme en proportion géométrique. La nature élimine les fils de buveurs, devenus les moins aptes dans la lutte sociale, et cela avec une diligence qui laisse aux remèdes bien peu le temps d'agir. A l'*hérédo-intoxication simple* succède le *désir*, puis l'*impulsion*, puis l'*aboulie*, et c'est *la fin* de l'espèce.

Voilà ce qui se passe chez l'individu. L'histoire enseigne qu'il en est de même chez les races et les nations. L'imprégnation lente de quelques individus s'est rapidement généralisée à la masse. L'hérédité et les conditions de milieu ayant favorisé la perpétuité de l'intoxication, on vit peu à peu la *demande* d'alcool répondre à *un besoin* organique inconscient pour lequel on s'est plu à imaginer mille excuses. Introduit dans l'alimentation il continua son œuvre funeste. De nos jours, des milliers d'êtres humains naissent avec une *soif d'alcool* maladive et les nations sont entraînées à la dérive vers le gouffre final.

Cette *maladie psychique collective* a été confirmée dans ses différents stades par les recherches et les statistiques les plus récentes.

L'hygiène sociale, science toute contemporaine,

©BIUM

n'a pu qu'asseoir ses enseignement sur les bases de l'eugénisme le plus rigoureux, c'est-à-dire sur l'abstention obligatoire de tous les poisons stupéfiants, qui apparaissent comme autant de greffes parasites accrochées aux flancs de l'humanité. Primitivement petit parasite insoupçonné de la vigne, le ferment de l'alcool est devenu le destructeur de l'aliment qu'est le sucre, et l'alcool est devenu le destructeur de la race humaine. Accouplé à la guerre il a fait cause commune avec elle, dans la dernière catastrophe mondiale. Avec elle il a partagé les dépouilles de nos défenseurs après s'être infiltré en eux sous sa forme la plus hypocrite et la plus séduisante, *le vin,* dont la guerre a consacré le triomphe.

* * *

L'alcool est-il par lui-même facteur de folie et dans quelles conditions ?

La folie est fréquente chez les alcooliques et les asiles d'aliénés dans tous les pays sont peuplés de buveurs. Il n'est donc pas contestable qu'il y ait un lien étroit entre l'alcool et la folie, comme entre l'alcool et le crime.

Et pourtant on disserte encore : Si l'alcool était par lui-même cause d'un trouble mental, tous les alcooliques saturés de poison ne délireraient-ils pas ? Beaucoup de gens d'autre part résisteraient à la folie s'ils ne rencontraient pas l'alcool, qui apparaît comme une pierre de touche, comme un réactif type, un « *déclencheur* » de délire. Mais il semble qu'il faille une cellule cérébrale préparée,

©BIUM

sensibilisée en quelque sorte. C'est évidemment ce qui arrive dans les circonstances qui développent, par exemple, un état suraigu d'émotivité, telles que la dernière guerre. Un nombre extraordinaire d'individus, hommes et femmes, soldats surtout, sombrèrent dans la folie, qui eussent résisté en temps de paix et qui furent aidés largement grâce à une consommation anormale de vin et de spiritueux. Combien l'on a cité de faits délictueux ou criminels, de manœuvres absurdes ou périlleuses, d'extravagances de toute sorte, de la part d'officiers ou de soldats imbibés d'alcool et qui, par ce fait, devenaient plus aptes à ressentir les effets impressionnants de la guerre ! Les observations que j'ai faites moi-même en très grand nombre devant les Conseils de guerre (plus de 500 expertises mentales) m'ont démontré que si l'alcool n'avait pas fait sentir ses effets démoralisants, nombre de procès où la folie se trouvait mêlée n'auraient pas eu lieu.

Quoi qu'il en soit, nombre de buveurs saturés ne délirent pas. Il faut expliquer cette apparente immunité. Chez certains n'existe aucune hérédité vésanique et par suite la résistance cérébrale est plus grande. Chez d'autres, l'examen physique révèle un bon état relatif des viscères notamment du foie et des reins, ces deux barrières antitoxiques (Klippel). D'où il est clair que le cerveau intoxiqué ne suffit pas au délire. Et celui-ci est, en fait, une création parasite, favorisée par certaines contingences organiques.

Mais malgré ces contingences il apparait que le

©BIUM

délire est bien le mode de réaction le plus logique de la cellule corticale malade. Il n'est pas niable que l'alcool exerce une action délétère sur le protoplasme (action stupéfiante, action déshydratante, action dystrophique) et spécialement sur certaines régions de l'écorce où semblent s'emmagasiner les *images sensorielles*. De cette action toxique directe sur la cellule, la simple *ivresse* est la vraie démonstration. Aucun ivrogne n'en est indemne quoique à des degrés variables.

L'ivresse aiguë est une *courte folie* qui résume toutes les étapes de la grande folie hallucinatoire à laquelle seront candidats certains buveurs plus saturés ou plus prédisposés.

Concluons que l'alcool est bien par lui-même générateur de la folie, mais qu'il en est bien plus souvent *l'agent provocateur*. C'est un constat d'une importance extrême aujourd'hui de dire qu'un *grand nombre de citoyens ne deviendraient pas fous si les stupéfiants, si les narcotiques n'existaient point*.

Et, si l'on envisage la vague de dégénérescence qui nous submerge, produit ultime elle-même de l'alcoolisme ancestral, qui se traduit par une diminution progressive des résistances psychiques, on conçoit qu'il soit essentiel de tenir compte de tous les agents capables de faire jaillir la folie de son état latent. C'est d'autant plus utile à souligner dans le cas de l'alcool que les nations sont maîtresses d'anéantir ce réactif quand elles le voudront au même titre que la dynamite et les explosifs.

* * *

©BIUM

Je désire appeler encore l'attention sur le rôle des *hallucinations*, de *l'état de rêve* dans la folie des alcooliques et surtout sur la *destinée de ces troubles*.

J'ai eu la rare occasion d'élucider ces points, ayant dirigé le service le plus riche du monde en toxicomanes pendant 20 ans à l'asile des aliénés de Ville-Evrard.

J'ai traité là près de 8.000 alcooliques sur lesquels j'ai pu contrôler l'importance des troubles sensoriels qui tendent à accaparer et à diriger la personnalité de l'individu, à ce point que le buveur d'habitude vit une vie seconde, hors des réalités où il ne retombe qu'exceptionnellement. C'est un point de clinique que l'on connaît mal, notamment dans le monde des légistes. Nombre de buveurs font illusion sur leur état de lucidité, en réalité ils rêvent éveillés et continuent à rêver comme ils l'ont fait pendant l'ivresse ; et leur vie mentale est livrée aux hasards de la plus bizarre fantaisie sans qu'ils s'en rendent eux-mêmes un un compte suffisant. C'est un fait dont on ne peut réellement témoigner que par comparaison, lorsque le buveur, soumis aux rigueurs de l'abstinence, récupère sa mentalité normale. Il apparaît très différent de ce qu'il était, il semble un évadé d'une vie étrangère, parasite en quelque sorte, et il n'est pas exceptionnel que cette vie soit criblée de lacunes impossibles à combler. Non pas qu'il s'agisse *d'amnésie* vraie, car il y a eu en réalité *distraction, dispersion mentale, inattention*. Le malade n'était pas toujours présent à

©BIUM

ses déterminations ; il agissait le plus souvent sans en avoir délibéré complètement, comme une espèce *d'automate* (retenons ce mot essentiel).

Je signalerai en passant, en contradiction avec les notions classiques, la *rareté des vraies hallucinations de la vue* considérées pourtant comme pathognomoniques de délires toxiques ; cela n'enlève aucune valeur à l'importance des troubles sensoriels de la sphère visuelle, mais il s'agit le plus souvent de pures créations imaginatives, *d'automatisme psychique, de processus de rêve* comme dans l'ivresse, de simples *illusions suivies d'interprétations vicieuses* de faits réels. Cela est d'une importance extrême car, psychiquement, dans sa vie apparemment normale, l'intoxiqué procède de même par à peu près, par discrimination superficielle et légère, par faiblesse du sens critique. Toute l'activité de l'alcoolique réside dans ce mécanisme.

Quelle est la destinée des troubles délirants alcooliques ayant pour base ces désordres sensoriels, insuffisamment rectifiés par un jugement obnubilé ? J'ai, en 1910, attiré l'attention sur ce que j'ai appelé les *folies à éclipse* qui sont la plupart du temps l'apanage des intoxiqués délirants. Il s'agit ici de faits d'ordre pratique du plus haut intérêt.

L'histoire de la folie des alcooliques a démontré : 1° la *curabilité* des accès ; 2° leur *récidive* fréquente.

Curabilité veut dire ici que l'accès n'est qu'un épisode éphémère.

©BIUM

Mais cette tempête laisse des traces et l'on sait l'emprise énorme exercée par le bouleversement sensoriel sur la conscience. Le dépôt de ces souvenirs dans le subconscient, c'est-à-dire dans la mémoire non évoquée, joue un rôle quasi dirigeant dans la vie des intoxiqués.

La *récidive* de la folie des buveurs est d'une extrême fréquence, disons qu'elle est de règle. Il faut bien se garder d'en juger par le nombre des internements. Pour en juger il faut questionner à fond un grand nombre de buveurs. Dès qu'il a déliré une première fois, il semblerait que le buveur subisse un phénomène analogue à celui qu'on a qualifié d'*imprégnation* dans certaines espèces animales. Sensibilisé au délire, le délire, pour la moindre cause, sous l'empire de minimes doses d'alcool, se laisse aller à de nouvelles créations délirantes : l'aptitude au délire est créée, le malade n'a plus qu'à se copier lui-même en quelque sorte, à reproduire sa première manière d'être. S'il n'a point de délire bruyant, appelant l'attention, il est en proie à des cauchemars ; il est rare que son sommeil soit tranquille. Ses cauchemars sont la reproduction du délire, comme celui-ci n'a été que la continuation des premiers cauchemars. La cérébro-intoxication a créé une sorte de *pathologie de l'imagination créatrice*. L'intoxiqué est *délirophile*.

Si l'abstinence n'entraîne pas l'élimination complète de l'alcool, on ne peut pas dire qu'il y ait jamais guérison à proprement parler du délire ; celui-ci est subcontinu, ou bien il se réfugie *dans*

©BIUM

la vie du rêve où s'exhume le subconscient, il ne disparaît pas; il devient latent; il est en réserve.

Mais les cas les plus frappants, les plus originaux sont ceux où la bourrasque hallucinatoire a mis une empreinte telle sur le cerveau qu'elle reste indélébile et que la page de vie imaginative vécue en rêve s'incorpore au patrimoine mental tout comme un fait *réellement vécu*. Le pouvoir de contrôle a disparu complètement devant l'intensité même des désordres sensoriels. Jamais l'erreur des sens n'est rectifiée.

J'ai observé ce fait très souvent chez les buveurs d'intelligence faible dont le pouvoir autocritique est normalement peu développé.

Le délire est rentré dans son intégralité, à titre de corps étranger parfaitement isolable, *dans le tiroir aux souvenirs. Apparemment les malades ne différent point de l'état normal.* Ils ont toutes les apparences d'avoir guéri de leur folie transitoire. Il n'en est rien. Elle est facile à exhumer et forme comme une sorte d'infirmité secrète, cachée, *éclipsée*, prête à reprendre sa vie active. Comme dans l'éclipse il n'y a qu'occultation. La création imaginaire n'existe plus *présentement*, mais elle est sujette à *reviviscences*.

L'existence de ces délires éphémères, mais à répétition, nous permet de révéler ce fait psychologique si essentiel dans la vie humaine de l'*automatisme* avec toutes ses conséquences. Développement d'une vie imaginative, d'un caractère spécial, aux tendances fantastiques, dramatiques, sombres, et surtout aux manifestations

©BIUM

très fertiles, l'existence du buveur n'est plus qu'un artifice. Plus il vieillit, plus le buveur impénitent réduit sa vie à une série d'actes automatiques, c'est-à-dire qu'il abdique son pouvoir de contrôle logique de plus en plus au profit de la fantasmagorie et de la spontanéité, privée des conseils de la raison.

On voit la vie mentale du buveur se cantonner de plus en plus dans la vie du sentiment, en attendant que celui-ci cède la place à la sensation et que celle-ci à son tour cède la place au pur instinct. D'abdication en abdication, l'alcoolique marche progressivement vers une démence spéciale marquée au coin de l'*amoralité* la plus flagrante contrastant avec *les apparences les plus trompeuses*.

Cette formation mentale n'est pas seulement une curiosité clinique. Elle offre des aspects émouvants et inquiétants.

Les conséquences de la récidive seule, même non compliquée d'actes graves, pour la famille et la société, sautent aux yeux. On pourrait notamment établir le calcul très simple de ce qu'un récidiviste a pu coûter à la nation dans le cours de sa vie, dommage matériel qui a des retentissements multiples.

Mais où la tendance à l'automatisme est plus émouvante encore, c'est quand elle prend la forme *du délit ou du crime*. Rien n'est plus frappant que les graphiques où voisinent, alternant ou s'entremêlant, folie et crime, jetant un trouble bien naturel dans l'esprit qui cesse de

©BIUM

discerner si le sujet est bien en réalité un aliéné ou un criminel.

De même que le buveur a de la tendance à reprendre à toute occasion son ancien délire au point où il l'a laissé, de même il a de la tendance à répéter le même délit. *Il y a des délits à éclipse et récidivants comme il y a des folies à éclipse et récidivantes.*

J'ai voulu montrer une fois de plus que crime et folie appartenaient chez les buveurs à la même catégorie de faits morbides où la logique rigoureuse interdit de poser la question de responsabilité dans les termes où elle se poserait chez des non-buveurs, même aliénés.

Il y aurait de tous ces faits si curieux de nombreuses conclusions à tirer. Je ne veux en souligner qu'une seule. Contre un agent aussi nuisible que l'alcool y aurait-il jamais prohibition assez sévère ? Les Etats-Unis ont répondu : les asiles d'aliénés se vident.

Dr LEGRAIN.

©BIUM

LES SÉQUESTRATIONS VOLONTAIRES ET LES PSYCHOSES DE LA LIBERTÉ

Par Paul COURBON

Le spectre de la séquestration arbitraire hante encore beaucoup de Français, même des plus cultivés. Ils ne remarquent pas que l'asile d'aliénés, comme n'importe quelle autre institution, a forcément subi l'influence de l'évolution générale, qui en ce dernier demi-siècle a transformé les mœurs en émancipant les esprits jusqu'à la licence. Un simple regard jeté à l'intérieur de ces murs, d'autant plus redoutés que l'imagination de ceux qui ne les franchissent jamais, peut librement évoquer derrière eux la survivance des usages et des crimes d'un autre âge, suffirait cependant à détruire cette hantise. Comment supposer possible, en effet, une connivence entre tant d'individus de classes sociales différentes et aux intérêts professionnels parfois si antagonistes ? Car c'est une complicité englobant la totalité du personnel médical et administratif, depuis le directeur jusqu'à la dernière laveuse de vaisselle, qui serait nécessaire pour la réalisation d'une séquestration arbitraire ! Quel milliardaire aurait la présomptueuse prétention d'acheter tout ce monde-là et d'étouffer à prix d'or l'incoercible jalousie et l'implacable haine de tous les dénonciateurs qui peuvent s'y trouver ?

Jadis, lorsque le directeur, nommé au choix, était le souverain tout-puissant de son asile, lorsque son personnel soumis et respectueux n'osait pas chercher à comprendre ses ordres et vivant claquemuré avec les malades, ne courait même pas le risque de divulguer inconsciemment au dehors des mystères impénétrables pour lui, dans ces temps lointains, on conçoit que, de par la volonté d'un tel potentat, une existence humaine

©BIUM

ait pu être séquestrée. Mais maintenant, avec la multiplicité et l'indépendance des médecins nommés au concours, la collaboration souvent tracassière et inquisitoriale d'employés et d'infirmiers syndiqués ou en voie de syndicalisation, pratiquant ponctuellement la sortie hebdomadaire, essayez donc de mettre au secret un homme non malade ! Le seul spectacle des espionnages et délations, dont le partage des légumes aux familles des fonctionnaires est la source, suffirait à détourner le Roi Soleil lui-même de choisir cette enceinte pour l'exécution de ces lettres de cachet. Dans les maisons de santé privées, qui toutes ont plusieurs médecins, et dont le personnel est peut-être encore plus sur l'œil, les mêmes impossibilités de séquestration arbitraire existent.

La surprise des visiteurs venus pour ouvrir les portes de l'asile à des séquestrés arbitraires, et n'en trouvant pas, pourrait, par contre, s'augmenter d'une autre surprise plus grande encore, par la découverte d'internés les suppliant, dans les termes les plus raisonnables du monde, de les garder et de ne pas leur infliger la liberté.

Depuis les travaux de Pactet et Colin, tout le monde connaît, comme internés volontaires, le groupe de ces individus, plus ou moins tarés, pour qui l'internement est une halte entre deux méfaits ou une oasis de la paresse. Les uns, quand ils ont maille à partir avec la justice, arguent de troubles mentaux purement simulés, ou bien invoquent un accès psychopathique antérieur pour échapper à la répression. Les autres agissent de même quand le travail les dégoûte par trop, ou quand la mauvaise saison arrive. Mais leur consentement à l'internement n'est que de courte durée ; car ce n'est pas pour se soustraire à leurs impulsions mauvaises qu'ils ont sollicité leur placement à l'asile, c'est, au contraire, afin de pouvoir leur obéir à meilleur compte. Aussi ne tardent-ils pas à exiger leur sortie en prétextant leur validité mentale. Pour eux, l'internement est utilitaire. Ça leur est un *moyen négatif*, mais efficace dans la lutte contre la société. *L'asile est pour eux un bois sacré*, où se réfugier en cas d'alerte. Socialement,

©BIUM

ce sont *des dupeurs* que la liberté ne rend pas fous. Psychologiquement, ce sont des *anormaux, mais non des malades.* Leur séquestration qu'ils ne souhaitent que transitoire d'ailleurs, n'est que momentanément volontaire.

Mais il est un autre groupe d'individus qui eux veulent sincèrement et d'une façon permanente être définitivement séquestrés. Pour eux, l'internement est une fin. Il est, en effet, leur seule *défense contre eux-mêmes.* L'asile est pour eux, au sens étymologique du mot, l'abri contre la folie, qui les guette dès qu'ils sont livrés à eux-mêmes. Lâchés dans la société, ce sont des *dupes inoffensives* ou, au contraire, *d'irresponsables fléaux* de la collectivité. Psychologiquement, ce sont des *malades* que la liberté rend fous et qui ont peur d'elle, parce qu'ils ont conscience de leur inadaptabilité à elle.

A propos de ces psychopathes, on peut parler avec plus de raison de « psychoses de la liberté » qu'on ne l'a fait des « psychoses de la détention » à l'égard des détenus qui, occasionnellement, se trouvent en prison lorsqu'éclate leur bouffée délirante. Je ne nie pas que quelquefois la détention ne soit pour quelque chose dans la rupture de leur équilibre mental. Mais cela ne justifie pas l'emploi du mot. A ce compte-là, on pourrait désigner psychoses des voyages, psychoses des hôtels, psychoses des vacances, etc., leurs autres épisodes psychopathiques apparus alors qu'ils se trouvaient hors de chez eux, en villégiature, sur mer, etc.

Les malades que j'étudie, au contraire, sont des individus qui, dès qu'ils sont dans l'obligation de vivre d'une façon indépendante, perdent la tête. A l'abri d'un tuteur, ils ont toute leur raison. *La liberté en somme est la condition même de l'effondrement de leur équilibre psychique.* Suivant que l'atteinte de cet effondrement porte sur les facultés d'initiative ou sur celle d'inhibition, on a deux types différents.

Le premier type est réalisé dans toute sa pureté par des sujets qui parfois, psychologiquement, sont des humbles, des peureux de la vie, présentant cette timidité des actes sociaux, qu'a décrite Janet chez ses psy-

©BIUM

chasthéniques. Soutenus par quelqu'un qui possède l'énergie qui leur manque, ils sont capables d'une conduite tout à fait normale, sinon brillante. Mais une fois ce soutien disparu, il leur faut se réfugier derrière les murs d'une collectivité tutélaire, sinon c'est rapidement la perte de la raison. Psychiatriquement, c'est le jugement qui s'éclipse, donnant un état psychopathique plus ou moins polymorphe, mais dont le caractère maladif saute aux yeux de tout le monde. — Héréditairement, ce sont des enfants de parents anormaux, dont l'expansion vitale était plus ou moins restreinte, d'avares selon le mode décrit par Rogues de Fursac, ayant étouffé leurs enfants sous une éducation peureuse, misonéiste et solitaire. — Socialement, ce sont des êtres dangereux pour eux-mêmes, proie offerte à la malignité d'autrui. Ce sont des plantes de serre, parfois assez belles et luxuriantes, mais dont le plein vent a vite fait d'écheveler, de meurtrir et de faner la floraison. Lorsque l'internement leur a rétabli l'équilibre, rompu par la première bourrasque qui se déchaîna généralement à la disparition de la personnalité à l'ombre de qui ils vivaient, ils se trouvent si heureux, ils ont si peur d'affronter les mêmes périls qu'ils veulent ne plus sortir.

L'exemple le plus net est fourni par cette enfant de vieux qui, dès que la perte successive de ses parents et d'une tante la laissèrent seule avec de petites rentes, eut une bouffée délirante, pour laquelle il fallut l'interner, et qui, après guérison, s'adapta si parfaitement à l'asile que la simple perspective de le quitter amène une anxiété pathologique.

Clotilde, née en 1892, entra à l'asile en 1917 dans un état psychopathique polymorphe, avec prédominance mélancolique, et hallucinations auditives et visuelles, qui dura plusieurs mois et fut suivi d'une longue période d'asthénie.

Fille unique d'une mère âgée de 40 ans et d'un père égoïste et avare, qui l'engendra à 59 ans et devint veuf quand elle avait 6 ans. Celui-ci la retira de pension alors qu'elle n'avait que 11 ans et ne lui apprit aucun métier, ne lui fit faire aucune relation, lui conseillait la méfiance envers tous les autres membres de la famille, lui prêchait l'économie à outrance, ne s'occupait d'elle que pour réclamer une cuisine pas chère,

©BIUM

ne lui parlait de l'avenir que pour lui interdire d'aller vivre chez aucun des parents.

Vécut ainsi sans instruction, sans relation, sans émotions. Voyait parfois tous les mois, mais sans cordialité, ses tantes ou cousins, dont son père lui disait qu'ils n'avaient été aimables qu'au moment de la mort de sa mère pour venir prendre de la succession ce qu'ils pourraient. Sa seule distraction était de visiter une amie qu'elle voyait assez souvent. — Sa seule joie était d'aller en cachette l'après-midi au cinéma avec l'argent clandestinement économisé sur la nourriture. Quand un spectacle la choquait, elle n'y retournait plus, ce qui arriva pour un film où l'on battait des curés. — N'a jamais voulu se marier, redoutant la méchanceté du mari. Jamais émue par les scènes érotiques. — Religieuse, allait volontiers quotidiennement à la messe, mais ne se faisait pas faute de manquer les vêpres, où son père la croyait, pour aller au cinéma. Ne se pensait pas assez sage pour aller au couvent.

Elle avait 20 ans, lorsque le père mourut en 1912. Apprit alors qu'elle avait 29.500 marks d'argent, dont elle alla tous les trois mois toucher la rente. Elle vint aussitôt demeurer chez une tante âgée de 85 ans, à laquelle elle payait 60 marks de pension. Elles faisaient toutes deux le ménage. Là encore, sa seule distraction fut le cinéma clandestin, mais cette fois la nuit, la vigilance de la gardienne ne pouvant être trompée que pendant son sommeil, car celle-ci prétendait que l'église et le cimetière sont les deux seules distractions permises à une jeune fille. Pendant la journée, la nièce devait rester assise près de la tante à lire son livre de messe, derrière lequel elle arrivait à dissimuler quelque roman à 10 pfennigs. Jamais ne se passionna pour les héros de ces romans.

Quand sa tante mourut en juin 1916, elle fut profondément atterrée de se sentir seule. Elle se mit cependant à continuer la même vie de ménagère et de cuisinière qu'elle accomplissait avant, mais maintenant avec le souci de prendre l'initiative. Elle faisait les mêmes longues attentes imposées par le rationnement de guerre devant les épiciers et les bouchers pour toucher son lait et sa viande. Entre temps, elle restait solitaire et épuisée dans son triste logis. Effrayée par les nouvelles pessimistes de restrictions plus sévères à venir, elle ne mangeait plus, perdait le sommeil, et enfin était internée avec le diagnostic erroné de démence précoce.

Actuellement parfaitement mnésique, lucide et critique, demande à rester à Stéphansfeld et dans le même quartier par amour pour la sœur. Elle l'aime comme si c'était sa sœur aînée, pour lui obéir ; elle lui manifeste son amour par sa bonne conduite, mais elle ne l'embrasserait pas, car il ne viendrait à l'idée de personne de donner des baisers à une religieuse. Elle est heureuse parce qu'on n'a pas de sou-

©BIUM

cis, parce que les repas et le ménage se font avec ordre, et elle ne regrette pas le cinéma.

Jugements normaux sur la différence d'une république et d'une monarchie, sur le respect respectif dû aux curés et aux juges lorsqu'ils sont coupables, sur le patriotisme, sur la vie pratique, le ménage, etc. Travail régulier. Docilité parfaite. Envisage comme idéale la continuation jusqu'à la vieillesse et la mort de cette existence monotone, sans autre incident que le léger chagrin du décès ou du départ des malades sensées qu'elle s'est fait comme camarades, mais dont elle n'espère jamais avoir aucune pour amie, l'amitié ayant été toujours inconnue d'elle ; sans autre surprise que la réception deux ou trois fois par an des lettres des quelques parents qui lui restent, desquels elle n'attend rien, et qui ne doivent non plus rien attendre d'une personne aussi impuissante qu'elle.

S'émeut légèrement à l'idée d'être obligée de se séparer de la religieuse préposée à un autre quartier, voudrait la suivre, si possible, mais se résignerait assez facilement à rester dans le même local avec les mêmes compagnes. En cas de déplacement de la sœur, elle préférerait la suivre dans un nouvel asile.

L'hypothèse de la promouvoir elle-même à la direction d'un quartier l'émeut bien davantage. Elle refuse sans hésiter et énergiquement, disant que quand on a besoin de surveillance, on ne peut pas surveiller les autres, que le quartier serait dans un bel état, qu'elle manque trop d'indépendance pour accomplir jamais une fonction pareille.

Bien qu'assez pieuse, allant 3 fois par jour à l'église, comme les religieuses, elle n'a aucun goût pour entrer dans un couvent, non pas qu'elle croie à la sainteté obligatoire de toutes les sœurs, mais parce qu'elle prendrait sans doute la chose trop à cœur et retomberait malade.

Quant à la perspective d'être rendue à la liberté et de quitter l'asile, elle détermine un bouleversement complet avec dénégations énergiques, invocation de faiblesse, de maladie, de prétextes de toute sorte. Il en fut toujours ainsi chaque fois qu'une occasion de partir en liberté se présenta : propositions de parents, offres d'emplois, etc. Une anxiété réelle avec signes physiques d'angoisse apparaît et nécessite médicalement son maintien à l'asile.

Le second type est fourni par des individus psychologiquement impulsifs, mais dont les impulsions nocives sont d'un genre spécial. Elles ne s'éveillent qu'au contact des excitations extérieures et sont totalement dépourvues de toute force endogène. Elles s'assouvissent,

©BIUM

en outre, sans amener aucune satisfaction, mais, au contraire, en imposant au sujet la perception d'un malaise constant. Pour ces raisons, dès qu'il n'y a plus sollicitation du dehors, l'impulsion devient latente, et le malaise cesse. D'où désir du sujet de ne plus s'exposer à provoquer le déchaînement d'une aussi pénible alerte. Psychiatriquement, la psychose produite par la liberté n'atteint pas le jugement. C'est le frein inhibiteur qu'elle supprime. Tout le système rationnel est alors asservi par l'appétit débridé, et la conduite malfaisante reste si bien coordonnée que l'on hésite avant de lui reconnaître une origine morbide. Héréditairement, il s'agit d'enfants de parents plus ou moins impulsifs eux-mêmes, et dont le vagabondage et la maraude en compagnie de camarades plus âgés et vicieux fut toute l'éducation. Socialement, ils sont dangereux pour autrui. Ce sont des fauves aux flancs desquels le souffle du large réveille des instincts redoutables, mais si profondément endormis dans l'enceinte de la ménagerie que la nostalgie des combats y fait place à leur horreur.

L'histoire suivante de ce récidiviste du vol, suppliant en grâce qu'on le garde derrière les murs de la prison pour n'être pas tenté de succomber à la tentation d'une évasion qu'il redoute, aspirant à une condamnation à la réclusion perpétuelle, et qui par l'assiduité de son travail et la perfection de sa conduite fait l'admiration de tous ses gardiens, apporte une illustration émouvante de la conception nosologique ci-dessus exposée. Cette histoire n'est que la copie du rapport médico-légal que j'eus à faire, le concernant.

Guillaume est un garçon de 28 ans, de taille moyenne, de constitution vigoureuse, à physionomie banale, qui a été arrêté en mars 1920 pour la onzième fois, sous l'inculpation de vol. — Son histoire est la suivante : Né le 6 avril 1892, dernier enfant d'une famille de pauvres ouvriers, dont aucun autre membre n'a subi de condamnation, il commença dès l'école à mener la vie la plus irrégulière. Manquant l'école de plus en plus fréquemment, il en était arrivé à rester des jours et des nuits entières, sans rentrer au domicile paternel. Avec une bande de mauvais sujets de son âge ou plus âgés, il vagabondait dans les rues, vivant de rapines, volant

©BIUM

sa nourriture aux étalages, couchant sous les ponts. Si bien que le 28 avril 1905, âgé de 13 ans, il était par décision judiciaire placé à la Colonie pénitentiaire de Haguenau, ayant été reconnu coupable de participation à 40 vols différents, soit de substances alimentaires (pâtisseries, épiceries), soit de poignées de cuivre dérobées aux portes ou devantures, soit de tuyaux métalliques, soustraits du champ de manœuvre militaire. — Sa conduite à la Colonie, à part quelques petites fautes d'indiscipline, fut bonne. Il y acquit une instruction minime, mais suffisante, et y apprit très bien le métier de tailleur. De mai 1907 à janvier 1909, sa conduite fut si exemplaire qu'à cette dernière date, il fut mis dans la première classe, celle des meilleurs sujets, et que le 7 mai 1909, suprême marque de confiance, on le mettait en liberté provisoire en qualité d'apprenti chez un maître-tailleur à Bitsch. Mais le 14 août suivant, c'est-à-dire au bout de trois mois, il disparaissait, revenait à Strasbourg mener la même vie qu'auparavant, était arrêté pour vols, condamné une deuxième fois le 23 sept. 1909 et replacé à Haguenau, d'où il s'évada le 22 septembre 1910.

Il gagna le Luxembourg, où en deux années il subit 4 condamnations pour vols. Revenu à Strasbourg, il était condamné le 30 avril 1913 à 2 ans de prison et 6 mois, toujours pour vols. Bien que n'ayant pas fini de purger sa peine quand la guerre éclata, il fut alors remis en liberté en raison de sa bonne conduite. Mais le 22 décembre 1914, il était condamné encore à 4 semaines pour détournement, et le 15 mai 1915, il se voyait infliger deux ans de prison pour vols continuels. A peine libéré, il était recondamné le 6 février 1918 à 1 an 6 mois de prison. Lors de l'armistice, il était remis en liberté, en même temps que les autres malfaiteurs, par le conseil des soldats. En janvier 1919, il était ratrappé et condamné pour nouveaux vols, resta en prison jusqu'au 29 décembre 1919. Libéré à cette date, il vient encore d'être arrêté le 1er mars pour 20 vols. A signaler en 1917 une évasion que nous discuterons en étudiant le problème médico-légal.

A. *Au point de vue intellectuel.* Il n'y a aucune anomalie des facultés par lesquelles l'homme prend connaissance des choses et comprend. Sa mémoire, son jugement sont suffisants. Ils lui ont permis d'acquérir une habileté professionnelle assez grande dans le métier de tailleur et de se rendre assez utile dans ses nombreux séjours en prison.

B. C'est dans le *domaine de l'affectivité* que résident ses anomalies. Cela est de règle chez tous les délinquants d'habitude, même chez ceux dont la capacité d'imputation n'est pas diminuée.

Le sens moral ne fait pas défaut à G. Cela résulte non seulement de ses protestations de honte pour ses méfaits — car il faut toujours suspecter la sincérité verbale des malfai-

©BIUM

teurs professionnels — mais encore et surtout de sa conduite en prison et de l'impression favorable qu'elle produisit sur tous les gardiens ou supérieurs. Ses sentiments altruistes, quand il est dehors, se manifestent par de généreux partages avec ses complices. Mais en réalité, il est misanthrope, réclamant pendant le temps de ses détentions à être laissé en cellule plutôt qu'à l'atelier, et cela non pour faire diminuer sa peine qui au contraire lui est très agréable à subir. Sa seule distraction consiste à dessiner dans la solitude de sa chambre.

Quant aux sentiments personnels, ils se distinguent par *une profonde horreur de la liberté,* ainsi que nous le démontrons plus bas en discutant le problème médico-légal de ses actes.

Au point de vue des instincts. Il est sobre, *n'a jamais été arrêté en état d'ivresse* et ne fume pas. Il n'a pour les plaisirs sexuels qu'un attrait minime et sans perversion. Pas violent, n'a jamais été condamné pour coup ou blessure.

C. Pour ce qui est de *ses réactions,* sa conduite à la prison est si exemplaire, si adaptée à la situation, si satisfaisante pour tout le monde, à commencer par lui, qu'*il semble être né pour y passer la vie.* Et cette merveilleuse tolérance de la captivité constitue par elle-même une énorme différence entre lui et les autres criminels.

Son inadaptabilité à la vie en liberté se révèle instantanément dès qu'il a franchi les murs de la prison. Sans même commencer un effort de résistance, il saute impulsivement sur le premier objet qui lui tombe sous les yeux, qui est généralement une bicyclette, qu'il vend et dont il mange l'argent dans diverses auberges, vagabonde, revole autre chose quand l'argent est épuisé, et cela jusqu'à ce qu'il soit arrêté, ce qui ne tarde pas plus de quelques semaines.

Au point de vue physique, à signaler simplement qu'il contracta la syphilis en 1913, au cours d'un de ses rapides éclairs de vie libre, ce qui ne fut pas pour le réconcilier avec la liberté.

Depuis sa 13e année, G., qui a aujourd'hui 28 ans, a subi 18 condamnations, et, soit à la Colonie pénitentiaire de Haguenau, soit dans les prisons de Luxembourg et de Strasbourg, il a passé sous les verrous environ 13 de ses 15 dernières années.

Toutes les inculpations ont le vol pour objet, jamais des actes de violence ou d'ivresse. Tantôt il s'agit d'objets enlevés à un étalage ou dérobés dans la rue ou pris dans une chambre, dont il savait le propriétaire absent, ou qu'on lui avait confiés, et qu'il vendit au lieu de les porter à destination. Mais le plus souvent, il s'agissait de bicyclettes, trouvées au coin d'une maison, qu'il enfourchait et qu'il transformait en argent, après s'en être servi comme véhicule pour

©BIUM

satisfaire son besoin de déplacement. A une de ces sorties de prison, il en aurait volé 18, à une autre 26. L'argent obtenu par la vente à vil prix de ses vols, il le dépense avec les camarades qu'il rencontre dans diverses auberges, fréquentées par d'anciens prisonniers. Sa vie pendant ces quelques semaines hors des murs de la prison est une randonnée sans trêve à travers les quartiers de Strasbourg et dans les villes environnantes, où il a des connaissances. Il vagabonde impulsivement, tantôt seul, tantôt en compagnie joyeuse, mais ne buvant pas, ne se querellant jamais, et ne trouvant jamais non plus un apaisement au besoin de changer de place et de faire autre chose. Et cette inquiétude angoissante ne prend fin que lors de la bienfaisante arrivée des gendarmes, auxquels il ne résiste jamais, car elle annonce le terme d'une vie douloureuse et l'aurore d'un bienheureux séjour en prison.

Cette passion de la détention s'explique par les anomalies affectives signalées plus haut. Elle s'éclaire par les propos suivants du sujet : C'est plus fort que moi dès que je ne me sens plus surveillé, pas enfermé, j'ai besoin de faire des bêtises. Je n'ai pas passé un seul jour en liberté sans voler. Je n'ai jamais essayé une seule fois de chercher du travail, car dehors je ne suis pas assez tranquille pour pouvoir travailler à ce métier de tailleur que j'aime et exerce pourtant très bien en prison. Je vous en supplie : *gardez-moi toute ma vie en prison, car je recommencerai toujours.* Cela n'aura jamais de fin.

La seule évasion qu'il ait tentée et réussie d'ailleurs eut lieu dans les circonstances suivantes, confirmées par des témoins dont l'aumônier. En 1917, on le força à aller travailler hors de la prison avec une équipe de prisonniers, sous la conduite de gardiens armés (1). Plusieurs fois, il avait demandé qu'on ne lui imposât pas cette tentation de fuite à laquelle il annonçait devoir ne pas pouvoir résister. Le directeur ordinaire de la maison d'arrêt, qui le connaissait de vieille date, avait toujours exaucé sa prière. Une fois pendant le congé du directeur, on l'obligea à obéir, et dès le premier jour, mettant à exécution sa promesse, il s'évadait, essuyait le feu maladroit des sentinelles, recommençait à voler et était arrêté quelques jours après.

Aujourd'hui encore, il renouvelle la même prière pour une détention perpétuelle ou pour l'envoi à Cayenne, dont il vient d'apprendre l'existence, mais dont il se fait une fausse conception. Il se le représente comme une prison isolée dans

(1) En Allemagne les prisonniers sont employés à divers travaux publics ou privés, hors de la prison, mais sous la surveillance de géoliers armés.

©BIUM

une île sans ville ni village. Quand les détenus sont sages, on leur permet de se promener dans la campagne. L'absence de toute agglomération urbaine le dispenserait de toute envie de mal faire, et l'encerclement de la mer l'empêcherait d'essayer une évasion. — Jamais y eut-il pécheur dont la conviction souhaita de plus solides garanties contre la tentation ! — Et pour obtenir cela, il s'acharne à déterrer tous les méfaits ignorés de son passé, afin de bien convaincre les juges de son incapacité à vivre ailleurs qu'entre des murs et de l'inanité de leur espoir de le corriger. Ce en quoi il a raison, car même relégué, il se mettrait à voler ses compagnons.

En résumé, l'instantanéité de la production de tous ses vols au sortir de la prison, alors qu'il posséda des pécules parfois considérables, leur multiplicité hors de proportion avec les gains qu'ils produisent (26 bicyclettes en quelques jours, sans compter les autres objets), — le rôle considérable qu'y jouent les vélocipèdes, servant de déplacement en même temps que sources lucratives, — l'absence rigoureuse de tout commencement d'une vie normale alors qu'il possède un bon métier (pas une fois il ne cherche une place, lui qui pourtant est un bon tailleur) : toutes ces particularités prouvent d'une part que la personnalité de G. n'est pas la même en dedans et en dehors de la prison, et d'autre part qu'il n'est pas un voleur comme les autres.

De travailleur docile et paisible, qu'il était loin du monde, il est pris soudain, en y rentrant, d'une inquiétude immense, qui supprime en lui toute réflexion, le rend avide de mouvement et le pousse à commettre presqu'automatiquement des actes qu'il avait depuis longtemps prévus, en les repoussant. Ces actes, il n'a jamais dépendu de sa volonté, qu'il ne soit pas resté dans l'impossibilité de les commettre puisqu'il demande la grâce de ne pas être rendu en liberté et exposé à les accomplir. Ce *voleur impénitent, mais contrit,* qui reste sobre dans ses débauches, qui déclare ne se sentir à l'aise qu'en cellule, et qui, en effet, s'y comporte d'une façon exemplaire, y travaillant avec zèle, ne ressemble que superficiellement aux autres délinquants. C'est moins un monstre qu'un infirme radicalement incapable de vivre en liberté.

Conclusion. G. est un voleur récidiviste et inintimidable. Il a volé dès son enfance, et il volera jusqu'à sa mort. Il y a donc lieu de le maintenir enfermé à perpétuité. L'inefficacité des mesures répressives a été abondamment prouvée et s'explique d'autant mieux que l'emprisonnement constitue la seule condition d'existence qu'il trouve supportable.

Ses vols et son inintimidabilité ont pour fondement une atrophie constitutionnelle des facultés les plus importantes du caractère, celles par lesquelles l'homme a la maîtrise de soi. Cette lacune énorme réalise une invalidité mentale absolument incompatible avec la vie en liberté. Livré à lui-même,

©BIUM

il perd tout contrôle sur soi, et on ne saurait d'autant moins lui demander compte des actes commis alors, qu'il est le premier à demander par la perpétuité de son emprisonnement à n'être plus mis en mesure de les commettre.

C'est sous l'influence d'une force à laquelle il lui est impossible de résister, c'est-à-dire dans un état mental assimilable à celui de la démence visé par l'article 64 du Code pénal, qu'il a exécuté les infractions dont il est inculpé, état qui se reproduit chaque fois qu'il est remis en liberté. Il doit donc être considéré comme un aliéné incurable.

Ses réactions étant dangereuses, c'est dans un asile d'aliénés criminels qu'il doit être interné jusqu'à la fin de ses jours.

Ces conclusions ont été adoptées. Depuis bientôt 2 ans, Guillaume est dans l'asile d'aliénés criminels. Sa conduite, son ardeur au travail, la façon courtoise et discrète dont il se comporte avec ses camarades sont au-dessus de tout éloge. Il a acquis un talent de dessinateur remarquable. Il a 30 ans et une bonne santé. Chaque matin, il se loue de son sort. Et c'est avec la plus sincère effusion qu'à ma dernière visite il m'a remercié, dans l'étroite cour de sa prison, qui ne lui laissera jamais voir autre chose qu'un coin de ciel, de l'heureuse destinée que je lui ai enfin procurée par cette séquestration à perpétuité.

Les deux observations ci-dessus nous offrent donc les types extrêmes de ces séquestrés volontaires par conscience de leur inadaptabilité à l'existence libre. Elles nous donnent deux exemples incontestables de « psychose de la liberté », puisque l'équilibre mental se perd dès que le sujet est livré à lui-même. Si des types aussi complets sont rares, très nombreux sont les individus s'en rapprochant par plusieurs points.

Lorsque ces mentalités lacunaires se compliquent d'un dérèglement du rythme psychomoteur, c'est-à-dire lorsque ces *constitutions déséquilibrées* sont servies par un *tempérament cyclothymique,* ce n'est que d'une façon périodique qu'ils se montrent réfractaires à la vie indépendante.

L'étude de nos deux malades permet encore de se rendre compte de la grande utilité sociale que présentèrent au cours des âges certaines institutions, dont aujourd'hui les abus sont plus évidents, car pour répondre aux besoins qu'elles satisfaisaient jadis, d'autres organismes ont été créés plus scientifiquement. On conçoit

©BIUM

aisément, en effet, que des âmes frêles comme celle de ma première malade, âmes qui habitent aussi bien un corps d'homme qu'un corps de femme, aient été portées à fuir toutes les circonstances d'indépendance, à craindre de fonder un foyer qu'il leur faudrait maintenir, à se grouper et à abriter leurs faiblesses et leurs timidités derrière un chef énergique. D'où la fondation des communautés et des couvents ouverts. Sortir dans le monde pour enseigner les ignorants, soigner les malades, travailler à n'importe quoi, leur devenait fort possible dès le moment que l'on n'a pas à s'affirmer, à se défendre, à décider, puisque cette tâche herculéenne incombe au directeur.

On comprend de même que les natures à la fois sensibles et brutales comme celle de mon second malade, natures qui elles aussi ne distinguent pas les sexes, natures dont la brutalité n'explose qu'au contact de la tentation, en les blessant elles-mêmes autant que l'entourage, soient venues spontanément enfermer leur menaçante destinée sous les verrous du monastère cloîtré, où aucun choc explosif n'est possible. Assurément, il y eut des mystiques que la passion de l'absolu avait amenés là, pour y expier sous la flagellation et la discipline d'innocentes peccadilles, magnifiées jusqu'au crime par leur exaltation religieuse. Mais il est probable que plus d'un des trappistes, dont l'histoire ou la légende raconte les forfaits antérieurs à leur réclusion volontaire, n'étaient pas mystiques du tout, et qu'ils avaient été de vrais criminels, mais des criminels irresponsables, pénitents et pitoyables comme mon malheureux voleur.

D'ailleurs, le germe même de ces mentalités morbides se voit chaque jour dans la vie courante. Ces hommes qui, tant qu'ils sont en sous-ordre, ou même tant qu'ils ont l'illusion d'être en sous-ordre, dirigent parfaitement une affaire, mais s'affolent à l'idée de rester seuls sans le paravent d'un chef purement nominal, ces excellents seconds, beaucoup plus capables que les premiers et qui refuseront toujours de changer de place avec eux, ne sont-ils pas les parents lointains de Clotilde ? Et ces hommes qui, au cours d'une vie d'honnêteté irréprocha-

©BIUM

ble, commettent un crime quelconque le jour où ils en eurent la possibilité qu'ils ne recherchaient pas, ne sont-ils pas de la famille de Guillaume ? Peut-être serait-ce se rapprocher davantage de la vérité que de suivre jusqu'au bout la suggestion de ces réflexions. Quel est l'être humain qui est sûr que jamais aucune occasion ne le fera larron ? Quel est celui de nous qui osera dire que pour lui le « ne nos inducas in tentationem » du chrétien est un non-sens !

Conclusions. Il existe donc dans les asiles d'aliénés des individus qui, volontairement, bien que ne présentant aucun trouble mental actuel, demandent à y être placés ou maintenus. Ces cas se distinguent en deux groupes : *a*) les *séquestrations utilitaires* voulues opportunément par le sujet pour échapper à la prison ou au travail (malfaiteurs ou paresseux) ; *b*) les *séquestrations volontaires*, sincèrement voulues par le sujet pour échapper aux troubles mentaux qu'il sait que son inadaptabilité à la vie libre lui réserve à la sortie.

Ces *psychoses de la liberté* sont de deux ordres : *a*) les unes à base d'asthénie et d'insuffisance d'équilibre intellectuel, se traduisant par la perturbation immédiate du jugement (état psychopathique polymorphe), et dont l'extravagance ou l'incohérence réactionnelle affiche publiquement la nature pathologique ; — *b*) les autres à base d'insuffisance de pouvoir d'inhibition, se traduisant par la coordination de toute la conduite sous la direction d'impulsions plus ou moins nocives à la société, et dont l'apparence coordonnée masque, aux yeux des observateurs incompétents, la nature morbide.

©BIUM

LA MANIE CHRONIQUE

par Franco DA ROCHA
Médecin-directeur de l'asile de Juquery
Professeur de Clinique psychiatrique de la Faculté de Saô-Paulo (Brésil)

En 1918, nous avons écrit sur la psychose maniaque dépressive un mémoire qui devait être présenté au 2e Congrès Brésilien de Psychiatrie et Neurologie de S.-Paulo ; mais le Congrès n'a pu avoir lieu, en raison de la grande épidémie de grippe qui produisit un désordre général dans tout l'Etat.

Le rapport resta donc inédit. Nous nous bornerons à en publier l'appendice où se trouvent des cas semblables à ceux de l'article que Laignel-Lavastine et J. Vinchon firent paraître sur la manie chronique (*Annales Médico-Psychologiques*, n° 3, 1921).

Durant trente ans d'observations et d'études, sur des milliers de malades, j'ai rarement observé les cas de manie chronique à l'état pur, mais le fait est qu'ils existent indiscutablement.

En passant, j'ai effleuré naturellement cette question soulevée par Specht (de Erlangen) sur la confusion possible de la paranoïa avec la psychose maniaque dépressive, du type mitigé ou hypomaniaque.

Le syndrome mélancolique peut se présenter, ainsi que nous l'avons déjà exposé, comme un épisode isolé qui disparaît pour ne plus revenir, quoique cela soit un fait très rare. Il peut disparaître pour revenir de temps en temps : c'est la mélancolie intermittente. Il y a des cas cependant où la mélancolie ne disparaît plus, mais reste stationnaire jusqu'à la fin de la vie du patient ; c'est ce que l'on peut appeler la mélancolie chronique, qui a son équivalent dans la manie chronique.

Ainsi, nous avons un malade, A. Sov., qui, depuis 20 ans, se promène tristement et lentement dans la cour de l'Hospice, tantôt résigné, calme, en apparence,

©BIUM

tantôt soupirant ou gémissant, toujours avec les mêmes idées de ruine, de malheur irrémédiable, exprimées dans ces paroles :

« Qu'adviendra-t-il de moi, Monsieur le Docteur ? Quelle fin aura cela ? Cela aura-t-il une fin ? Quoi ! Sera-ce pour toute l'éternité !... Il n'y a pas de salut possible, n'est-ce pas ? Où irai-je ? Déjà je n'ai plus aucune espérance... Qu'est-ce que je fais dans ce monde? »

Il a tenté de se suicider plusieurs fois, dès le commencement du mal ; aujourd'hui il est plus habitué à la souffrance. C'est un homme éduqué qui ne montre pas encore de démence ; dans les moments calmes, il cause et montre qu'il n'est pas intellectuellement dégradé. Nous avons pu seulement constater une légère faiblesse mentale, mais pas de démence proprement dite. Ce patient n'a jamais présenté le syndrome manie, même pas momentanément.

Dans la psychose maniaque-dépressive, même avec la prédominance notable du syndrome manie, apparaît toujours la dépression psychique, quoique ce ne soit que pour peu de temps, un jour à peine. Dans les observations, que nous avons l'habitude de dénommer mélancolie, au contraire, l'excitation maniaque peut ne pas apparaître ni un jour ni un moment. Nous avons ainsi beaucoup d'observations.

S'agit-il des cas de mélancolie de la période d'involution, séparée par Kräpelin de la psychose maniaque dépressive ? Le malade dont nous parlons dans les précédentes lignes ressemble évidemment à ceux qui ont motivé une telle séparation, vu que la maladie a commencée à l'âge de 50 ans, et peut-être, par conséquent, s'agit-il d'une affection présénile. Kräpelin a fait cette distinction, quand il vit l'impossibilité de ranger de tels cas dans la psychose manie-dépressive, puisque du syndrome manie, pas la moindre apparence n'existait. Dans la VII[e] édition de son livre, il soutenait encore la séparation ; j'ai vu qu'il a changé d'idées dans la VIII[e], car, en matière de sincérité et de franchise, nul ne le dépasse.

Il y a des auteurs qui ont fait rentrer ces malades dans

©BIUM

le cadre de la psychose manie-dépressive, et Kräpelin lui-même cite, à ce propos, l'opinion de Thalbitzer, qui n'éprouve pas le moindre embarras à réunir le tout en un seul chapitre.

Les cas de mélancolie chez les jeunes gens sont rangés par Kräpelin dans la psychose manie-dépressive. Nous avons observé, cependant, chez les jeunes gens, la mélancolie anxieuse, sans vestige de manie, en un seul épisode, avec presque toutes les caractéristiques qui d'habitude apparaissent dans la mélancolie présénile. Nous avons plusieurs observations égales : nous en citons seulement une parce que la patiente, depuis 18 ans, se conserve en parfait état mental. Nous désignons ces cas-là sous le nom de mélancolie anxieuse, tout simplement.

Une observation, entre autres, qui est typique comme mélancolie d'involution selon la conception de Kräpelin, vient nous démontrer que même chez un vieillard cette affection peut prendre le type périodique, intermittent.

A l'époque présénile de 55 à 65 ans, le type le plus fréquent de mélancolie est celui décrit par Kräpelin, dans lequel prédomine le délire hypochondriaque, avec idées de péché, d'humiliation et parfois idées de persécution, toujours sous des couleurs anxieuses. Nous acceptons pour le moment son inclusion dans ce chapitre et nous continuerons à lui donner le nom de mélancolie anxieuse.

Le syndrome manie peut, de son côté, très exceptionnellement, se maintenir pendant vingt ans, en conservant tous les caractères primitifs, avec seulement des moments de dépression, qui peuvent même passer inaperçus, de manière à donner au patient l'apparence d'un maniaque perpétuel.

Nous avons observé une malade qui remplit ces conditions :

Marciana, de plus de 60 ans, mariée, de race noire, brésilienne, mais avec les caractéristiques ethniques de la race africaine, a été recueillie à l'hospice en 1896. Il y a

©BIUM

21 ans qu'elle se trouve dans le même état hypomaniaque sans rémissions, à moins que cela ne soit dans les périodes naturelles du sommeil, si cela peut se nommer rémission. Dans les premiers temps elle était bruyante même la nuit : aujourd'hui l'excitation hypomaniaque paraît être un état de vie qui lui est normal. C'est une créature rustre, d'une faible activité mentale, mais il suffit de causer avec elle pour voir qu'il ne s'est pas fait une grande altération dans sa faible intelligence. Déjà elle est vieille mais chante encore la nuit, et lance de bons éclats de rire, parle, danse, et rit ; creuse la cour du pavillon pour faire des pipes et autres objets d'argile ; vit en continuelles disputes avec les infirmières et avec les autres malades, soit à cause des aliments, soit des vêtements ; est plus souvent de mauvaise humeur qu'en état de gaieté.

Elle conserve la mémoire des personnes, des choses et du lieu où elle résidait ; elle a de la vivacité dans les réponses et est agile dans ses mouvements bien qu'elle soit âgée de plus de 60 ans. Ce n'est pas une démente. C'est un cas de manie chronique des aliénistes du siècle passé.

Nous ne prétendons pas faire de ce travail un musée de choses rares, mais les cas exceptionnels méritent d'être enregistrés.

A titre de curiosité, nous donnons ci-dessous une observation de mélancolie anxieuse, très intéressante, surtout en raison de la terminaison brusque de l'état morbide.

Voici l'observation :

Chi. A. âgée de 30 ans, se trouvait en traitement, sous notre observation, à l'hospice de Juquery, en 1904. C'était une mélancolique anxieuse, gémissante et sanglotante, circulant désespérément au milieu des autres malades, auxquelles certainement étaient indifférents les larmes et les soupirs de la malheureuse. Une de ses compagnes de malheur, pourtant, ne pouvant supporter ses lamentations, en devint furieuse, s'approcha de la malade et par surprise lui porta un formidable coup de tête à l'épigastre (à la bouche de l'estomac comme disent nos paysans), ce qui la projeta à terre dans un état de syncope. Elle fut secourue de suite par le médecin, mais malgré cela resta plusieurs heures évanouie dans un état très grave.

©BIUM

Le jour suivant la patiente put se lever et se montra complètement guérie de son affection mentale.

Nous avons toujours entendu dire que l'empirisme est une bonne source de thérapeutique ; nous ne conseillons pas, pourtant, ce traitement extraordinaire, à moins que quelqu'un n'arrive à présenter une étude sur le dosage du remède et ses contre-indications.

Un miligramètre en plus dans la force du coup de tête pouvait envoyer la patiente dans l'autre monde.

L'expérience de Goltz pratiquée par cette folle sur sa compagne, fut par hasard si bien dosée qu'au lieu de la tuer, elle en fut guérie.

Quel a été dans ce cas le mécanisme de sa guérison ?

Nous avons de bonnes raisons de croire que le syndrome mélancolie anxieuse a comme antécédent immédiat une perturbation circulatoire du cerveau, probablement une ischémie. S'il en est ainsi, le choc sur l'estomac de la patiente, bien que l'ayant mené aux portes de la mort, a provoqué une action bienfaisante des centres nerveux, réaction qui a rétabli la circulation normale du cerveau.

Il n'est pas possible d'aller plus loin que cette hypothèse, sans risquer de faire du roman.

Cette intéressante observation reste cataloguée ; elle servira peut-être au savant qui, plus tard, voudra écrire un nouvel article de thérapeutique : La *Traumathérapie* comme complément de la sismothérapie et de la massothérapie.

Chez les hystériques, la disparition de certains syndromes, sous l'action d'un traumatisme, n'est pas une nouveauté ; mais l'apparition de syndromes de l'hystérie, par l'effet des traumatismes, est d'autre part fréquente.

Observation. — L. B., colombien, de race blanche, âgé de 40 ans, célibataire, se trouve à l'hospice depuis huit ans ; il fut arrêté comme étant un dangereux agitateur populaire. Il est sans profession ; il est socialiste anarchiste et, à temps perdu... journaliste. Il y a plus de six ans que nous l'observons toujours en état hypomaniaque ; jamais nous

©BIUM

ne l'avons vu déprimé, même un jour. Intelligent, toujours animé, bavard, il a la parole facile, spontanée, c'est un orateur-né. Mettant ces avantages extérieurs au service d'idées subversives, il ne pouvait être qu'un homme dangereux au milieu d'une populace ignorante, ingénue, qui se laisserait facilement enthousiasmer par sa parole brillante et sa verbosité baroque. Il conserve intacte la forme logique extérieure du raisonnement. Imagination exaltée, il conçoit des idées et projets politiques, scientifiques et littéraires sans tomber jamais dans la fuite des idées ou dans quelque autre désordre associatif. Les idées ne sortent jamais de la sphère du possible ; la conversation est piquante, ironique et, parfois, spirituelle ; son état d'humeur euphorique est continu ; rares sont les moments où il se laisse entraîner par la colère, mais même ainsi il ne tombe jamais dans la confusion des idées : il est cohérent et logique. Il n'a ni allusions, ni hallucinations. Son attention est normale et même très éveillée. Sa mémoire est phénoménale : c'est le symptôme saillant de sa morbidité mentale. Il lit tout ce qui lui tombe sous la main et se rappelle tout ce qu'il lit avec une étonnante fidélité. Sa faculté de retenir et sa mémoire d'évocation sont prodigieuses. Tout se mêle dans sa tête : politique, science et art. Il suffit de toucher la question par une parole, c'est comme si l'on tirait par un bout le fil d'une bobine. Il peut parler plusieurs heures de suite, ne se fatigue jamais, preuve que l'on se trouve devant un état de pur automatisme idéatif. Quand il dispose de papier, de plume et d'encre, il écrit comme il parle des heures entières : il écrit des vers, il écrit des articles toujours avec la même fécondité inépuisable.

C'est un cas typique et pur de manie mitigée ou hypomanie. Qu'il soit un dégénéré, cela ne fait aucun doute ; un cerveau qui se serait développé normalement, n'aurait jamais présenté cette forme de folie.

Pour prouver la lucidité et la vivacité de son esprit, malgré son excitation continue (ou même en conséquence de cela), nous allons reproduire ici un de ses articles — sur Alfonso Arinos — écrit à l'occasion de la mort de ce grand brésilien. Nous conservons les lignes pointillées de l'original.

« ALFONSO ARINOS »

« De cerveau puissant, semblable à son physique — *mens in corpore* — Alphonse Arinos fut un écrivain gé-

©BIUM

nialement énergique, qui a peint le caractère du caboclo brésilien avec un pinceau de maître et qui pour cela même se survivra. »

Son style clair et facile montre et conserve l'esprit raffiné d'un auteur qui aspire à s'élever jusqu'aux cîmes de la notoriété littéraire fermement cimentée à la base par l'honnêteté.

« *Pelos Sertoes* », son premier livre est frère jumeau de celui que, presque avec le même titre, a produit la puissante intelligence d'Euclydes da Cunha.

.....

Arinos a possédé une facilité de parole que peu possèderont : son désintéressement et son amour pour la Patrie préférée qui le place au-dessus de toute haine, le glorifie aux yeux de ses compatriotes. Pour les esprits profanes cette seule qualité vaut plus que tout. Et c'est pour cela que celui qui écrit ces lignes lui dédie cette strophe d'admiration et de justice .....

.....

..... Les amis de Arinos ont laissé inédite la plus grande partie de ses travaux .....

Quelqu'un a dit que son « Contractador de diamantes », non publié, est, peut-être, la plus grande œuvre théâtrale de la dramaturgie brésilienne .....

Ce serait une injustice de laisser dans l'obscurité de semblables travaux, il faut espérer que l'action efficace et prompte de ses contemporains mettra en lumière ce que cet esprit sagace et compétent a buriné pour le lustre des belles lettres .....

.....

.....

.....

.....En attendant, que ces lignes soient un tribut à sa mémoire. »

Tout ce qu'il dit dans ces lignes ci-dessus sont des choses lues dans différents journaux. Sa mémoire lui a facilité la réunion des périodes qui l'ont le plus impressionné ; quand la mémoire lui manquait, il remplissait la ligne avec des points.

Cette observation est assez curieuse à un autre point de vue : Nous hésitions à la faire figurer dans ce chapitre ; elle pouvait figurer sous le titre *Paranoïa.*

©BIUM

En réalité, L. B. est un paranoïaque, avec délire de revendication. Mais c'est aussi un exalté, hypomaniaque. C'est ici la raison d'être de la doctrine de Specht qui place les revendicateurs ou quérulants, sous la désignation de psychose manie-dépressive.

Si nous examinons les autres observations de ce chapitre, notre attention sera frappée par la ressemblance de la paranoïa du type quérulant avec les cas mitigés de psychose manie-dépressive. Voyez l'observation de la vieille négresse Marciana. Celle-là ne peut pas être querelleuse comme L. B. parce que c'est une négresse rustre et tous les aliénistes savent bien que le fond mental, à quelque point de vue que ce soit, a une grande importance dans le développement et le contenu des délires. Ces réserves faites, la négresse Marciana est une disputeuse *sui generis*. Les disputes journalières sur la nourriture et le linge, les plaintes continues sur tout prétexte ; la manière hautaine de traiter les autres malades ; tout ceci lui donne un cachet particulier de folie raisonnante malgré la pauvreté. Elle ne peut parler sur le socialisme et les droits lésés, simplement parce qu'elle ignore ces choses. Mais en réalité son caractère est identique à celui de L. B. Si elle avait l'intelligence et l'instruction développées, elle aurait été peut-être anarchiste, journaliste, libre penseuse..., etc.

Si nous voulons nous aventurer un peu plus pour donner raison à Specht, nous rencontrerons dans la psychiatrie des observations curieuses de paranoïaques déprimés. Prenons le livre de Ramos Meijia — *Las Neurosis de los Hombres Célebres* en la Historia Argentina — et ici nous rencontrerons un chapitre — LA MÉLANCOLIE DE FRANCIA — qui est une observation complète, magistrale, du paranoïaque que fut le tyran du Paraguay.

Au temps où R. Meijia écrivit ce très beau travail de psychologie appliquée, l'étude de la paranoïa était à peine ébauchée. Aujourd'hui Meijia lui-même, s'il était vivant, donnerait le titre qui actuellement revient à ce beau chapitre de son œuvre.

©BIUM

L'étude du caractère du dictateur Francia commence depuis sa vie de collégien et même auparavant, vu qu'elle commence avec l'étude du propre père de Francia, mameluc pauliste, aventurier, qui eut le malheur d'avoir été souffleté par son propre fils.

R. Meijia était un très habile psychiatre ; s'il a classifié Francia comme mélancolique, c'est parce que chez lui dominait l'état cénesthésique déprimé, au contraire de ce qui s'observe en L. B. Qu'il soit question d'un paranoïaque, c'est un fait hors de doute. Il n'y a qu'à lire un morceau de ce chapitre et la conviction viendra d'elle-même :

« C'étaient des symptômes évidents de ce délire de la persécution, un peu vague dont souffrent ce genre de mélancoliques, qui les assaille, les remplit de frayeurs et d'angoisses que rien ne justifie. Lui-même fermait les portes, inspectait avec grands soins son habitation et ses meubles. Il écoutait des rumeurs que la solitude et le silence de la nuit rendaient effrayants ; il appliquait son oreille au trou de la serrure, il regardait sous son lit, derrière les habits qui étaient dans l'armoire, ensuite il se couchait pour combattre l'insomnie que l'âge et la panaphobie dépressive et douloureuse lui produisaient avec quelques intermittences consolatrices sans perturbations.

« Dans les derniers temps, certaines impulsions dangereuses n'ont pas tardé à se manifester et le rendirent si terrible qu'il n'était plus possible même de le regarder. Ne sachant pas cela, une pauvre femme qui avait besoin de lui parler, en montant, pour ça, jusqu'à la fenêtre de sa chambre, fut emprisonnée pour *cet acte si suspect.* On fit rechercher son mari, ignorant de tout ce qui venait d'arriver, mais « *probablement impliqué dans cet infame complot* » et il fut enfermé avec elle pour un temps indéterminé.

« Pour éviter un acte si outrageant pour sa propre dignité et qui par-dessus tout « paraissait avoir des intentions malfaisantes et mystérieuses », il ordonna qu'à l'avenir, toute personne qui viendrait « regarder son palais », serait fusillée sur place. »

« — Tiens, dit-il à la sentinelle, voilà une balle pour le premier coup, et voici une autre, c'est pour le second,

©BIUM

en cas que tu manques le premier ; mais si tu manques le second, tu peux être certain que le troisième coup sera pour toi, et je suis sûr de ne pas le manquer. »

« La puissance de sa mémoire avait été célèbre parmi ses condisciples, au point qu'il était cité comme un prodige. C'était, selon ce qu'on affirme, un des plus beaux exemples de ces *mémoriones* de collège, semblables à une éponge qui absorbe et qui retient tout ce qui se présente, sans rien digérer. »

Tous ces faits furent recueillis et suffisent pour prouver que le tyran Paraguayen fut un paranoïque. Il est mort à quatre-vingt-dix ans ; ce ne fut qu'à la fin de sa vie que la décadence mentale est survenue. Cela ne pouvait être un autre genre de folie. Toute la monographie de Meijia le prouve surabondament.

Ce n'était pas un mélancolique. C'était un paranoïaque.

Nous avons fait cette légère digression pour montrer qu'il y a des paranoïaques avec le type déprimé et il y en a également avec le type hypomaniaque. C'est pourquoi nous ne trouvons pas déraisonnable l'idée de *Specht*. Nous disons qu'elle peut se soutenir, mais nous ne voulons pas dire que nous l'acceptons. Nous préférons considérer ces deux cas comme la coexistence des deux psychoses avec prédominance de l'une sur l'autre, selon la prédisposition individuelle. Retrancher la paranoïa de la classification nosographique en faveur de la psychose maniaque dépressive est ce qui nous paraît entièrement inadmissible.

C'est la thèse soutenue par Masselon dans un article sur les psychoses associées. Cet aliéniste a cherché à démontrer l'existence de divers tempéraments psychopatiques qui peuvent se trouver réunis dans un même individu, d'où résulterait, selon la prédominance de tempérament, ici le paranoïaque avec excitation et dépression périodique, là le maniaque-dépressif avec le délire interprétatif périodique.

Cette question se relie intimement à celles des paranoïas secondaires, en honneur en Allemagne et ensuite en Italie, mais il ne nous paraît pas opportun de traiter ici cette question qui exigerait beaucoup de temps et d'espace.

©BIUM

La conception primitive de Specht fut sévèrement critiquée par quelques aliénistes. Kräpelin la repousse, et catalogue ces cas dans la psychose manie-dépressive. Wilmans remarque que l'erreur de Specht résulte d'un défaut d'examen sérieux des éléments psychologiques et de l'évolution qui séparent ces deux entités morbides. Löwy considère que ces cas de paranoïa compliqués de perturbations émotives n'ont des maniaques que l'apparence.

Esposito fut le plus sévère parmi ceux qui ont critiqué Specht : « La conception de Specht, dit-il, ne repose sur aucune solide base clinique ; elle est établie sur certaines similitudes partielles et superficielles ; il méprise les connexions des symptômes, l'évolution, le pronostic, et détourne l'interprétation des faits. Les quérulants et les autres paranoïaques avec délire expansif ne sont pas des maniaques ; les persécutés ne sont pas des mélancoliques ni des malades en état mixte. Il est certain que, périodiquement, les maniaques et les mélancoliques peuvent présenter un délire d'apparence paranoïaque, mais il existe des signes cliniques qui permettent la distinction. Ces deux psychoses doivent rester séparées et distinctes. »

L'article d'Esposito se trouve inséré dans un excellent travail de R. Bessière, inspiré par son père, directeur de l'hospice d'aliénés d'Evreux, et présenté comme thèse de doctorat en 1913, sous le titre *Paranoïa et Psychose Périodique.*

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 NOVEMBRE 1921

Présidence de M. PACTET, Président

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

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'octobre.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Naudascher qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;

une lettre de M. le Dr Pierre Kahn qui pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société (Commission : MM. Briand, Deny et René Charpentier, rapporteur) ;

une lettre de M. le Dr W. Hœdemakers, de Bruxelles, qui demande à être admis au nombre des membres associés étrangers. (Commission : MM. René Charpentier, Colin, Fillassier, rapporteur).

M. LE PRÉSIDENT propose de déclarer vacantes deux places de membre titulaire. La Commission d'examen des candidatures sera nommée à la séance de décembre et déposera son rapport à la séance de janvier, date à laquelle auront lieu les élections. (Adopté).

M. René CHARPENTIER expose qu'il avait été chargé par M. le Prof. Maïer (de Zurich), président de la Société Suisse de Psychiatrie, et au nom de cette Société, d'inviter les aliénistes français à participer à la réunion annuelle de cette Société, à Berne, les 26 et 27 novembre. En l'absence de séance de la Société depuis la réception de cette invitation, M. René Charpentier n'a pu que la transmettre au bureau de la Société Médico-Psychologique.

©BIUM

Rapport de Candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, Dans votre dernière séance, vous avez nommé une commission composée de MM. Colin, Truelle et René Charpentier, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Docteur Molin de Teyssieu (de Bordeaux) qui demande à faire partie de notre Société en qualité de membre correspondant.

Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux, ancien Interne de l'Asile de Château-Picon, Médecin-Expert près la Cour d'Appel et les Centres Militaires de réforme de Bordeaux, le Dr Molin de Teyssieu a soutenu, en 1911, sous l'inspiration de M. Anglade, une thèse très remarquée sur la « Manie présénile ». Il a fait depuis dans diverses Sociétés scientifiques et ici-même une série de communications sur des sujets d'anatomie et physiologie, médecine générale, neurologie, psychiatrie, et médecine légale. Il me suffira de vous rappeler la curieuse observation de brusque retour des souvenirs dans une amnésie rétrograde qui souleva ici une intéressante discussion.

Pendant la guerre, tantôt affecté à des régiments d'infanterie, tantôt médecin du Centre de psychiatrie de la 18e Région, ou du Centre de Neurologie de la 2e Armée, le Dr Molin de Teyssieu fut trois fois cité à l'ordre du jour et nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

A l'unanimité, votre Commission vous propose de l'élire membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

Election. — Nombre de votants : 22.

M. le Dr Molin de Teyssieu ayant obtenu 22 voix est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

©BIUM

Traitement des états mélancoliques par le cacodylate de soude à hautes doses

Par M. ROGUES DE FURSAC,
Médecin-chef de l'asile de Maison-Blanche

et M. ABÉLY (Xavier),
Médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne

En 1919, le Dr Marchal, dans sa thèse et dans une série d'articles, faisait connaître le résultat de ses « essais sur les hautes doses de cacodylate de soude en thérapeutique ». Il avait appliqué ce traitement à la syphilis, à la lèpre, au paludisme. Ses conclusions étaient les suivantes : « De toutes nos observations un fait se dégage nettement, c'est que le cacodylate de soude peut être employé à des doses infiniment supérieures à celles qui sont communément admises. Si l'on n'a pas tiré jusqu'ici de la médication cacodylique tous les résultats qu'on était en droit d'espérer, c'est parce qu'à notre avis on a été beaucoup trop timide et que les doses employées ont été trop faibles. » Il ajoutait : « Tous nos malades traités par notre méthode ont eu une sensation d'euphorie très nette, un appétit formidable, des selles normales et faciles, une merveilleuse digestion, un sommeil parfait et une augmentation de poids de 200 gr. à 2 kilos en 1 mois. »

Il nous a paru intéressant de tenter l'application de cette méthode nouvelle au traitement des maladies mentales. Nous avons choisi le terrain le plus favorable à de telles expériences : le syndrome mélancolique. Quelle que soit l'opinion pathogénique que l'on ait du syndrome mélancolique, tout le monde admet qu'il comporte un ralentissement de la nutrition générale et cérébrale. Or les arsénicaux sont, par excellence, les stimulants de la nutrition. Certes, le cacodylate a été depuis longtemps employé dans les états dépressifs ; mais les doses utilisées étaient aussi discrètes que les résultats obtenus décevants. Il était donc nécessaire de

©BIUM

savoir si la timidité des thérapeutes était la seule cause de ces échecs. C'est bien ce que nos expériences paraissent confirmer.

Nous avons employé la technique suivante : Marchal injecte le cacodylate par voie intraveineuse ; il va jusqu'aux doses de 5 et 6 grammes par jour, « sans inconvénients et sans réactions appréciables de l'organisme ». Nous opérons par injection sous-cutanée pratiquée au niveau de la cuisse. Cette injection n'est nullement douloureuse. Nous n'avons pas dépassé la dose de 2 grammes. A cette dose, nous n'avons jamais eu le moindre incident, le moindre signe d'intoxication arsénicale : pas de nausées, pas de sueurs, pas de salivation, pas d'albumine, pas même de goût alliacé. Une seule fois, un sujet a été atteint de diarrhée, qui pouvait être due à d'autres causes. Toutefois notre expérience nous a permis de remarquer que l'effet favorable n'augmente pas dans la même proportion que la dose médicamenteuse. Il existe, croyons-nous, une dose optima, qui est aux environs de 1 gramme. Nous injectons d'ordinaire 0 gr. 80 à 1 gr. par jour (1). Il est préférable, et d'ailleurs sans danger, de commencer par des quantités assez élevées de cacodylate. Nous débutons par une injection de 0 gr. 50 et dès le troisième jour nous atteignons la dose maxima. Nous procédons par séries de 12 injections. Il y a intérêt, pour la commodité du traitement, de faire préparer des ampoules de 0 gr. 20, 0 gr. 40 et 0 gr. 50. Le résultat n'est pas appréciable, en général, dès les premières injections ; il se manifeste le plus souvent vers la fin de la première série. Nous suspendons ensuite le traitement pendant huit jours ; puis nous reprenons une nouvelle série. Trois série sont généralement suffisantes ; sinon, l'efficacité ultérieure du médicament devient douteuse. Dans la majorité des cas, nous avons tenu à n'employer, exclusivement, comme thérapeutique, que des injections de cacodylate. On pourrait évidemment utiliser

(1) A titre d'indication nous ferons remarquer que le cacodylate contenant 41 0/0 d'arsenic, nous injectons donc journellement 0 gr. 40 d'arsenic.

©BIUM

simultanément toute autre médication. Chez quelques sujets cependant nous avons associé à ce traitement des injections de sulfate de strychnine à fortes doses. Nous avons pu constater que cette association est parfaitement tolérée, les toxicités des deux médicaments ne s'additionnant nullement, et qu'elle constitue une thérapeutique d'une grande efficacité. Cependant un choix judicieux des cas à traiter est alors nécessaire ; car si la strychnine à hautes doses exerce une influence favorable sur les états dépressifs, conformément aux conclusions récentes du Dr Hartenberg, en revanche elle nous a paru avoir une influence fâcheuse sur les états anxieux et certains états dégénératifs, pouvant déterminer l'apparition d'idées délirantes et même de crises épileptiformes.

Nous avons traité par la méthode des injections de cacodylate de soude à haute dose, selon la technique que nous venons d'indiquer, plus de vingt cas de syndromes mélancoliques typiques pouvant être rangés sous les dénominations de mélancolie affective, dépression mélancolique, phase dépressive de la psychose intermittente. Nos résultats ont été inégaux, mais dans la majorité de nos observations, nous avons obtenu des améliorations nettes ; et souvent des guérisons, après un court séjour à l'asile. Les résultats heureux ont été de deux sortes : physiques et psychiques.

Au point de vue physique, le succès a été constant : nous avons vu l'amaigrissement disparaître, le poids augmenter, les traits devenir moins tirés, le visage moins blafard. Une des plus favorables conséquences du traitement est son action sur l'anorexie. Le coup de fouet donné à la nutrition est tel que le sujet ne peut plus résister aux appels impérieux de son appétit. Plusieurs de nos malades, qu'on avait dû jusque-là nourrir à la sonde, se sont alimentés spontanément, dès la première série d'injections. C'est certainement là un procédé efficace pour vaincre le refus d'aliments, du moins dans la mélancolie. Les fonctions digestives ont repris un fonctionnement régulier, la constipation a disparu. Le sommeil enfin est devenu plus calme et plus prolongé.

©BIUM

Au point de vue mental, si les résultats ont été moins constants, ils n'en sont pas moins fort encourageants : l'inhibition psychomotrice diminue progressivement d'intensité en même temps que s'améliore l'état physique.

L'anxiété s'atténue ; nous l'avons vue assez souvent traverser tout d'abord une phase passagère d'exaltation, comme si l'amélioration motrice donnait un regain de vigueur à la réaction anxieuse. Un des symptômes les plus heureusement modifiés nous a paru être ce sentiment si pénible de situation irrémédiable, ou de mort prochaine, plus intimement lié sans doute à l'état cœnesthésique. Lorsque le délire est associé à la mélancolie, la croyance en la réalité des idées délirantes s'estompe par intervalles. Il y a en somme des heures de plus en plus prolongées, de doute intellectuel et affectif. Un autre symptôme sur lequel le traitement paraît agir d'une façon élective est le mutisme ; dans nombre de cas, même là où toute autre amélioration mentale fut médiocre, des malades, jusque-là muets, se sont décidés à parler.

Il est toujours délicat d'affirmer que la guérison est bien due à telle thérapeutique, dans une psychose où l'on peut observer, notamment dans les formes intermittentes, une évolution favorable, ou même une terminaison brusque, purement spontanée. Aussi ne citerons-nous que sous réserve une observation dans laquelle, après plusieurs séries d'injections sans succès, est survenu, au bout de deux mois, une guérison presque subite ; il s'agissait pourtant d'un premier accès, dont la terminaison est rarement aussi rapide. Cependant deux arguments nous paraissent démonstratifs de l'efficacité de cette thérapeutique : Dans tous les cas favorables, le parallélisme entre l'atténuation des symptômes psychiques et les progrès du traitement était tellement étroit qu'il paraît difficile de ne pas admettre entre les deux une relation de cause à effet. Dans ces mêmes cas, nous avons obtenu la guérison au bout d'un séjour à l'asile de un mois et demi à deux mois et demi, c'est-à-dire en un temps plus court qu'il n'est habituel de l'observer. Il serait bien extraordi-

©BIUM

naire que, sur le nombre des accès traités, pris au hasard des entrées, nous ayons eu toujours à faire à des accès destinés à une guérison spontanée si rapide. Le cacodylate paraît donc bien avoir eu une influence favorable sur l'évolution de ces accès.

Dans deux cas enfin de psychose intermittente, où des accès dépressifs antérieurs avaient exigé un séjour à l'asile de six mois et 8 mois, la réduction de la nouvelle phase morbide semble certaine.

⁂

Nos résultats, au point de vue du moins de l'amélioration psychique ont été, disions-nous, inégaux. Nous avons donc été amenés à rechercher la raison de nos insuccès et à délimiter le domaine d'influence de cette méthode thérapeutique.

Nous sommes arrivés ainsi à élaborer, en quelque sorte, la logique de nos échecs :

Tous nos résultats favorables ont été obtenus chez des malades jeunes, de 20 à 40 ans en moyenne, et chez des malades qui présentaient un accès isolé ou qui avaient eu peu d'accès antérieurs. C'est là le terrain de choix.

En revanche, chez des sujets plus âgés, ou ayant eu déjà de nombreux accès, les améliorations obtenues étaient médiocres. La mélancolie, même la plus typique, est de plus en plus considérée comme un syndrome pouvant entrer dans les états psychopathiques les plus divers ; d'où la diversité fatale des résultats thérapeutiques. En particulier, toute mélancolie évoluant sur un fond de lésions fixées, irrémédiables, n'est évidemment que très partiellement accessible à tout traitement. Nos échecs auraient donc pu être prévus *a priori*. Toutefois une conséquence intéressante en découle : En effet, cette méthode thérapeutique peut se transformer en une méthode diagnostique et pronostique, sous forme de traitement d'épreuve. Si l'on veut bien l'essayer systématiquement dans tous les cas, on obtient les deux alternatives suivantes : 1° l'état psy-

©BIUM

chique et l'état physique s'améliorent parallèlement ; le pronostic est bon ; 2° l'état physique s'améliore seul (c'est là un fait à peu près constant), mais l'état mental reste stationnaire ; on peut alors conclure à une lésion chronique sous-jacente plus ou moins discrète : état constitutionnel, affaiblissement intellectuel, involution sénile ; ou à une évolution franche vers la mélancolie chronique. C'est ce que nous a montré l'observation de tous les malades que nous avons traités et suivis.

En dehors des cas de mélancolie classique précédents, nous avons appliqué la méthode du cacodylate à haute dose, à des états dépressifs variés, notamment à des états purement symptomatiques, tels ceux de la paralysie générale et de la démence précoce. Nous avons amélioré l'état physique. Quant à l'état mental, il serait imprudent de mettre sur le compte de la médication plutôt que sur celui plus probable de la mobilité affective et réactionnelle de ces malades les quelques transformations observées.

En revanche, chez des psychasthéniques, nous avons obtenu de réels succès ; mais le peu de cas traités est insuffisant pour fournir une opinion autorisée.

Nous avons porté toute notre expérimentation sur la mélancolie. Certainement cette thérapeutique peut s'appliquer à d'autres formes psychopathiques et plus particulièrement, croyons-nous, à la confusion mentale. Nous avons fait quelques essais dans ce sens et constaté de bons résultats ; mais le nombre de nos expérimentations n'est pas assez grand pour nous permettre de conclure.

⁂

En somme, de notre expérience, encore fort relative, du traitement cacodylique à hautes doses, nous pouvons tirer la conclusion suivante : cette méthode ouvre une voie nouvelle, qu'il y a lieu d'explorer plus avant, vers la guérison des états mélancoliques et peut-être d'autres états psychopathiques, contre lesquels notre action est encore bien modeste ; et, s'attaquant à l'es-

©BIUM

sence même du mal, c'est-à-dire à l'état cœnesthésique général et cérébral, mérite mieux encore sans doute que l'épithète de symptomatique.

Observation 1. — Mme S., 33 ans. Pas d'accès antérieurs. Caractère ordinairement soucieux. Dépression à la suite d'opération d'un enfant. Tentative de suicide. A son entrée, état de stupeur, immobilité, mutisme, refus d'aliments.

1re série d'injections : mange spontanément, donne quelques réponses monosyllabiques à voix basse ; persistance de la passivité.

2e série d'injections : parle ; se dit indigne de revoir son mari et ses enfants qu'elle a abandonnés ; refuse d'écrire ; légère anxiété, pleurs, soupirs.

3e série d'injections : amélioration progressive assez rapide ; pleurs en lisant les lettres de sa famille ; consent à répondre. Exécute de petits travaux ; joue un morceau de musique au piano. Intervalles de pleurs.

Guérison complète au bout de 67 jours et sortie.

Très intelligente ; s'analyse parfaitement ; nous fait part de ses impressions : « Je sentais en moi une sensation irrémédiable de mort prochaine... Je comprenais les questions, mais je ne pouvais pas y répondre, et j'étais persuadée de l'inutilité de cette réponse... J'étais comme perdue au fond d'un bois, loin du monde, sans pouvoir bouger. Je me suis sentie renaître peu à peu à l'espoir de vivre, à l'amour des miens. Je sentais mes forces augmenter de jour en jour. »

Depuis 1 an la guérison s'est maintenue.

Observation 2. — M. J., 35 ans. Pas d'accès antérieur. Difficultés domestiques. Tentative de suicide par asphyxie. S'accuse de quelques menus larcins commis pendant la guerre ; anxiété considérable ; s'attend à chaque instant à être arrêté et guillotiné. Sommets douteux. Tuberculose probable. Amaigrissement considérable.

2 séries d'injections : amélioration physique et psychique complète ; sortie au bout de 39 jours. Guérison maintenue depuis huit mois, malgré un deuil récent.

Observation 3. — Mlle L., 22 ans. Pas d'accès antérieur. Tentative de suicide. Très religieuse, scrupuleuse, s'accuse de n'avoir pas exécuté sa promesse de se faire sœur de charité et de se rendre à Lourdes. Croit qu'on lui reproche de n'être plus vierge. Craintes de damnation. Soupirs ; gémissements ; refus d'aliments.

©BIUM

2 séries d'injections : s'alimente parfaitement ; augmente de poids ; les idées délirantes disparaissent. Sortie au bout de 43 jours.

Observation 4. — M. R., 37 ans. Pas d'accès antérieur. Très frappé par le suicide d'un ami. Dépression, mutisme, anxiété, refus d'aliments.

1re série d'injections : accepte de s'alimenter seul.

2e série d'injections : moins déprimé ; parle ; se reproche des fautes insignifiantes ; est indigne de paraître dans le monde ; quelques idées hypochondriaques ; idées de suicide.

3e série d'injections : amélioration progressive ; écrit à sa femme : « Je me recommande à vos prières pour ma guérison... ; j'ai songé à me tuer sans penser à ma femme et à mon petit. »

Sorti guéri au bout de 65 jours.

Observation 5. — M. B., 40 ans, employé des ponts et chaussées. Période de dépression pendant la guerre. A la suite d'un accident, asthénie, fatigue intellectuelle rapide ; incapacité professionnelle ; insomnie, céphalée, aboulie ; pas d'anxiété ; vagues idées de suicide ; conscience de son état ; analyse subjective excessive.

2 séries d'injections : amélioration considérable ; peut reprendre son service.

Discussion

M. Henri Colin. — Le travail de MM. Rogues de Fursac et X. Abély me paraît des plus intéressants. J'ai été particulièrement heureux de voir signaler l'effet néfaste de la strychnine dans les états mélancoliques anxieux. L'administration de la strychnine en pareil cas m'apparaît comme une erreur de thérapeutique. En effet, sous les apparences de la stupeur et de l'anxiété on sait que chez les mélancoliques il existe un délire des plus actifs, délire démontré par l'observation clinique en même temps que par la modification des échanges ainsi que le prouvèrent dernièrement encore M. Targowla et M. Badonnel. On aggrave ce délire en donnant de la strychnine, on le calme, au contraire, en administrant de l'opium suivant une méthode qui a fait ses preuves.

Personnellement, si je me suis bien trouvé du traitement par la strychnine dans les cas de confusion men-

©BIUM

tale de guerre avec dépression mélancolique si souvent confondus avec les états mélancoliques véritables, j'ai toujours observé des effets fâcheux chez les mélancoliques à qui on avait administré de la strychnine ainsi que certains de nos confrères ont tendance à le faire actuellement.

M. René CHARPENTIER. — J'ai eu l'occasion de traiter un assez grand nombre d'états asthéniques et d'états mélancoliques par des injections hypodermiques ou intraveineuses de cacodylate de soude à la dose quotidienne de cinquante centigrammes, soixante-quinze centigrammes ou même un gramme. Je n'ai jamais observé d'accidents, mais je suis beaucoup moins enthousiaste des résultats obtenus que les auteurs de cette communication. En effet, si le traitement m'a paru avoir un bon résultat dans les états asthéniques, il m'a paru beaucoup plus infidèle dans les états mélancoliques.

En outre, en proposant d'en faire une épreuve diagnostique entre les états mélancoliques vrais dans lesquels l'état physique et l'état mental seraient parallèlement améliorés, et les états d'affaiblissement intellectuel dans lesquels seul l'état physique s'améliore, les auteurs semblent poser en principe que l'état physique est toujours amélioré par le cacodylate de soude à hautes doses. Cette conclusion elle-même me paraît un peu optimiste et j'ai vu, dans un certain nombre de cas, l'état physique ne s'améliorer que peu ou pas du tout en dépit des injections de cacodylate de soude.

Cependant, c'est un médicament qui rend des services à un grand nombre de malades, en particulier en relevant l'état général et facilitant ultérieurement la période de convalescence.

Je suis de l'avis de MM. Colin, Rogues de Fursac et Abély en ce qui concerne les injections de strychnine. La cessation de ce traitement suffit souvent à atténuer considérablement l'anxiété des malades.

M. André BARBÉ exprime son étonnement que M. Abély n'ait jamais eu d'accidents ni observé d'éruptions cutanées en employant des doses d'un ou deux grammes.

©BIUM

M. MIGNARD demande le titre de la solution employée.

M. ABÉLY. — De même que M. Colin, nous avons observé que les hautes doses de strychnine sont extrêmement défavorables dans les états d'anxiété, où elles peuvent, comme nous l'avons dit, provoquer des idées délirantes et même des crises épileptiformes.

Pour répondre à la question posée par M. Mignard, nous injectons les doses indiquées sous le volume de 5 ou 10 centimètres cubes, qui représentent le contenu des ampoules ordinaires.

Les doses de 1 et 2 grammes par jour ne provoquent aucun accident cutané. Marchal déclare qu'il en est de même pour les doses de 6 et 7 grammes.

Paralysie générale et traumatisme

Par MM. PACTET et ROBIN

L'observation que nous avons l'honneur de communiquer est une simple contribution à l'étude des rapports de la Paralysie générale et du traumatisme cranien. Elle montre la difficulté que l'on éprouve parfois à préciser le rôle exact du traumatisme. Voici très brièvement résumées, cette observation et les conclusions qu'elle nous a suggérées.

Il s'agit d'un employé du chemin de fer de l'Etat exerçant les fonctions de garde-frein qui a été victime d'un accident, le 6 septembre 1920 et qui, treize mois plus tard, le 9 octobre 1921, est mort paralytique général, à l'Asile de Villejuif.

X. C. était âgé de 37 ans ; marié depuis 1911, il n'avait pas d'enfants et sa femme dit n'avoir jamais eu de fausses-couches. Celle-ci, d'une intelligence modeste, déclare que son mari a toujours été bien portant et avait un caractère gai. Selon elle, il n'aurait présenté d'anomalie d'aucune sorte jusqu'au jour de l'accident.

Pendant la guerre, X... est resté attaché aux chemins de fer de l'Etat.

Il ne nous a pas été possible de savoir si X... avait eu des maladies vénériennes.

©BIUM

Voici, d'après les renseignements puisés dans l'enquête du Juge de paix, les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident.

Le 6 septembre 1920, dans la soirée, X... se trouvait dans un train de messageries venant de Versailles et se dirigeant sur Paris. A une station intermédiaire, ce train est refoulé et son arrière tamponne la locomotive d'un autre train qui était arrêté par un signal. X... se trouvait dans le fourgon de queue du train tamponneur. Le choc dut être assez violent, car les tampons du fourgon étaient montés sur ceux de la locomotive et les deux voitures qui précédaient le fourgon avaient déraillé. C'est dans ce fourgon que se trouvait X...

Les deux chefs de train qui l'ont vu aussitôt après l'accident, déclarent qu'il « était étendu tout de son long sur le dos, sur le plancher de son fourgon, sans connaissance ; qu'il était incapable d'ouvrir les yeux ni de dire un mot, qu'il saignait par les oreilles ». Transporté sur un brancard, dans la salle d'attente, on lui fit un pansement sommaire et au bout d'une heure « il a pu se relever en reprenant un peu connaissance, mais sans se rendre compte en somme de rien et ne se souvenant pas de l'accident ».

Il part pour Paris avec le chef de train et un autre employé qui veille sur lui et le fait accompagner à son domicile. Pendant le trajet en chemin de fer, au dire d'un témoin, il voulait enlever son pansement et répétait constamment : « Où va-t-on ? d'où vient-on ? » Arrivé à la gare St-Lazare, il demandait encore où il se trouvait et paraissait tout égaré.

L'écoulement de sang par l'oreille, signalé par les témoins de l'accident, n'a pas été constaté par le Médecin qui a donné ses soins au malade. En effet, il n'indiquait que l'existence de plaies superficielles au pavillon de l'oreille droite et de contusions multiples au thorax.

Quoiqu'il en soit, douze jours après l'accident, X... reprend son service. Mais, à ce moment, l'un des chefs de train qui l'avait vu, lorsque survint le tamponnement, déclare : « Quand X... a repris son service, j'ai remarqué qu'il n'était plus autant à son affaire, ce n'était plus le même homme qu'avant. On l'a d'ailleurs retiré d'un service de sécurité pour lui donner un service qui ne nécessite aucune attention. Je l'ai toujours revu, sa dépression nerveuse augmentait continuellement jusqu'au jour où il a dû cesser tout service. »

X... a donc repris pendant un certain temps les fonctions

©BIUM

de serre-frein qu'il exerçait avant l'accident. En dernier lieu, on l'avait chargé de la surveillance d'un passage, à l'entrée de la gare, et il était même incapable de s'acquitter de cette tâche.

Sa femme déclare qu'elle était obligée de le conduire à son poste et de venir le chercher le soir.

Cette situation se prolonge jusqu'en mai 1921, époque à laquelle on donne à X... un congé d'un mois.

A l'expiration de ce congé, reconnu inapte à tout service, il est réformé le 16 juin. Quelques jours auparavant, dit sa femme, X... « donnait des signes manifestes de folie, du moins de gâtisme ». Vers le 15 juin, il était sorti de chez lui sans chaussettes et sans veston pour aller prendre son service à la gare St-Lazare et c'est un ami rencontré par hasard, qui le ramène chez lui. Enfin le 30 juin, sa femme le conduit à Ste-Anne où il est admis et de là dirigé, le 2 juillet, sur l'Asile de Villejuif.

Le certificat que le Médecin de la ville a rédigé, le 29 juin, en vue de l'internement, est ainsi libellé : « Troubles psychiques caractérisés par un affaiblissement manifeste des facultés intellectuelles avec diminution considérable de la mémoire et du jugement. Il reste couché une partie de la journée, répond avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui pose. La parole est lente et hésitante. Il paraît envahi par une torpeur dont il sort avec peine. Il croit que la maison qu'il habite est bouleversée, et que tous les locataires sont morts ou vont mourir. Il part prendre le train pour aller à son travail, sans être habillé complètement et son entourage a toutes les peines pour le faire réintégrer son logis. »

Le 1er juillet, M. Briand qui visite le malade à Ste-Anne, le déclare atteint de stupeur s'accompagnant d'une résistance à tout examen.

A son arrivée à l'Asile de Villejuif, il se présente sous le même aspect et pendant toute la durée du séjour qu'il y fit, il fut impossible d'obtenir de lui le moindre renseignement.

On arrivait parfois à lui faire prononcer quelques mots, ce qui permettait de constater que la parole était lente et traînante. Les pupilles étaient égales, le réflexe lumineux était conservé, les réflexes rotuliens exagérés. A aucun moment, il ne fut possible d'examiner convenablement le malade. Par intervalles, il cherchait à quitter son lit, sans qu'on puisse dire qu'il ait présenté de véritable agitation. Il devint gâteux au bout de trois semaines, puis la cachexie fit des progrès rapides et la mort survint trois mois après l'internement.

©BIUM

Le liquide céphalo-rachidien, examiné le 13 juillet, contenait 12 lymphocytes par millimètre cube et 0,71 d'albumine. La réaction de Bordet-Wasserman était positive. Positive aussi la réaction de Guillain, pratiquée par Targowla.

Voici un homme chez qui aucune particularité ne retient l'attention des personnes qui l'entourent, et qui fait normalement le service dont il est chargé. Survient un accident au cours duquel il reçoit un traumatisme cranien accompagné d'un ébranlement général. Le traumatisme, sans provoquer de fracture du crâne, a été assez violent puisqu'il a été suivi de perte de connaissance et d'obnubilation intellectuelle persistant plusieurs heures.

Au bout de dix jours, quand il reprend son service, ses collègues remarquent qu'il n'est plus le même, qu'il n'a plus la même aptitude au travail et son affaiblissement intellectuel ne fait que s'accentuer puisqu'on finit par le réformer après qu'il eut donné la preuve qu'il était inutilisable même dans un emploi où il n'avait qu'à interdire l'accès d'une porte.

Enfin, dix mois après l'accident, on est obligé d'interner le malade et celui-ci meurt trois mois après son entrée à l'asile.

L'autopsie révèle des lésions de paralysie générale.

Quel a été le rôle du traumatisme dans l'éclosion de cette paralysie générale ?

Nous ne pouvons ici passer en revue l'opinion de tous les auteurs qui ont écrit sur les rapports du traumatisme et de la paralysie générale ni rappeler les discussions auxquelles a donné lieu ce sujet.

Nous nous bornerons à citer le travail de Régis et Verger sur cette question, travail paru en 1913, conçu surtout au point de vue médico-légal, et exposant, à la suite de considérations d'ordre clinique, les principes qui doivent diriger l'expert quand il est appelé à se prononcer sur l'origine traumatique d'une paralysie générale.

Pour ces auteurs, la conclusion qu'il est légitime de tirer des statistiques est la suivante : le traumatisme cranien paraît avoir une action dans un certain nombre de cas, rares à la vérité, et cette action, pour s'exercer, paraît nécessiter un concours de plusieurs autres

©BIUM

facteurs. En particulier, elle semble fournir un appoint à la prédisposition que crée une syphilis antérieure datant de douze à quinze ans.

Or, chez notre malade, les réactions biologiques, en l'absence de renseignements fournis par lui-même, sont en faveur de l'existence d'une syphilis antérieure. Voilà donc réalisée une des conditions qui semblent favoriser l'influence du traumatisme.

Reste à envisager la durée du temps qui s'est écoulé entre l'accident et les premières manifestations de la maladie. Ici, l'intervalle a été extrêmement court, puisque, au bout de dix jours, un changement manifeste s'était produit chez le malade.

Dans les dix observations que Régis et Verger ont trouvées dans la littérature médicale, et où il s'agit, comme pour notre malade, d'un traumatisme cranien direct, la période intercalaire oscille pour six cas entre 2 et 6 mois, pour trois cas elle va de un à 2 ans et dans un cas elle atteindrait 5 ans.

Dans notre observation, cette période serait infiniment plus courte puisqu'elle ne s'étendrait pas au delà d'une quinzaine de jours. La marche de la maladie a été aussi très rapide, puisque celle-ci a évolué jusqu'à la mort en 13 mois.

En présence de cette situation, on doit évidemment se demander si la paralysie générale n'existait pas déjà avant le traumatisme.

Il y a là une inconnue que les renseignements donnés par la femme du malade ne nous ont pas permis de dégager avec certitude. Néanmoins, jusqu'au jour de l'accident, X... avait fait normalement le service dont il était chargé et il ne semble pas téméraire d'attribuer tout au moins au traumatisme, une influence accélératrice sur le développement de la paralysie générale.

©BIUM

Conscience partielle et amnésie retardée dans les « absences » épileptiques

Par E. MARTIMOR

L'inconscience et l'amnésie étaient, il y a quelques années, considérées comme constantes dans tous les accidents épileptiques.

A la fin du siècle dernier, cette opinion commence à être battue en brèche. Tamburini (1), Ball (2), Pardo (3), Ottolenghi (4) publient des observations d'accidents comitiaux accompagnés de conscience et dont le malade garde le souvenir.

D'un autre côté, Voisin (5), Magnan (6), Garnier (7) refusent catégoriquement de qualifier d'épileptique tout fait de cette nature.

Un peu plus tard, la Thèse de Ducosté en 1899 et celle de Maxwell en 1903 viennent apporter de nouveaux faits d'épilepsie consciente et mnésique.

Maxwell, à côté des accidents dont le souvenir est définitivement conservé, en décrit d'autres suivis *d'amnésie retardée,* c'est-à-dire dont le souvenir conservé tout d'abord, s'efface ensuite au bout d'un temps variable.

Les faits cités par l'auteur concernent des actes automatiques et violents, notamment des meurtres que le coupable avoue dans les heures qui suivent pour les nier le lendemain et les jours suivants devant les experts. Ces derniers, en présence d'un tel changement d'attitude, concluent à la simulation.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter

---

(1) L'amnesia non e carattere costante dell epilepsia larvata (*Rev. spérimentale di Frenatrla,* 1878).

(2) Note sur un cas d'épilepsie avec conscience, *Encéphale,* 1886.

(3) *I disturbi della memoria,* p. 202.

(4) *Epilepsie psichice, Rev. sper. di Frenatria,* 1890-91.

(5) *Epilepsie.*

(6) *Leçons cliniques sur l'épilepsie.*

(7) *Congrès de Bordeaux,* 1895.

©BIUM

nous montre l'amnésie retardée faisant suite à un accident moins dangereux : l'absence épileptique.

André F., âgé de 17 ans, entre le 16 septembre 1921 à la Maison de Santé de Ville-Evrard.

D'après les renseignements fournis par la famille et le certificat de placement, nous savons qu'il est atteint depuis 10 ans de troubles nerveux de nature comitiale consistant en crises convulsives, vertiges et fugues. Depuis un an environ et, semble-t-il, sous l'influence d'un traitement par la phényléthylmalonylurée, les crises convulsives ont cessé complètement. Elles ont été remplacées par des pertes de connaissance sans chute ni convulsions que nous croyons pouvoir étiqueter : *absences*. Le malade s'interrompt subitement au milieu de ses occupations, sa face pâlit et exprime l'égarement. A ce moment, il reste parfois immobile, mais, le plus souvent, fait quelques pas devant lui à une allure lente et naturelle. Interrogé, il ne répond pas, mais se laisse conduire docilement vers un siège où il s'assied. L'absence se termine alors après une durée variant de 10 secondes à une minute et cette terminaison est marquée par la reprise des occupations interrompues et le retour de la coloration normale du visage. Si l'on interroge immédiatement le malade, il répond sans plus de difficulté ni de lenteur qu'avant l'accident. Prié de le décrire, il raconte qu'il s'est senti « tout drôle », et qu'il a marché droit devant lui sans savoir pourquoi. « C'est un vertige, ajoute-t-il, comme j'en ai quelquefois depuis que je n'ai plus de grandes crises. « Il ne sait ou ne peut expliquer pourquoi il n'a pas répondu aux questions qu'on lui posait, mais se souvient de ces questions.

En général, lorsqu'on revoit le malade une heure après, il a complètement oublié sa perte de connaissance. Parfois le souvenir en persiste plus longtemps, mais rarement plus de 24 heures.

En dehors de ces accidents paroxystiques qui surviennent 8 ou 10 fois par mois environ, notre malade présente cette dysmnésie et cette bradypsychie dont les épileptiques sont rarement exempts. Ces altérations du fond mental sont même très marquées chez lui. Il s'écoule 10 à 15 secondes entre les questions les plus simples et les réponses — d'ailleurs correctes — qu'elles provoquent. La conservation des souvenirs antérieurs aux crises est souvent légèrement défectueuse, mais on note surtout une dysmnésie des souve-

©BIUM

nirs récents telle qu'elle entraîne un léger degré de désorientation et ferait croire à un certain affaiblissement intellectuel.

D'après les réponses aux « tests » de jugement, au contraire, l'intelligence et l'attention semblent peu touchées.

Quant aux troubles du caractère, ils sont relativement peu marqués. On constate seulement une légère irascibilité et une diminution de l'affectivité, d'ailleurs parfaitement conscientes, comme les autres modifications du fond mental.

Ce qui chez notre malade nous a paru digne d'être signalé, c'est la conservation temporaire du souvenir de l'absence épileptique et les conclusions qui en découlent.

Deux faits doivent être étudiés : la fixation primitive du souvenir et sa disparition secondaire.

De ce que les souvenirs de l'absence sont primitivement conservés, nous sommes amenés à déduire que les absences de notre malade ayant été mnésiques, doivent avoir été conscientes. — On ne peut, en effet, admettre le souvenir d'une impression non perçue. — Or, une telle affirmation est en contradiction non seulement avec les opinions courantes, mais encore, semble-t-il, avec la logique, puisque l'absence est, par définition, une suspension de la conscience.

En réalité, l'expression « *absence consciente* » n'est pas aussi illogique qu'elle le paraît tout d'abord : il suffit pour la justifier de préciser le sens du mot « conscient » ou plutôt d'indiquer le degré de conscience auquel nous faisons allusion.

De nombreux psychologues distinguent sous des étiquettes différentes deux degrés dans la conscience. Ils peuvent être grossièrement indiqués ainsi : un degré inférieur (*conscience passive*) où les impressions sont enregistrées, mais où manque la « notion de participation personnelle et volontaire aux phénomènes psychiques » (Maxwell) ; et, d'autre part, un degré supérieur ou « *conscience active* » caractérisé par cette notion de participation personnelle et volontaire : à ce degré la conscience se confond en somme avec la pensée volontaire, avec l'autoconduction.

©BIUM

Dans l'absence épileptique classique, c'est-à-dire amnésique, la conscience semble complètement abolie, même dans son premier degré. Cet accident supprime, en effet, pendant toute sa durée non seulement toute activité psychique volontaire, mais encore — du moins en apparence — toute perception.

Dans l'absence mnésique, au contraire, la conscience active est seule abolie ; la conscience passive persiste, laissant ensuite des traces de son fonctionnement sous forme de souvenirs.

Dans le cas qui nous occupe, ces souvenirs ne sont conservés que temporairement. Ils n'en constituent pas moins une preuve de conscience ; mais nous devons nous demander pourquoi ils disparaissent.

Leidesdorff, Maxwell, expliquent l'amnésie retardée des équivalents comitiaux par l'hypothèse d'un *état crépusculaire* faisant suite à l'accident : le souvenir de l'accès psychique serait conservé au cours de l'état crépusculaire post-paroxystique et s'effacerait avec le retour à l'état normal ; de même le souvenir d'un rêve persiste pendant l'état d'obnubilation qui suit le sommeil pour disparaître aussitôt que le réveil est complet. Il y aurait en quelque sorte deux personnalités qui s'ignoreraient, celle de l' « état second » et celle de l'état normal.

Il nous a semblé qu'on pouvait expliquer plus simplement l'amnésie retardée faisant suite aux équivalents épileptiques. En effet, ce trouble mnésique ne porte pas seulement sur les accidents comitiaux : on l'observe également, en dehors d'eux, pour les menus événements journaliers dans lesquels le malade est acteur ou spectateur. Il constitue, pourrait-on dire, la base de cette dysmnésie de conservation fréquente au début de la démence épileptique.

Donc l'amnésie retardée de l'absence comitiale ne serait qu'un cas particulier de la dysmnésie de conservation qui efface des souvenirs de toute sorte dans la mémoire de l'épileptique. On peut admettre cependant, en se basant sur l'expérience courante, qu'un état de conscience se gravera d'autant plus profondément dans la mémoire qu'il sera plus actif et plus coordonné

©BIUM

et que, par conséquent, les absences accompagnées de conscience uniquement passive seront plus vite oubliées qu'un acte volontaire et réfléchi. — C'est ce qui se passe chez notre malade : l'absence est oubliée au bout d'une heure, tandis que le souvenir d'une partie de tennis, par exemple, persiste souvent pendant plus de 24 heures. — Entre ces deux variétés d'amnésie retardée, il n'y a, nous semble-t-il, qu'une différence de degré ; l'hypothèse d'une différence de mécanisme est au moins inutile.

Cette question de la psychogénèse de l'amnésie retardée n'est pas sans importance au point de vue médico-légal, du moins en matière de responsabilité pénale. Si l'on admettait, en effet, que l'amnésie retardée d'un acte est une preuve que cet acte a été commis dans une sorte d'état second, on en arriverait à considérer comme involontaires tous les actes suivis d'amnésie retardée. Or, parmi ces derniers, il en est beaucoup dont l'épileptique est parfaitement responsable. — Ce serait donc, nous semble-t-il, d'après l'apparence réfléchie et préméditée ou, au contraire, automatique et impulsive d'un acte que l'on devrait évaluer la responsabilité de l'épileptique et non d'après le souvenir conservé.

Il est vrai que, si l'on en croit Maxwell (1), la responsabilité ne devrait pas exister pratiquement pour les actes oubliés. Cet auteur estime que le cours de la justice doit être interrompu tant que dure l'amnésie du prévenu, la perte de ses souvenirs ne permettant pas à ce dernier de se défendre utilement.

Si l'on se rallie à cette opinion et si l'on considère que l'amnésie épileptique est en général définitive, il en résulte que le prévenu qui l'invoque pour un acte délictueux est à l'abri de la répression, même si des présomptions de responsabilité pèsent sur lui. Il ne reste dans ce cas qu'un moyen de protéger la société contre de tels malades : l'internement.

---

(1) *Th. Bordeaux*, 1903, p. 183.

©BIUM

Discussion

M. Collet. — J'observe depuis quinze jours le malade dont M. Martimor vient de rapporter l'observation. Je voudrais compléter sur un point cette observation. Le jeune homme dont il s'agit est un épileptique : il a eu trois crises convulsives dans son existence : l'une à huit ans, une autre à quinze ans, la troisième à seize ans. Depuis cette dernière, il a présenté fréquemment des absences, qui sont conscientes et mnésiques. Il sent qu'il est sur le point de subir un malaise ; il a le temps de s'asseoir, et il n'a jamais fait de chute ; il perd conscience pendant quelques secondes et pâlit ; il est capable ensuite de dire qu'il vient d'éprouver ce malaise qu'il connaît bien ; mais, plus tard, le souvenir de ce fait s'efface. Seulement, ce malade n'est pas qu'un épileptique. C'est encore un obsédé, et il est obsédé, précisément, par son état de maladie. Il croit cette maladie beaucoup plus grave et plus dangereuse qu'elle ne l'est en réalité. Il n'avoue pas facilement, d'ailleurs, l'inquiétude que lui cause son état. C'est un obsédé honteux. Je crois que l'on doit attribuer à la faiblesse de l'attention, qui est, chez ce malade, le fait de son état d'obsédé, la plus grande part des troubles de la mémoire qu'il présente. C'est son aprosexie qui explique sa dysmnésie apparente. D'autre part, je ne pense pas qu'il y ait, en réalité, grand ralentissement de l'idéation, bradypsychie, chez ce sujet. En effet, ce jeune homme se comporte très différemment suivant les conditions où on l'observe. Si on le soumet à un examen médical, à un interrogatoire, il est lent à répondre et ses réponses sont laconiques et insuffisantes. S'il ne se sent plus l'objet des investigations professionnelles du médecin, il pense et agit avec une rapidité normale. Il n'est pas irritable ; mais il est volontiers taquin, à la façon d'un potache et, dans la conversation, il est souvent ironique et gouailleur, et il répond du tac au tac, si on discute avec lui. Quand on le soumet à un examen mental, ce malade appartient tout entier à ses préoccupations obsédantes, et c'est son état émotif, contenu et dissimulé, qui gêne et ralentit la succession de ses idées et l'expression de sa pensée.

©BIUM

Les rémissions de la paralysie générale
Etude clinique et humorale

par MM. TARGOWLA, ROBIN et Mlle BADONNEL (1)

M. PACTET. — Je remercie les auteurs de l'exposé de leurs intéressantes recherches dont les conclusions ne sont peut-être pas définitives. Je crois que les guérisons de cas bien observés de paralysie générale sont très rares. Pour ma part, je n'en ai encore jamais vu. Il faut se garder de considérer comme des rémissions les améliorations que l'on obtient très souvent après un certain temps d'internement. Il existe souvent chez ces malades un état confusionnel qui disparaît laissant apparaître les facultés intellectuelles moins affaiblies qu'on avait pu le croire.

M. TOULOUSE. — Ce qui ressort de l'étude de M. Targowla, c'est le parallélisme qui existe entre la rémission clinique et les signes humoraux. C'est là un fait d'un réel intérêt pratique ; lorsqu'en effet on se trouve, en clinique, en présence d'un syndrome paralytique, rapidement amélioré, on a tendance à le considérer comme une erreur de diagnostic. Or, si l'on trouve dans le L. C. R. ces stigmates réduits de P. G., on pourra affirmer la légitimité du diagnostic. Et cela laisse espérer, en outre, que nous ne serons pas toujours désarmés au point de vue thérapeutique et que l'on peut agir sur le processus paralytique même.

---

(1) Cette communication, dont le manuscrit ne nous est pas parvenu en temps utile, paraîtra comme mémoire dans un de nos prochains numéros.

©BIUM

L'expertise mentale
Les « Circonstances atténuantes » d'ordre psychique

Par le Dr HAMEL,
Médecin de l'Asile de Maréville
Médecin légiste

De plus en plus fréquemment appelés à éclairer de nos connaissances spéciales l'opinion de la justice, nous ne devons pas, à mon avis, craindre d'étendre nos investigations au delà des limites de la médecine mentale pure. Au contraire, pénétrant hardiment dans le domaine de la psychologie, nous analyserons avec soin la mentalité de notre sujet, nous découvrirons ses faiblesses, nous les rapporterons à leurs causes, qui souvent résident en une hérédité pathologique.

Par là, nous mettrons en évidence la part de déterminisme qui vient entraver l'exercice du libre arbitre dans les actions des hommes, et mesurant cette part à l'échelle des tares morbides qui la conditionnent, nous donnerons aux décisions de la justice une sorte de critérium scientifique.

Ce critérium, bien sûr, n'a pas un caractère de précision. Aussi bien, nous conformant à l'habitude de la plupart des aliénistes, ne traduisons-nous notre pensée qu'en termes volontairement vagues : responsabilité faiblement ou largement atténuée, ou encore atténuée dans une certaine mesure.

La doctrine de la responsabilité atténuée a cependant trouvé des détracteurs. Pour ceux-ci, un criminel, un délinquant sont ou non des aliénés. Ils sont ou ne sont pas en état de démence, au sens de l'art. 64 du code pénal, et dans l'affirmative, ils doivent le plus souvent être internés (1).

Peut-être était-il possible, voire même sage, de n'ad-

(1) Consulter G. BALLET, l'*Expertise médico-légale et la question de responsabilité*, congrès de Genève-Lausanne, 1907.

©BIUM

mettre autrefois, et naguère encore, que ces deux alternatives. Mais les examens mentaux sont à l'heure actuelle incomparablement plus fréquents. De plus en plus, la justice demande à l'expert d'être pour elle un auxiliaire véritable, et de l'aider à juger « en équité » en même temps qu'en droit. D'autant plus rares, proportionnellement, deviennent les cas de folie confirmée, ou d'imposture totale, que nous avons à examiner.

En fait, nous préoccupant à la fois de vérité psychologique et de sauvegarde sociale, nous recherchons des éléments nouveaux, d'ordre psychique, de « circonstances atténuantes », qu'il est en notre pouvoir, et de notre devoir, de révéler aux magistrats et aux jurés. Et, d'autre part, refusant de nous limiter aux deux opinions extrêmes, nous évitons d'encombrer nos asiles de traitement d'individus non aliénés qui en sont la plaie.

Toute une catégorie de délinquants, intimidables, quoique tarés, relèvent, cela est généralement admis, d'organisations spéciales, qui malheureusement n'existent pas en France : Asiles de buveurs, dégénérés antisociaux, vagabonds pathologiques, pervertis instinctifs, etc... Ces individus, à la vérité, forment la grosse majorité de ceux que nous avons à examiner.

Le cas que je veux rapporter est un peu différent. Il n'est pas cependant d'aliéniste expert qui n'ait eu à se prononcer dans des circonstances analogues : un individu, non aliéné, commet un acte de violence grave, un meurtre parfois, sans qu'un mobile suffisant puisse être invoqué. D'autre part, la simple colère, état passionnel, qui chez les individus normaux, laisse subsister un discernement suffisant pour leur éviter des gestes irréparables, ne peut à elle seule constituer une explication satisfaisante. L'intoxication alcoolique aiguë pourrait, au contraire, être la clef de l'énigme : mais elle n'est pas constatée ; les témoins affirment même que l'inculpé n'était pas en état d'ivresse.

L'embarras de l'expert peut être grand, s'il n'est mis à même d'obtenir des renseignements très précis, et sur les antécédents héréditaires et personnels de l'accusé, et sur les circonstances les plus intimes de sa vie : il

©BIUM

lui faut être instruit des facteurs psychologiques et matériels de l'acte de la façon la plus détaillée, ainsi qu'en témoigne ce rapport médico-légal, que je m'excuse de reproduire presque entièrement. Je craindrais de lui retirer, en cherchant à me restreindre, la clarté que j'ai eu dessein d'y introduire, si toutefois j'ai atteint mon but.

Rapport médico-légal

Affaire S. Charles, 25 ans, Meurtre, Hérédité alcoolique et nerveuse, Volonté faible, Susceptibilité à l'alcool, Impulsivité révélée et exagérée par les excès éthyliques même légers, Colère morbide, Simulation passagère, Responsabilité atténuée.

Faits. — Le 30 janvier 1921, à onze heures et demie du soir environ, la dame G. M. suivie de son mari, est venue frapper à la porte de ses beaux-parents, en disant à la dame S. mère : « Mémère, C. veut me battre ». La dame S. ayant ouvert la porte, les jeunes époux sont entrés ensemble. C. S. bousculait et frappait sa femme en l'injuriant grossièrement. La dame S. mère ayant envoyé son plus jeune fils M. prier le sieur B. de venir s'interposer, G. M. suivit son beau-frère chez les époux B. Elle y fut rejointe presqu'immédiatement par son mari et sa belle-mère. C. S. intima plusieurs fois à sa femme l'ordre de rentrer au domicile conjugal ; celle-ci lui ayant répondu : « Je veux bien rentrer à condition de ne plus être battue, viens m'embrasser, je te pardonne », S. s'approcha de sa femme et, au lieu de l'embrasser, lui donna un violent soufflet. A ce moment, le sieur B. intervenant, jeta par terre le sieur S. Celui-ci se releva et quitta la salle en déclarant qu'il allait chercher son fusil. Il revint, en effet, peu après, armé d'un fusil de chasse à deux coups, fit une nouvelle sommation à sa femme qui lui répondit une fois de plus qu'elle voulait bien rentrer à condition de ne plus être battue. S., sans répondre à celle-ci, la mit en joue, et successivement tira sur elle deux coups de fusil..... Le meurtrier, après être sorti de la pièce, revint sur ses pas, s'approcha du cadavre de sa femme et l'appela en disant « Germaine », puis voyant que la mort avait fait son œuvre, il se mit à pleurer et se retira pour aller se constituer prisonnier à la gendarmerie de G.

©BIUM

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Les membres de la famille S. ont toujours été considérés, d'après M. le Maire de T., comme des *exaltés*. Le grand-père maternel s'est pendu ; le père aurait des habitudes invétérées d'ivrognerie ; la mère a la réputation d'une mauvaise ménagère et s'adonnait aussi à la boisson.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — On ne relate aucune maladie grave dans l'enfance ou dans la jeunesse du prévenu.

Avant la guerre, sa conduite a toujours été satisfaisante. Pendant la guerre, il a fait tout son devoir, et n'a encouru aucune punition sérieuse. Depuis sa démobilisation, il a toujours travaillé et gagné honnêtement sa vie et n'a jamais eu affaire à la justice.

S. prétend avoir été commotionné le 17 avril 1918 et envoyé dans un dépôt d'éclopés. Le 2 août 1918, il aurait été de nouveau commotionné et gazé, et encore une fois évacué dans un hôpital de l'avant. Le 10 octobre 1918, enfin, il aurait été gazé et commotionné une troisième fois et évacué à N. pour peu de temps.

J'ai retrouvé seulement dans son dossier une fiche indiquant qu'il a été commotionné par éclat d'obus et gazé le 10 octobre 1918, et renvoyé à son corps au bout de 20 jours. Deux autres billets d'hôpital portent les diagnostics de « bronchite » et « d'angine ». En tous cas, S. n'a pas subi de commotion grave, ayant nécessité son évacuation prolongée sur un hôpital de l'intérieur spécialisé ou non.

Avant la guerre, quoique tout jeune encore, l'inculpé aurait manifesté un léger penchant à fréquenter les cabarets.

Depuis sa démobilisation, il est représenté par M. le maire de T. comme *surexcité*, et se livrant de temps à autre à des excès de boisson. Les notables du village ont délivré un certificat constatant qu'il avait eu une conduite « assez régulière » depuis son retour dans son pays. Mais tout le monde est unanime à reconnaître qu'il n'avait dans sa famille que de mauvais exemples, et il semble bien qu'il était le plus rangé de tous les membres de cette famille.

ETAT ACTUEL. — *a*) Au point de vue physique, S. est un assez joli garçon, de figure agréable, petit, mais bien proportionné ; une sorte de carnet-journal relatif à son séjour en pays ennemi occupé indique qu'il ne manque pas de fatuité : c'est le type du coq de village. Examiné nu, il apparaît très peu musclé, certainement sa force physique est peu considérable et cette circonstance aura, nous le verrons, son intérêt dans la genèse du crime.

On ne constate pas de malfromation évidente. Une confor-

©BIUM

mation crânienne spéciale, des oreilles « en pavillon », un regard un peu étrange, constituent des stigmates dégénératifs dont l'importance n'est pas considérable.

Il n'existe aucun symptôme de maladie chronique, et notamment pas de signes certains d'intoxication alcoolique chronique. Toutefois, le prévenu accuse des troubles gastriques qu'il attribue aux gaz.

Un tremblement généralisé, provoqué par l'interrogatoire, l'exagération et la brusquerie des réflexes, paraissent indiquer surtout un état habituel ou actuel d'émotivité. A signaler enfin une hyperhydrose palmaire peu accusée.

b) Au point de vue mental, S. présente un niveau intellectuel moyen et une instruction assez développée, en rapport avec son état social.

Le sens moral existe, mais l'affectivité est faible : bien qu'il pleure au souvenir de son crime, l'inculpé n'a pas une attitude en rapport avec l'horreur de sa situation. Le souci d'échapper à un châtiment sévère le préoccupe surtout.

Aussi, a-t-il essayé à plusieurs reprises de simuler la folie : il a simulé d'abord, très naïvement, la débilité ou la confusion mentale, feignant d'avoir perdu toute notion de calcul. Plus tard, il a simulé des hallucinations de la vue, puis a invoqué des maux de tête persistants. Il prétend aussi avoir oublié certaines circonstances de la scène du meurtre, circonstances qu'il a lui-même relatées à l'instruction, de sorte que cette amnésie nous paraît également feinte.

Il est juste d'ajouter que S. ne persiste pas dans cette attitude, il se laisse facilement dominer ou circonvenir et redevient sincère. Cette circonstance permet de conclure à la *faiblesse réelle de sa volonté et à une suggestibilité* anormale.

Cette disposition constitutive mise à part, S. ne présente aucun trouble psychique aigu ou chronique, et n'est à aucun titre un malade mental.

ETUDE DES FAITS. — Le ménage S. était assez uni ; néanmoins, la jeune femme paraissait être d'un milieu un peu supérieur à celui où elle venait d'entrer par son mariage. Une lettre d'elle prouve qu'elle redoutait au début de cette union, d'être exploitée par ses beaux-parents, et elle avait eu le désir de rentrer dans sa famille. Par la suite, ces différends s'étaient apaisés, et l'inculpé affirme qu'il n'avait pas de discussions avec sa femme. Il existe, à la vérité, des témoignages contradictoires à ce sujet. Il est assez difficile de savoir exactement la vérité sur ce qui se passe dans l'intimité d'un ménage. S., tout en évitant de rejeter aucun tort

©BIUM

sur sa femme, reconnaît qu'elle était un peu entêtée, et « ne l'écoutait pas ». « Elle ne faisait que ce qu'elle voulait. » Le prévenu, autoritaire, mais faible, s'il cédait souvent, s'emportait sans doute quelques fois. De plus, « il l'aimait plus qu'elle ne l'aimait », dit-il, et il est permis de supposer qu'elle ne se pliait pas toujours à ses exigences conjugales. En outre, elle refusait souvent de sortir avec lui, ce dont il paraît avoir eu du ressentiment. Ces dissensions devaient entraîner des discussions et des scènes, dont une au moins a retenu mon attention comme elle a retenu celle du magistrat instructeur ; je veux parler de la scène du mois de septembre :

Un dimanche, une discussion éclate entre S. et sa femme ; le motif n'apparaît pas clairement. D'après la jeune femme (témoignage de M. le Maire de T.), il s'agissait d'une discussion d'argent. Le mari, au contraire, invoque d'abord un motif de jalousie, plus tard il se rétracte, et ne donne pas d'autres explications. Quoiqu'il en soit, nous voyons apparaître B., dont l'intervention paraît nécessaire toutes les fois que la famille S. est en effervescence. Appelé ou non, il maîtrise S., qui est beaucoup moins fort que lui, et s'en va ensuite. Le mari, humilié d'avoir été frappé et réduit à l'impuissance devant sa femme, se précipite sur son fusil, et le décharge dans la rue sans viser personne. Son intention, dit-il, était d'intimider B. et d'éviter de nouvelles violences. *Or S. avait bu ce jour-là plus que de raison et reconnaît qu'il n'aurait jamais agi ainsi, s'il n'avait pas bu.*

Passons maintenant à la scène du meurtre.

Après avoir pris le repas de midi avec sa femme, l'inculpé s'est absenté toute l'après-midi pour aller au village voisin, accompagné de son frère, acheter de l'osier. Le soir, le repas a été pris en commun, chez le père de S. Aucune discussion ne s'est élevée jusque-là entre les deux époux. A onze heures, ils rentrent chez eux, et le mari se couche. Mais sa femme refuse de l'imiter. Pourquoi ? S. affirme qu'il l'ignore entièrement. Il la presse de venir se coucher, elle ne répond pas, il l'insulte, la menace, elle s'enfuit. Il la poursuit chez ses parents et la frappe une première fois. Elle se sauve alors chez B., où son mari la rejoint. Là, *réédition de la scène de septembre :* S. frappe sa femme devant B., celui-ci le maîtrise et le jette à terre. Rendu furieux, l'accusé court chercher son fusil et revient, très exalté, avec l'intention d'obtenir de sa femme une entière soumission sans que cette fois B. puisse intervenir. Le fusil, dans la pensée de S., est donc destiné à intimider son trop vigoureux adversaire.

©BIUM

Mais celui-ci s'est enfui : S., à l'apogée de sa colère, ne trouve devant lui que sa malheureuse femme, lui intime à nouveau l'ordre de le suivre, *et sans attendre la réponse,* il la couche en joue et tire..., acte involontaire, dit-il, dont les causes déterminantes lui échappent entièrement. Puis il sort de la maison et va se constituer prisonnier.

L'accusé affirme ne pas se rappeler qu'il est revenu un instant près de sa victime et l'a appelée, avant de partir vers G. Ce détail est de peu d'importance. Il s'en est en tous cas souvenu à l'instruction. Pour les autres circonstances, il en a gardé un souvenir plus ou moins précis, mais il n'existe pas chez lui de véritable lacune amnésique dont on doive faire acte, pour en tirer des conséquences en ce qui concerne son état mental.

S. a accompli son geste meurtrier *dans un accès de colère.* Il le reconnaît, et l'a reconnu dès le début de l'instruction. C'est le terme qu'il a lui-même employé lorsqu'il s'est constitué prisonnier, quelques heures après le crime.

Comme l'a très bien vu le magistrat instructeur, il n'est pas possible de déceler à cet acte un mobile suffisant, d'intérêt ou de passion. De plus, la réaction d'une violence inouïe, qui a terminé cet accès de colère, n'est nullement proportionnée aux causes qui l'ont produit. Quelles sont ces causes ? Le refus de la femme de S. de se coucher, son obstination, sa fuite chez ses parents, puis chez B., l'intervention de ce dernier, la correction qu'il a infligée au mari brutal devant sa femme ont porté au comble l'irritation du prévenu. Mais que même au paroxysme de la colère, S. ait tiré sur sa femme, il y a là de quoi surprendre. La colère, en effet, est un état passionnel, où le libre contrôle du jugement ne s'exerce plus dans sa plénitude sur les actes de l'individu, mais l'expérience montre que cet état passionnel survenant chez des gens normaux, la volonté peut encore intervenir, et les empêcher de se porter à des gestes irréparables. Dans le cas contraire, il *est sage de se demander si un élément pathologique n'intervient pas* pour rendre sans effet l'action de cette volonté.

Deux hypothèses, dans le cas qui nous occupe, se présentent de suite : ou S. était en état d'ivresse, ou les commotions cérébrales dont il a été victime ont laissé chez lui une irritabilité anormale.

Cette dernière hypothèse ne résiste pas à l'examen : d'abord, les renseignements contenus au dossier n'indiquent pas qu'il ait jamais présenté de troubles mentaux, il a terminé la campagne dans des conditions normales et sans

©BIUM

aucune dépression physique ou morale. Son activité intellectuelle est restée vive, comme le démontre le carnet dont j'ai parlé plus haut, postérieurement à ces soi-disant commotions. Démobilisé, il a continué à gagner sa vie, s'est marié, a suivi des cours d'artificiers, en un mot, n'a présenté jamais cette inaptitude au travail, cette hypochondrie, cet état neurasthénique, qui, avec une irritabilité pathologique, constituent les séquelles de l'état commotionnel.

S. était-il donc en état d'ivresse ? J'ai porté toute mon attention sur ce point, en raison de l'analogie très grande de la scène du meurtre avec la scène du mois de septembre, au cours de laquelle S., *pris de boisson*, avait tiré un coup de fusil. L'inculpé a nié énergiquement, tout d'abord, avoir bu, le dimanche du crime, plus que de coutume. Les témoins qui l'ont vu ce jour-là sont unanimes à déclarer *qu'il n'était pas en état d'ivresse*. Examinons cependant, à la lumière de la déposition de M. S., son frère, l'emploi de la journée de l'inculpé : nous y voyons que celui-ci, avant midi, a pris un apéritif. A midi, il aurait bu, en mangeant, un peu de bière, une demi-bouteille, dit-il. Dans l'après-midi à M., avec son frère et deux autres personnes, il se rend au café, et consomme du vin rouge ; un peu plus tard, nouveau séjour à l'auberge, où l'on prend, cette fois, du vin blanc. En passant à G., les deux frères s'arrêtent de nouveau et boivent chacun une bouteille de bière. Enfin, ils rentrent chez leurs parents, où ils dînent tous ensemble, et boivent de la bière, très peu, paraît-il ; cependant les jeunes époux ne rentrent chez eux qu'à onze heures du soir.

Ces renseignements me permettent de supposer que S., sans être manifestement ivre, pouvait être, à un certain degré, sous le coup d'une excitation anormale, causée par les boissons diverses qu'il avait consommées depuis le matin. Après s'en être défendu à plusieurs reprises, l'inculpé a fini par *reconnaître qu'il était, en effet, quelque peu excité par ces libations et qu'il n'aurait pas été chercher son fusil, s'il avait été tout à fait dans son état normal.* Une remarque s'impose, nous avons dit déjà que S. était d'une volonté faible et très suggestible, et que cette disposition d'esprit était chez lui constitutionnelle. Il est logique de supposer qu'il est aussi d'une sensibilité toute spéciale à l'alcool, ce qui est un fait d'observation courante chez les descendants d'alcooliques. Chez ces derniers, l'impulsivité des actes, souvent peu marquée à l'état normal, s'exagère par l'effet de très petites quantités d'alcool. La volonté, naturellement faible, est vite annihilée. Et, alors même que l'individu

©BIUM

paraît encore en possession de sa raison, le libre arbitre a disparu, les actes se déclanchent automatiquement, comme de simples réflexes.

Il ne nous appartient pas d'insister sur l'ambiance désastreuse où vivait S., sur cette famille où les scènes d'ivresse et les rixes étaient spectacles courants, pas plus que sur le caractère fâcheux des interventions de B., qu'on ne saurait d'ailleurs blâmer d'avoir usé de sa force pour protéger les faibles. Ce sont là, pourtant, des facteurs psychologiques qui doivent être signalés.

Résumé. — Pour nous résumer, nous relevons chez S. :

1° Une hérédité névropathique et alcoolique certaine.

2° Une volonté débile, un caractère autoritaire et orgueilleux.

3° Une émotivité marquée, se traduisant par des signes physiques tels que tremblements et exagération des réflexes.

4° Une susceptibilité particulière à l'alcool, d'ailleurs habituelle chez les fils d'alcooliques.

Bien que je n'ai pas constaté chez le prévenu de signes certains d'intoxication alcoolique chronique, il est avéré qu'il buvait assez souvent, et augmentait ainsi sa sensibilité à l'égard des boissons éthyliques.

Tous ces facteurs concourent à expliquer le caractère impulsif de son acte qui s'est produit à la faveur d'une obnubilation passagère de la volonté consciente.

Mais si l'acte en lui-même a été peu conscient, S. n'en est pas moins coupable d'avoir permis cette défaillance de ses facultés supérieures de contrôle par des excès d'alcool, même légers, dont il ne peut ignorer l'effet néfaste sur son système nerveux. Il n'est pas aliéné, ne peut être interné, et il n'est pas admissible que la société soit à la merci de ses colères morbides, qui ne le sont que lorsqu'il a bu, il le reconnaît lui-même.

Toutefois, il y a lieu de lui tenir compte, dans une certaine mesure, de sa faiblesse de volonté et de sa susceptibilité spéciale à l'alcool, dont les causes résident dans l'hérédité paternelle.

Conclusions. — I. S. n'était pas en état de démence, dans le moment de l'acte, au sens de l'article 64 du Code pénal, il doit rendre compte de ses actes à la société.

II. Il existe chez lui *de la débilité de la volonté*, et, *sous l'influence de doses faibles d'alcool n'entraînant pas l'ivresse, une irritabilité pathologique avec réactions impulsives.*

©BIUM

III. Ces anomalies sont de nature à atténuer sa responsabilité dans une certaine mesure.

⁂

On voit que S. n'est nullement un aliéné. Il ne présente pas non plus un ensemble de stigmates physiques et psychiques suffisants pour le qualifier de dégénéré. C'est donc un individu « presque normal ». Pourtant il a tué, on sait dans quelles conditions. Il a fait, à la vérité, de légers excès de boisson le jour du crime. Mettrai-je son acte tout uniment au compte de l'ivresse « circonstance aggravante » ? Ne sent-on pas qu'il y aurait là une injustice flagrante ? N'est-ce pas à moi à découvrir, et à affirmer, l'anormale susceptibilité à l'alcool de ce fils d'alcoolique, petit-fils de suicidé ? Ne dois-je pas aussi rechercher les éléments de sa colère, signaler sa débilité physique, sa vanité de joli garçon, analyser son caractère, peser ses tares et finalement provoquer de la part de ses juges une mesure de clémence, par la formule de la responsabilité atténuée ?

Mais de même que je ne puis laisser condamner cet homme, meurtrier, mais mentalement taré, avec la dernière rigueur, de même j'éviterai de tomber dans l'excès inverse : sous prétexte de volonté faible et de susceptibilité morbide à l'alcool, et malgré la constatation d'un psychisme à réactions anormales, laissant délibérément de côté les « obsessions », les « impulsions irrésistibles », je ne concluerai pas à l'irresponsabilité. Encore moins prétendrai-je que cet homme est un aliéné ; je ne le ferai pas interner, sachant trop bien dans quel embarras je mettrais le médecin d'asile à qui cet indésirable serait finalement confié (2) !

Je crois être dans la vérité en procédant ainsi, et j'estime que cette façon de faire, loin d'apparaître aux magistrats comme un empiètement sur leurs prérogatives, leur donne en général satisfaction. J'ajoute que le médecin-expert, de son côté, tout en conservant une indépendance entière, peut accepter, de la part

(2) S. a été condamné à 10 ans de travaux forcés.

©BIUM

des juges d'instruction en particulier, une aide souvent précieuse, et je conçois, dans bien des cas, leur œuvre respective, comme une collaboration à distance. De cette entente, qui n'exclut nullement une discrétion absolue de part et d'autre, ne manque pas de naître la confiance réciproque. L'autorité du médecin-expert s'en accroît, et ses conclusions sont bientôt acceptées sans débat. Ainsi évite-t-on de fâcheuses contre-expertises, qui sont la source de frais inutiles, et jettent un discrédit immérité sur l'art du médecin aliéniste.

M. Henri COLIN. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Hamel et je pense que, sans porter atteinte à l'indépendance du médecin-expert ou à l'autorité du magistrat, médecin et juge ont le plus grand intérêt à s'entretenir ensemble dans les cas particulièrement délicats. Du reste, le fait se produit très fréquemment ; magistrat et médecin, dans certains cas difficiles, se mettent facilement d'accord pour demander l'adjonction d'un deuxième et même d'un troisième expert, évitant ainsi la contre-expertise qui aboutit parfois à ce fâcheux résultat de conclusions diamétralement opposées à celles du premier rapport.

M. LE PRÉSIDENT propose de fixer la prochaine séance de la Société Médico-psychologique au jeudi 29 décembre 1921 au lieu du lundi 26 décembre, jour férié. (Adopté.)

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des Séances,
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

ERRATUM

Par suite d'une omission dans le Compte Rendu de la séance du 25 juillet 1921 (*Annales Méd.-Psych.*, oct. 1921, p. 226), il n'a pas été fait mention de l'élection de M. Vives.

M. Vives a été élu membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique à l'unanimité des membres présents.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

P. SCHÜTZENBERGER, **Le vol chez l'enfant**, Etude médico-légale, Thèse, Paris, 1921.

Les notions de culpabilité, de responsabilité sociale, de sanctions, qui sont clairement connues de l'adulte, ne le sont pas de même de l'enfant ; de là, une profonde différence entre les délits de l'un et de l'autre, pour le vol en particulier. Mais ceci posé, l'on observe la plus grande variété entre les vols effectués par les enfants.

Dans une étude très originale, illustrée de nombreuses observations personnelles qu'il a recueillies à la Consultation Médico-Sociologique Infantile, M. Schützenberger passe en revue les diverses modalités de ces vols, et les classe en plusieurs groupes.

Il étudie tout d'abord les causes qui vont déterminer la délinquance, puis les diverses modalités, les divers « types cliniques » de celle-ci.

Les causes sont toutes celles qui annihilent chez l'enfant le sens moral, la notion du devoir social ou celle de responsabilité pénale. Avec André Collin, l'auteur reconnaît qu'elles sont dans 30 0/0 des cas, d'ordre social, dans 70 0/0, d'ordre pathologique. Au premier rang des causes sociales se trouve l'*éducation*. Celle-ci peut être activement mauvaise (exemples, conseils), passivement mauvaise (faiblesse, indifférence), ou mal adaptée (disproportion entre les fautes et les sanctions, réprimandes violentes, suivies d'indifférence, etc...).

Les causes d'ordre pathologique sont le plus souvent d'hérédité similaire (38 0/0 environ), puis les toxi-infections, alcool, tuberculose, syphilis, etc. Elles donnent lieu à des *types cliniques*, fort différents, dont M. Schützenberger donne une pénétrante analyse : vol du pervers, du débile, de l'intermittent, de l'hystérique, etc., où l'on voit différer les modalités de l'accomplissement du vol, le choix de l'objet, et son utilisation.

©BIUM

Avec ces divers types cliniques, diffèreront totalement aussi le pronostic et le traitement.

Se plaçant alors sur le terrain médico-légal, l'auteur remarque que ce diagnostic, qui est de la plus haute importance, ne peut être fait que par un médecin. Celui-ci reconnaîtra, en outre, très souvent l'existence de causes pathologiques, dont la connaissance permettra d'espérer l'amélioration de l'individu par un traitement approprié ; isolement des hystériques, discipline militaire pour les pervers, hygiène médicale pour certains tuberculeux, éducation des déséquilibrés, traitement des épileptiques, etc... Aussi, l'auteur réclame-t-il que l'expertise médico-légale soit obligatoire pour tous les délinquants juvénils, généralisant ainsi ce qui, depuis plusieurs années, est réalisé grâce au Président Rollet et au Dr A. Collin, à la Consultation Médico-Sociologique Infantile. « Ainsi sera mieux respecté l'esprit de la loi qui ne veut ni punition, ni vengeance, mais qui désire remettre sur la bonne route tout mineur qui s'en est écarté, pour des causes sociales ou pathologiques. »

Louis PARANT.

OUVRAGES REÇUS

E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX, *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée.* — Neurologie, t. I et II. Maloine et fils, édit., Paris, 1921.

BRISSOT et BOURILHET. — *La démence chez les Epileptiques.* Maloine et fils, édit. Paris, 1921, 1 vol. de 115 p.

A.-C. GUILLAUME. — *Le Sympathique et les Systèmes associés.* — Préface du Pr Pierre Marie. Masson, édit. Paris, 1921.

Alfred MARTINET. — *Eléments de Biométrie.* 2e édit., Masson, édit. Paris, 1921.

A. LACASSAGNE et Et. MARTIN. — *Précis de Médecine légale.* 3e édit., Masson, édit. Paris, 1921.

H.-C. HALL. — *La dégénérescence hépato-lenticulaire ; maladie de Wilson. Pseudo-sclérose.* Préface du Prof. Pierre Marie. Masson, édit. Paris, 1921.

André THOMAS. — *Le Réflexe Pilomoteur.* Masson, édit. Paris, 1921.

Sigm. FREUD. — *Introduction à la Psychoanalyse.* Traduction de M. le Dr S. Jankélévitch. Payot, édit. Paris, 1921, 1 vol. de 484 p.

R. WARCOLLIER. — *La Télépathie.* Préface de M. le Prof. Richet. F. Alcan, édit. Paris, 1921, 1 vol. de 364 p.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 21 novembre 1921

Présidence de M. le Dr TRUELLE

Mouvements choréiformes de défense chez une psychasténique, par MM. J. CAPGRAS et P. ABÉLY. — Observation d'une femme de 34 ans atteinte depuis l'âge de 12 ans d'obsessions et de phobies multiples avec sentiment d'incomplétude et perte de la fonction du réel auxquels s'associe la cyclothymie.

Depuis quelques années des crises d'agitation forcée surviennent dès qu'elle est en public ou qu'on lui adresse la parole. C'est une série de tics d'habitude de la tête, des épaules et des membres supérieurs qui, par leur répétition, leur diversité et leur longue durée, prennent l'aspect de mouvements choréiformes analogues à ceux de la chorée variable de Brissaud. Le soulagement qui suit cette agitation motrice, primitivement automatique, l'a transformée aujourd'hui en mouvements de défense partiellement conscients et volontaires : c'est un moyen de lutter contre la timidité dont la suppression détermine de l'angoisse.

Le Bismuth dans les maladies des centres nerveux d'origine syphilitique. — Le Docteur A. MARIE, de l'Asile Clinique, signale le contraste manifeste qui existe entre l'action du tartro-bismuthate de potasse et de soude dans les syphiloses cérébrales anciennes par lésions localisées (gommes, par exemple), et, au contraire, dans des péri-méningo-encéphalites confirmées. — Ces dernières paraissent échapper à l'action des médicaments comme elles échappent généralement à l'action du mercure et du 606. Le Wassermann rachidien ne semble pas rétrocéder.

(1) **Hydrocéphalie, ramollissements cérébraux, épilepsie tardive. Mort par hémorragies cérébrales et pédonculaires**, par M. BEAUSSART. — Hémiparésie droite infantile. Epilepsie à partir de 43 ans ; crises rares. Mort au cours d'une attaque. Hémorragie cérébrale droite avec inondation ventriculaire ; hémorragie pédonculaire. Hydrocéphalie partielle

©BIUM

gauche pariéto-temporale. Ramollissements des circonvolutions de la même région. Pas de troubles du langage.

(2) **Syndrome de Weber, hémianopsie, paraphasie, tuberculome du cœur**, par M. BEAUSSART. — Tuberculose articulaire et ganglionnaire de 17 à 25 ans. A 47 ans : syndrome de Weber, hémianopsie homolatérale droite, paraphasie, asystolie, albuminurie.

Ramollissement pédonculaire et occipito-temporal inférieur gauche. Tubercule du ventricule gauche du cœur, gros comme une noix.

(1) **Eruptions provoquées par l'ingestion d'acide borique dans le traitement de l'épilepsie**, par M. G. NAUDASCHER. — Ces éruptions érythémateuses ou papuleuses habituellement très prurigineuses paraissent dues à la susceptibilité de certains sujets à l'égard de l'acide borique ; elles disparaissent très rapidement après la suppression du médicament.

(2) **Troubles mentaux et infections parasitaires de l'intestin**, par M. G. NAUDASCHER. — D'après deux observations, l'état mélancolique serait en rapport avec l'affection intestinale par le trichocéphale ; dans un autre cas, une malade mélancolique anxieuse a guéri très rapidement de ses troubles mentaux après l'expulsion de nombreux ascaris.

L'auteur attire l'attention sur certains symptômes qui peuvent servir d'arguments pour expliquer l'action irritative des parasites sur les terminaisons sympathiques au niveau de la muqueuse intestinale.

Interruption d'un traitement au Luminal. — Mort en état de mal épileptique, par M. J. SALOMON. — L'auteur rapporte l'observation d'un épileptique dont l'état avait été considérablement amélioré par le Luminal. Après quatre mois de traitement, le malade refusa de prendre ce médicament auquel il attribuait quelques troubles intestinaux. Les crises réapparurent dès le lendemain, devinrent de plus en plus nombreuses et six jours après l'interruption du traitement, le malade mourait en état de mal épileptique.

Ce cas s'ajoute à ceux déjà signalés par M. Frankhauser et souligne les dangers de l'interruption brusque d'un traitement au Luminal.

©BIUM

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Arrêté du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. — Les épreuves du concours pour l'emploi de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, qui doit s'ouvrir le 9 janvier 1922, sont ainsi réglées :

1° Une épreuve orale (clinique, traitement, assistance) sur deux malades de sexe différent d'un service d'aliénés. Le candidat aura 1 h. 1/2 pour l'examen des deux malades, 1 heure de réflexion et 1 heure pour l'exposé ;

2° Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal, sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé 1 heure pour l'examen et 2 heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, peuvent être mis à la disposition des candidats ;

3° Une épreuve de titres et travaux scientifiques, dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours. Les titres et travaux seront l'objet de la part de chacun des candidats d'un exposé oral d'une durée maxima de 30 minutes.

Une note spéciale sera réservée aux états de services.

Les points de l'épreuve de titres de travaux scientifiques, ainsi que la note d'états de services, seront donnés au début du concours. (*Journ. off.*, 9 décembre.)

Le jury qui vient d'être tiré au sort se compose de MM. Rondel, inspecteur général, président, Pactet, Sérieux, Colin, Chaslin, Hamel, Santenoise, membres titulaires, Trénel, Dide, membres suppléants.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Par arrêté préfectoral en date du 7 décembre 1921 :

M. le docteur Sérieux, médecin en chef de l'Asile Clinique (service de l'Admission), est affecté au même établissement (Division des Femmes), en remplacement de M. le Dr Dagonet, admis à la retraite.

©BIUM

M. le docteur Colin, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, (3e Section), est affecté à l'Asile Clinique (service de l'Admission), en remplacement de M. le docteur Sérieux, qui reçoit une autre affectation.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

M. le docteur Gelma, médecin-adjoint des asiles, mis à la disposition de M. le commissaire général de la République à Strasbourg, est nommé médecin en chef des asiles publics d'aliénés, et compris dans la cinquième classe du cadre. (Arrêté du 28 octobre 1921).

M. le docteur Guiraud, médecin-adjoint de l'asile de Toulouse, a été nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne).

M. le docteur Pasturel, médecin de l'asile public d'aliénés de Dun-sur-Auron, est élevé à la deuxième classe de son grade (Arrêté du 9 novembre 1921).

M. le docteur Daday, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bonneval, est élevé à la quatrième classe de son grade.

M. le docteur Guiard, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Naugeat, est élevé à la deuxième classe de son grade, au traitement de 15.000 francs, à dater du 1er novembre 1921.

M. le docteur Damaye, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon, est élevé à la quatrième classe de son grade, au traitement de 13.000 francs, à dater du 1er novembre 1921. (Arrêté du 11 novembre 1921.)

M. le docteur Mourgue est nommé médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Fains, et compris dans la quatrième classe du cadre. (Arrêté du 11 novembre 1921.) Est vacant le poste de médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, par suite de la nomination de M. le Dr X. Abély à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 13 décembre 1921

Prix Civrieux (900 fr.) : M. le Dr Pierre Béhague (de Paris).

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 fr.) : M. le Dr H. Codet, de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 fr.) : M. le Dr André Barbé (de Paris). Mentions honorables : MM. les Drs Ossip-Lourié, Brousseau.

Prix Magnan (3.500 fr.) : MM. les Docteur Vallon et L.-P. Pruvost.

©BIUM

NÉCROLOGIE

Le Dr Auguste Navarre

Nous avons le très profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Auguste Navarre, décédé chez lui, à Athis-Mons, le 23 novembre dernier, dans sa 68e année. Entré au Conseil Municipal de Paris en 1885, il y resta plus de trente ans. Il avait été président du Conseil Général de la Seine et sous ses auspices, en 1898, 1899, on vit se réunir la Commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des Aliénés. Les travaux de cette Commission constituent un recueil précieux où sont traitées à fond toutes les questions relatives à notre spécialité et dont certaines ont pu recevoir une solution satisfaisante grâce à l'appui des Paul Brousse, des Dubois, des Navarre, des Ernest et Henri Rousselle, des Rébeillard, etc., etc., de ceux, en un mot, qui ont su aborder en connaissance de cause les problèmes qui touchent à l'assistance des malades du cerveau.

Le Dr Navarre fut également député de la Seine et le resta pendant toute la durée de la guerre. Là encore, il apporta toutes les ressources d'un esprit éclairé et averti et, pendant les années terribles, il exerça une influence des plus heureuses et des plus efficaces sur le Service de Santé.

Rentré dans la vie privée à la suite de l'application de la représentation proportionnelle, le Dr Navarre ne cessa pas pour cela de s'occuper des questions relatives à la Santé publique et à l'organisation des asiles de la Seine. Il faisait partie de la Commission de surveillance des Asiles et du Conseil d'Hygiène du département de la Seine.

Avec le Dr Navarre disparaît un homme d'une intelligence remarquable. Sa longue carrière politique, sa profonde connaissance des questions municipales et départementales, son intelligence et sa droiture l'avaient mis au premier plan, à l'Hôtel-de-Ville et à la Chambre. Sa disparition sera vivement ressentie par nous tous. Personnellement je perds en lui un ami et j'adresse à sa famille l'expression émue de ma plus respectueuse sympathie.

H. Colin.

Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort du Dr André Viallon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), décédé à l'âge de 55 ans le 12 novembre dernier.

Nous apprenons également la mort prématurée du Dr Seringes, médecin-adjoint de l'asile de Vauclaire (Dordogne).

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

ONZIÈME SÉRIE

TOME I. — JANVIER-MAI 1921

Chroniques

Les *Annales Médico-psychologiques*, par le Dr Henri Colin 5
Le Concours des médecins des Asiles publics, par le Dr P. Juquelier 97
L'adjuvat, par le Dr Capgras 193
La retraite à 65 ans, par M. V. Truelle 290
La suppression de l'adjuvat, par M. J. Capgras 385

Articles originaux

H. Le Savoureux. — Rapports des Commotions de guerre et de la constitution émotive, 11 105
Ch. Ladame. — A propos de la folie religieuse, 27..... 121
Laignel-Lavastine et Jean Vinchon. — La Manie chronique. Essai de tableau clinique 203
Auguste Wimmer. — De la Kleptomanie au point de vue médico-légal 211
H. Beaudouin. — Mesures de la tension artérielle au cours d'états dépressifs 224
H. Colin. — Paul Juquelier 289
Dalmas et Vinchon. — Le rôle de l'habitude dans la colonisation familiale des aliénés 295
Wigert. — L'œuvre du Dispensaire des maladies mentales à Stockholm 310
Calixte Rougé. — Statistique complémentaire : Aliénés admis à l'asile de Limoux en 1920, dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 1914-18 318
Paul Guiraud. — Les formes verbales de l'interprétation délirante 395

Documents Cliniques

F. Tissot. — Délire de négation terminé par guérison : Considérations sur l'hypochondrie et la mélancolie 321
F. Usse. — Ecrits ironiques d'un paranoïaque halluciné .. 328
A. Starobinski. — Un cas de psychose maniaque dépressive à un jour d'altenance 344
Alfred Gordon. — Mutisme acquis et persistant chez un enfant de 13 ans 348
Dezwarte. — A propos des abcès de fixation 413

Société Médico-Psychologique

Séanoe du 27 décembre 1920. — Assemblée générale. — Propositions du Conseil d'Administration. — Relèvement des cotisations. — Subvention aux *Annales Médico-Psychologiques*. — Limitation des comptes rendus de communications. — Abonnement aux *Annales* des membres correspondants. — Election du Bureau : MM. Pactet, Toulouse, Colin, Juquelier, René Charpentier, Raymond Mallet. — Rapport de M. Mallet sur la candidature de MM. Ducosté, Genil-Perrin, Meuriot, Simon. — Election : MM. Simon, Meuriot. — Prix de la Société pour 1921. 36

©BIUM

SÉANCE ORDINAIRE. — Correspondance. — Contribution à l'étude des formes psychiques de la polioméncéphalie épidémique, par M. Livet. Discussion : MM. Briand, Marchand. — Diminution et modification des délires alcooliques à la suite des mesures législatives et administratives prises pendant la guerre, par M. de Clérambault. Discussion : M. Legrain. — De la mimique hallucinatoire et du diagnostic de l'hallucination auditive verbale, par M. Quercy 38

Séance du 31 janvier 1921. — Installation du Bureau : MM. Trénel, Pactet, Toulouse. — Admission à l'honorariat de M. Klippel. — Correspondance : MM. Simon, Meuriot, Raynier, Vermeylen, Mirc, Abély, Bouyer, Brousseau. — Commission du prix Moreau de Tours : MM. Arnaud, de Clérambault, Dupain, Leroy, Mallet. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapport de la Commission des Finances : M. Semelaigne. — Délire érotique avec perversion sexuelle, par MM. Chaslin et Chatelin. — Contribution à l'étude comparée des divers traitements de l'épilepsie, par MM. Roubinovitch et Lauzier. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Roubinovitch, Barbé, René Charpentier, Toulouse, Briand, Lauzier. — Adoption d'un vœu relatif à la prescription du Gardénal. — Syphilis héréditaire et épilepsie, par M. Leroy. — Encéphalite épidémique asthénique et myoclonique avec crises bulbaires. Évolution continue depuis plus d'un an, par MM. Leroy et Dupouy. Discussion : MM. Briand, Dupouy, Piéron, Leroy 130

Séance du 28 février 1921. — Modification de la date de la prochaine séance. — Lecture du décret autorisant la modification des statuts de la Société : M. Colin. — Correspondance : MM. Bond, Mignard, Bussard, Allamagny. — Rapport de M. Revault d'Allonnes sur la candidature de M. Raynier ; élection. — Rapport de M. Simon sur la candidature de M. Vermeylen ; élection. — Nomination de la commission d'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire : MM. Arnaud, Chaslin, Leroy, Mallet, Truelle. — Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale, par M. Simon. Discussion : MM. Dupré, Toulouse, Simon. — Le tréponème pâle est-il l'agent causal de la paralysie générale ? par M. L. Marchand. Discussion : MM. Dupré, Marchand, Barbé, Piéron 233

Séance du 29 mars 1921. — Correspondance : MM. Raynier Vermeylen, Rodiet, Ducosté, Tidemand-Johannessen, Arnaud. — Rapport de M. R. Charpentier sur la candidature de M. Allamagny ; élection. — Sur la nature de la démence survenant au cours de certains délires (à propos de deux cas de délire d'influence), par M. le Dr Mignard. Discussion : MM. Chaslin, Th. Simon, Arnaud, Truelle, Toulouse, Mignard. — Hallucinations lilliputiennes, délire et puérilisme, par M. E. Martimor. Discussion : M. Leroy 352

Séance du 25 avril 1921. — Centenaire de la fondation de l'asile de Bloomingdale Hospital. — Lecture du discours prononcé aux obsèques du Dr Juquelier par le Dr Toulouse. — Correspondance : MM. Allamagny, Petit, Abély, Antheaume, Meige. — Célébration du centenaire de la découverte de la paralysie générale. — Organisation d'une semaine psychiatrique. — Rapport de M. R. Mallet sur la candidature de MM. Mignard et Bussard. — Rapport de M. Simon sur la candidature de M. Tidemand Johannessen. — Note sur quelques cas anormaux de mélancolie, par MM. P. Chaslin, P. Chatelin, P. Meyerson. Discussion : MM. de Clérambault, Chaslin, Legrain, Toulouse, Colin. — Encéphalite épidémique et divorce (Contribution à l'étude médico-légale des formes mentales de l'encéphalite épidémique), par M. G. Petit. Discussion : MM. Briand,

©BIUM

Petit, Fillassier, Bonnet, Legrain. — Sur un cas de délire d'interprétation, par M. X. Abély. — Un cas de mort subite chez un aliéné. Pneumonie. Lésion des capsules surrénales, par MM. Beaudoin et Dubourdieu. — Note sur le traitement de la paralysie générale par le Néo-Salvarsan, par MM. Quercy et Roger. — Psychothérapie : Applications diverses par M. Chavigny. — Note sur l'emploi du gardénal dans l'épilepsie, par MM. Quercy et Sizaret. — Conception générale de la psychose maniaque dépressive, par M. Starobinski 417

Analyses

Bibliographie et analyses, 61, 167 262 372 453

Congrès

XXIVe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (Strasbourg, 26 août 1920), par M. René Charpentier, 58 157

Sociétés

Société clinique de médecine mentale : Séance du 21 février 1921 et fin du sommaire des présentations de l'année 1920, 183, 270, 376 473
Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France : Assemblée générale du 31 mai 1920 273

Variétés

Nouvelles. Distinctions honorifiques. Nominations de Promotions. Nécrologie, etc., etc., 86, 188, 280, 378 175

TOME II. — JUIN-DÉCEMBRE 1921

Chroniques

Danger résultant de l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer, par M. F. Pactet 5
Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Luxembourg-Metz (1er-6 août 1921), par M. Paul Courbon 97
Le service d'anthropologie pénitentiaire belge, par M. Werner Hœdemakers 193
La Conférence de Nicolas Sténon sur l'anatomie du cerveau. L'esprit scientifique moderne au XVIIe siècle, par M. Paul Sainton 289
Folie, crime et alcool, par le Dr Legrain 385

Articles originaux

André Ceillier. — Les mélancoliques anxieux persécutés, 13 110
Drs Levet et Vernet. — Un testament de persécuté 31
M. R. Charpentier. — Ernest Dupré (1862-1921) 203
Henri Colin et E. Minkowski. — Les conséquences de la loi de réformes et pensions du 31 mars 1919 dans le domaine des maladies mentales 207
M. P. Beaussart. — Aliénation mentale et loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires 303

©BIUM

M. Paul Courbon. — Les séquestrations volontaires et les psychoses de la liberté 398
M. Franco Da Rocha. — La manie chronique 412

Documents Cliniques

Roger Dupouy. — L'aboulie du neurasthénique d'après une auto-observation, 54, 129, ... 321
A. Starobinski. — Un cas de délire télépathique 219

Société Médico-Psychologique

Séance du 30 mai 1921. — Correspondance : MM. Mignard, Chaslin, Vinchon, Brissot, Vines. — Election d'un secrétaire des séances : M. Capgras. — Rapport de la Commission du Prix Moreau de Tours. — Les mélancoliques anxieux persécutés, par M. André Ceillier. Discussion : MM. R. Mallet, Legrain. — La tension artérielle habituelle chez les mélancoliques anxieux, par M. G. Naudascher. Discussion : M. Legrain 67

Séance du 27 juin 1921. — Désignation d'un délégué à la réunion annuelle de la *Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland* : M. H. Colin. — Compte rendu des décisions votées à la réunion plénière des Sociétés de Médecine Mentale. — Désignation de délégués au Congrès de Luxembourg : MM. Briand, Colin, Dupré, Legrain, Pactet et Semelaigne. — Rapport de M. Marchand sur la candidature de M. Georges Petit (*élection*). — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Xavier Abély (*élection*). — Rapport de M. Mallet sur la candidature de M. M. Jean Vinchon (*élection*). — Rapport de M. Rogues de Fursac sur la candidature de M. Brissot (*élection*). — Note complémentaire sur le traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée, par M. Maurice Ducosté. Discussion : MM. Toulouse, Ducosté, Dupré, Laignel-Lavastine, H. Colin, Courbon, Marchand, Charpentier, Vallon. — Quatre cas d'acidose chez des mélancoliques, par Mlle M. Badonnel. Discussion : MM. Legrain, Dupré, Colin, Toulouse. — Variations de la pression artérielle d'après certains états émotifs, par MM. G. Naudascher et E. Martimor. Discussion : MM. Legrain, Dupré, Toulouse 139

Séance du 25 juillet 1921. — Correspondance : MM. Capgras, Sucklick, Naudascher, G. Petit, X. Abély, Vinchon et Brissot. — Compte rendu par M. Colin de son voyage à Londres. — Rapport de M. Raymond Mallet sur la candidature de M. Vives (*élection*). — Les tendances de l'esprit du Code civil allemand en matière psychiatrique : une intervention judiciaire dans un cas mental complexe (malade atteinte d'une affection chirurgicale grave, de stupeur mélancolique et présentant des séquelles d'encéphalite épidémique, par M. Maurice Brissot. Discussion : MM. Toulouse, Fillassier, R. Charpentier, Mignard, Arnaud, Truelle, Brissot. — Psychose hallucinatoire chronique : Systématisation délirante. Idées de persécution, de négation et délire ambitieux. Syndrome de Cotard, par M. Maurice Brissot. Discussion : MM. Leroy, Brissot. — Mélancolie anxieuse et syndrome de Basedow. Délire interprétatif d'auto-accusation et délire imaginatif, par M. Maurice Brissot. Discussion : MM. Briand, R. Charpentier, Toulouse, Sollier, Arnaud, R. Mallet, Dupain, Brissot. — Dissociation psycho-organique, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique, par M. Georges Petit 225

Séance du 31 octobre 1921. — Correspondance : MM. Pactet, Charpentier, Molin de Teyssieu, M. le Préfet de la Seine.

©BIUM

— Décès de MM. Dupré et Séglas fils. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Naudascher (*élection*). — Rapport de M. Marchand sur la candidature de M. Jaroslaw Stuchlik (*élection*). — Le Centenaire de l'hôpital de Bloomingdale, par M. Pierre Janet. Discussion : MM. Toulouse, Delmas, Janet. — Insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines dans la mélancolie, par M. René Targowla et Mlle Badonnel. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Targowla. — Hallucinations lilliputiennes au cours de la démence, par M. A. Prince. Discussion : MM Leroy, Mignard 337

Séance du 28 novembre 1921. — Correspondance : MM. Naudascher, Pierre Kahn, V. Hœdemakers. — Vacance de deux places de membres titulaires. — Communication de la Société Suisse de Psychiatrie. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Molin de Teyssieu (*élection*). — Traitement des états mélancoliques par le cacodylate de soude à hautes doses, par MM. Rogues de Fursac et Abély (Xavier). Discussion : MM. H. Colin, R. Charpentier, A. Barbé, Mignard, Abély. — Paralysie générale et traumatisme, par MM. Pactet et Robin. — Conscience partielle et amnésie retardée dans les « absences » épileptiques, par E. Martimor. Discussion : M. Collet. — Les rémissions de la paralysie générale. Etude clinique et humorale, par MM. Targowla, Robin et Mlle Badonnel. Discussion : MM. Pactet, Toulouse. — L'expertise mentale. Les « Circonstances atténuantes » d'ordre psychique, par M. Hamel. Discussion : M. H. Colin. — *Erratum* : Election de M. Vives 423

Analyses

Bibliographie et Analyses, 76, 177, 382 457

Congrès

XXVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Luxembourg, 1er-6 août 1921), par M. Louis Parant, 271 371

Sociétés

Société clinique de médecine mentale, 184, 281 459

Variétés

Nouvelles. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie, etc., 90, 188, 284, 383 461

©BIUM

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

Abcès du cerveau, multiples, chez un tuberculeux, I, 175.
Abcès de fixation, dans les états confusionnels toxi-infectieux, I, **413**.
Aboulie et neurasthénie, II, **54**, **129**, **321**.
Académie de Médecine ; prix 1921, II, 462.
Académie de médecine belge, Prix, I, 190.
Accusation : voir auto-accusation.
Acidose chez les mélancoliques, II, **162**.
Acrocyanose, II, 380.
Adjuvat. Voir : concours ; médecins d'asiles.
Administration. Règlementation des achats dans les asiles d'aliénés, I, 286.
Affective (dépression) commotionnelle ; différence d'avec l'hyperémotivité, I, *15*.
Affectivité enfantine, II, 76. — Séméiologie psychologique, II, 76.
Agitation et rigidité musculaire, II, 379.
Aigu : voir délire.
Alcool, crime et folie, II, **385**.
Alcooliques (délires) et restrictions et prohibitions législatives et administratives de l'état de guerre, I, **45**.
Alcoolisme congénital, II, *386*.
Alcoolisme et délire d'imagination onirique post-commotionnel, I, 163 ; — et onirisme, II, *392* ; — et folie à éclipse, II, *393* ; — et automatisme, II, *395*. — Voir ivresse et dipsomanie.
Allusions verbales ; formes verbales de l'interprétation délirante, I, *396*.
Amnésies de guerre, I, 71.
Amnésie retardée et conscience partielle dans les absences épileptiques, II, **439**.
Anatomie du cerveau ; opinion de Sténon au XVII^e siècle, II, **289**.
Angoisse et brièveté du thorax, I, 165.
Angoisse ; traitement, I, 163. — Voir obsession.
Anormaux (enfants) et arriérés; éducation, I, 73.
Anormaux et puberté, I, 163.
Anormaux scolaires ; œuvre de Grancher, I, 164.
Anthropologie criminelle : voir : condamnés ; médecine légale ; pénitentiaire ; stérilisation.
Anthropologie pédagogique, Méthode auxologique basée sur l'anatomo-physiologie de la croissance, I, 62.
Anxiété, II, 69. — Voir mélancolie.
Anxiété périodique et délire, I, 164.
Anxiété et paludisme, I, 79.
Auxologique (méthode) : voir anthropologie pédagogique.
Aphasie, I, 174.
Apraxie et catatonie, I, 164.
Arriérés (enfants) et anormaux; éducation, I, 73.
Asiles : voir administration ; assistance ; centenaire ; concours ; médecins d'asiles.
Assistance : service ouvert de Ste-Anne, II, 286 ; — suppression des services d'aliénés de la Salpêtrière, I, 475 ; — placement des aliénés de la Seine dans les asiles de province dotés de médecins issus du concours, I, 384 ; — colonisation « sur parole », II, 78 (voir colonies familiales) ; — assistance psychia-

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les chiffres en italiques se rapportent à des matières connexes contenues dans les articles originaux ou communications.

trique de guerre (Italie), I, 178 ; — Argentine, I, 167 ; — assistance des aliénés (Buenos-Ayres), I, 267 ; — statistique de l'asile d'aliénés de Santiago de Chili, I, 373 ; — statistique (Paraguay), I, 262; — amélioration à apporter dans la situation des infirmiers d'asile, II, 190 ; — externement du personnel infirmier d'asile, I, 480 ; — voir centenaire ; concours ; guerre; pensions.
Astasie-abasie émotive, associée au syndrome commotionnel, I, *108*.
Asthénie commotionnelle, I, *13*.
Atrophie (hémi-) cérébrale avec hémi - atrophie cérébelleuse croisée, I, 174.
Auto-accusation. Délire systématique d'auto-accusation et mélancolie avec auto-accusation, II, *14*.
Automatisme et alcoolisme, II, *395*.

Basedow (maladie de) et lésions du corps thyroïde, I, 157 ; — étiologie et traitement, I, 165; — mélancolie anxieuse, délire imaginatif, II, **241**.
Bégaiement émotif associé au syndrome commotionnel, I, *110*.
Biologiques (méthodes) et cliniques, I, 468.
Bore et épilepsie, II, 376.
Boulimie, dans l'encéphalite épidémique, I, *444*.
Bromure et épilepsie, I, **142**.
Bulbaire (syndrome pseudo-), II, 379.

Cacodylate de soude à hautes doses ; traitement de la mélancolie, II, **425**.
Camptocormie associée au syndrome commotionnel, I, *112*.
Capsules surrénales (lésions des). Mort subite ; pneumonie. I. 452.
Caractère individuel et aliénation mentale, II, 183.
Caractère de l'enfant ; son influence sur la variété de psychose ultérieure, I, 177.
Catatonie, apraxie, I, 164 ; — et encéphalite épidémique, I, 164.
Cécité : voir jalousie.
Centenaire : de l'asile de Bloomingdale (E.-U.), I, 417 ; II, 344 ; — de la découverte de la P. G., I, 422, 476.
Cerveau et cervelet : voir : atrophie ; anatomie.
Chemins de fer (aliénation mentale des employés de), II, **5**.
Chorée et hallucinations lilliputiennes, I, **367**.
Choroïdes (plexus) et démence précoce, I, 178.
Chronaxie et myopathie, I, 165.
Cinématographe ; son utilisation pour l'enseignement neurologique, II, 379.
Clonus, I, 165.
Colonies familiales de la Seine; rôle de l'habitude dans la colonisation, I, **295**.
Colonisation psychiatrique « sur parole », II, 78.
Commotions de guerre et constitution émotive, I, **11**, **105**.
Commotion : voir : affectivité ; astasie-abasie ; asthénie ; bégaiement; camptocormie; confusion ; crises convulsives ; dépression ; épilepsie ; hyperesthésie ; hystérie ; imagination ; irritabilité ; myoclonie ; surdi-mutité ; stupeur ; tremblements ; tension artérielle.
Concours : adjuvat 1921, I, 188 et 281 ; — clinicat 1921, II, 192 ; — médecins-chefs des asiles de la Seine, II, 383, 461 ; — internat des asiles de la Seine 1920 et 1921, I, 188. — Voir : médecins d'asiles.
Condamnés (traitement des) ; sa conception anthropologique, II, 380.
Confusion mentale et syndrome commotionnel, I, *113*.
Confusion mentale ou démence, I, 363.
Confusion mentale et abcès de fixation, I, **413**.
Congénital (alcoolisme). — Voir alcoolisme.
Congrès des aliénistes et neurologistes : Strasbourg 1920, I, 58, 157 ; — Luxembourg 1921 ; I, 283, 380 ; II, **97**, 271,

©BIUM

371 ; — Quimper 1922, II, 285 ; — crédits accordés aux médecins pour faciliter leur adhésion, I, 283.
Conscience de l'état morbide chez les psychopathes, II, 272.
Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques, II, **439**.
Constitution émotive et commotion de guerre, I, **11**, **105**.
Contagion mentale familiale, I, 164.
Convulsives (crises) émotives associées au syndrome commotionnel, I, *106*.
Cortical (syndrome sensitif) ; localisation, I, 78.
Corticale (épilepsie d'origine). — Voir épilepsie.
Crime, alcool, folie, II, **385**.
Criminologie de guerre et neuro-psychiatrie, I, p. 81.
Criminologie : voir délinquance.
Culpabilité pénale et responsabilité médicale pour aliénation mentale, I, 77.

Débilité intellectuelle ; sa limite supérieure, I, **236**.
Débilité mentale : voir démence.
Défense (rêverie de) chez un psychasthénique, I, 181.
Dégénérescence ; stérilisation sexuelle, I, 77.
Délinquence. Genèse du délit et psychologie moderne, II, 81.
Délire aigu ; anatomie pathologique, I, 178.
Démence — ou confusion, I, 363 ; — sa nature lorsqu'elle apparaît au cours de certains délires ; rémissions, I, **354** ; — ou syndrome discordant (d. p.) ; sa fréquence alors que les délires hallucinatoires débutent dans le jeune âge, sa rareté alors que ces délires débutent tard, I, *361* ; — représentation graphique du fond mental, I, 372.
Démence précoce — paranoïde et paraphrénie, I, 267 ; — folies intermittentes et épuisement cérébral, I, 164 ; — allure de d. p., débilité mentale, mélancolie, psychose intermittente et état mixte, I, *430* ; — guérison, II, 373 ; — et lésions des plexus choroïdes, I, 178 ; — traitement par le sérum humain normal, I, 179.
Déontologie et jurisprudence médicales, I, 63.
Dépression affective commotionnelle ; sa différence d'avec l'hyperémotivité, I, *15*.
Dépressifs (états) et tension artérielle, I, **224** ; — transitoires et secondaires dans les délires de persécution, II, *18*.
Dépressive (psychose maniaque). — Voir manie.
Dessins d'un aliéné, I, 164.
Déterminisme dans le domaine moral, I, 165.
Diabète. — Voir jalousie.
Diagnostic en psychiatrie, II, 85.
Dialacétine et épilepsie, I, **142**.
Dimidié (syndrome vasculaire), I, *21*.
Dipsomanie, II, *387*.
Discordance. — Voir démence.
Dissociation mentale ; processus, I, 162.
Dissociation de la sensibilité, I, 180.
Divorce : voir encéphalite.

Eclipses (folies à) toxiques, II, *393*.
Ecrits ironiques d'un paranoïaque halluciné, I, **328**.
Electrologie, II, 76.
Electrothérapie, II, 382.
Emotions et commotion, I, **11**, **105** ; — voir : astasie-abasie ; bégaiement ; constitution émotive ; convulsives (crises) ; myoclonie ; tremblement — hyperémotivité et dépression affective commotionnelle, I, *15* ; — et psychonévroses de guerre, I, 82 ; — leur expression physique, I, 85 ; — leur rappel et leur valeur thérapeutique, I, 374.
Emotif (mécanisme) des obsessions ; rôle du trauma psychique, I, 266.
Emotifs (états) et pression artérielle, II, **170**.
Emotifs (réflexes) ; leurs centres encéphaliques, I, 85.
Encéphalite épidémique, I, **39**,

©BIUM

162 ; II, 227 ; — en Uruguay, I, 172 ; — importance de la nature du terrain prédisposant, I, 176 ; — formes prolongées, I, 176 ; — crises bulbaires ; évolution prolongée ; coryza tenace, I, **151** ; — formes mentales prolongées ; intermittences et périodicité ; dissociation psycho-organique, II, **247** ; — formes mentales, I, 161 ; — séquelles mentales, II, 372 ; — pathogénie psychologique des troubles mentaux, I, 178; — et catatonie, I, 164; — et boulimie, I, *444;* — et prurit, I, *444;* — et herpès zoster, I, *41;* — sudation post-mortem, I, 172 ; — symptômes oculaires et localisations cérébrales, I, 472 ; — liquide céphalo-rachidien, I, 162 ; — maladie de Parkinson guérie par l'E., I, 172 ; — et divorce, I, **437**.

Endocrines (glandes) et sympathique, I, 458.

Endocrinienne (épilepsie), II, 379.

Enfantine (affectivité), II, 76.

Enfants : voir : anormaux ; arriérés ; infantile ; pédagogie. — Le caractère de l'enfant influence sur la variété de psychose ultérieure, I, 177 ; — vol de l'enfant, II, 457.

Enseignement neurologique par le cinéma, II, 379.

Epilepsie : rougeur préparoxystique, II, 379 ; — microsphygmie, I, 165 ; — théories pathogéniques, II, 179 ; — conscience partielle et amnésie retardée dans les absences, II, **439** ; — associée au syndrome commotionnel, I, *105 ;* — et psychasthénie, II, *444 ;* — de la ménopause, I, 172 ; — endocrinienne ; épilepsie d'origine corticale, II, 379 ; — traumatique, II, 275 ; — et hémiplégie par abcès à pneumocoques, II, 379 ; — jacksonnienne; syphilis; trépanation, II, 85; — et syphilis héréditaire (2e génération); tabès (1re génération); accidents oculaires (3e génération), I, p. **149** ; — traitement par luminal, I, 452 ; II, **146**, 377 ; — par tartrate borico-potassique, I, 164; II, 376 ; — par bore, II, 376 ; — comparé par bromure, tartrate, luminal, dialacétine, I, **142**. — Voir hystéro-épilepsie.

Epuisement cérébral, folies intermittentes et démence précoce, I, 164.

Ereutophobie ; traitement, I, 163.

Erotique (délire) avec inversion sexuelle féminine, I, **132**.

Excitation périodique et crises polyuriques, I, 164.

Exhibitionnisme : voir Génitale.

Expertise mentale. Circonstances atténuantes d'ordre psychique, II, **446**.

Familiale (contagion mentale), I, 164.

Fétichisme et vols, I, *214*.

Finalité (problème de) et principe d'indifférence, I, 459.

Foie et pancréas (maladies du) traité, I, 63.

Folie ; pensée organique, II, 182.

Folie, crime, alcool, II, **385**.

Folies intermittentes, d. p. et épuisement cérébral, I, 164.

Gardénal : voir luminal.

Gazés (névroses des), II, 80.

Génie, I, 263.

Génitale (obsession), angoisse, exhibitionnisme, II, 373.

Guerre (pathologie de) : assistance psychiatrique (Italie), I, 178 ; — statistique des cas d'aliénation mentale traités à l'asile de Limoux, I, **318** ; — service neuro-psychiatrique de Ste-Gemmes, I, 263 ; — psychoses post-traumatiques, I, 469. — Voir : alcoolisme, amnésies, anxiété, commotions, criminologie, émotions, gazés, paludisme, psychonévroses, puérilisme.

Graphique (représentation) du fond mental, I, 372.

Graphomanie ; essai de psychologie morbide, I, 75.

Grippe, insuffisance surrénale et psychose maniaque dépressive, II, 83 ; — complications nerveuses, I, 165.

©BIUM

Gris : voir noyaux.
Grossesse et vols, I, *214* ; — et encéphalite épidémique.
Gynécologie médicale et troubles nerveux, I, 453.

Habitude (rôle de l') dans la colonisation familiale des aliénés, I, **295**.
Hallucinations : visuelles isolées, I, 164 ; — lilliputiennes dans la chorée, I, **367** ; — lilliputiennes au cours de la démence, II, **364**.
Hallucinatoire (mimique) sans hallucinations auditives verbales, I, **51**.
Hallucinatoire (psychose) chronique ; persécutions, négations, mégalomanie, II, **236**.
Hémiplégie et épilepsie par abcès à pneumocoques, II, 379 ; — cérébrale traumatique ; traitement par courant galvanique avec ionisation de chlorure de calcium, II, 378.
Herpès zoster et encéphalite épidémique, I, *41*.
Homonymes ; formes verbales de l'interprétation délirante, I, *397*.
Homosexualité féminine ; inversion, I, 82.
Hygiène mentale. — Voir Ligue.
Hygiène ; interdiction du travail de nuit des boulangers, I, 479.
Hyperesthésie sensorielle commotionnelle, I, *17*.
Hypocondriaque (délire) avec idées de négations ; guérison, I, **321**.
Hystérie — traumatique, I, 165 ; — épilepsie associée au syndrome commotiomel, I, *106* ; — troubles fonctionnels associés au syndrome commotionnel, I, *117* ; — observation ancienne, II, 379.

Imagination (délire d') onirique post-commotionnel chez un alcoolique, I, 163 ; — délire imaginatif dans la manie chronique, I, *207* ; — délire imaginatif, basedow, mélancolie anxieuse, II, **241**.
Impulsions verbales et mimique hallucinatoire sans hallucinations auditives, I, **51**.
Indifférence (principe d') et problème de finalité, I, 459.
Individuel (caractère) et aliénation mentale, II, 183.
Infantile (médecine légale), I, 64.
Infection (toxi), états confusionnels et abcès de fixation, I, **413**.
Infirmiers d'asiles. — Voir Assistance.
Influence (idées d') au cours de l'excitation maniaque, I, 163 ; — délire d', I, **354**.
Insula de Reil ; développement, II, 379.
Intellectuels (territoires) et localisations cérébrales, I, 161.
Intermittentes (folies), d. p., et épuisement cérébral, I, 164. — Voir manie et mélancolie.
Interprétation délirante ; ses formes verbales, I, **395** ; — délire d' ; phase prodromique, I, 84 ; — délire d' ; forme jalouse ; cécité diabétique, I, **446**.
Interpsychologie dans les affections mentales, I, 58.
Inversion sexuelle féminine ; délire érotique, I, **132**. — Voir homosexualité.
Involution : troubles mentaux, I, 83 ; — et mélancolie, I, 84 ; II, **412**.
Ironiques (écrits). — Voir écrits.
Irritabilité commotionnelle, I, *17*.
Ivresse avec impulsions et hérédité alcoolique, II, *446*.

Jalousie (délire de) à base d'interprétations ; cécité diabétique, I, **446**.
Jeux de mots (raisonnements par) ; formes verbales de l'interprétation, I, *401*.
Jurisprudence médicale et déontologie, I, 63.
Kaballistiques (relations) ; forme verbale de l'interprétation délirante, I, *396*.
Kleptomanie, I, **211**.
Korsakoff (syndrome de), I, 470.

©BIUM

Législation civile : allemande en Alsace et exercice de la médecine, II, **227** ; — française et allemande et situation de l'aliéné, I, 162.
Ligue d'hygiène et prophylaxie mentale : programme, comité, I, 87 ; — subvention, II, 191 ; — séance solennelle, II, 94 ; — service ouvert de la Seine, I, 95 ; — projet de création de dispensaires psychiatriques et dépistage de l'enfance anormale, I, 96 ; — classement intellectuel et capacités professionnelles, I, 268 ; — Dispensaire de Stockholm, I, **310** ; — services ouverts dans les asiles, II, 375.
Lilliputiennes (hallucinations) au cours de la démence, II, **364** ; — et chorée, I, **367**.
Localisations cérébrales et territoires intellectuels, I, 161.
Luminal. — Voir épilepsie.

Manie : chronique, I, **203** ; II, **412** ; — chronique et délires imaginatifs, I, *207* ; — solennité maniaque avec mutacisme (état mixte de folie intermittente), I, *434* ; — manie et idées d'influence, I, 163 ; — psychose maniaque dépressive avec alternance régulière quotidienne, I, **344** ; — psychose maniaque dépressive, I, 452 ; — psychose maniaque dépressive, grippe et insuffisance surrénale, II, 83 ; — psychose maniaque dépressive et paranoïa, II, *419*.
Médecins d'asiles : retraite à 65 ans, I, 280, **290**, 475 ; — modifications à apporter au concours, I, **97** ; — projet de suppression de l'adjuvat, I, **193**, **385** ; II, *188* ; — publication des vacances de postes, II, 188 ; — lettre au Ministre concernant la carrière, II, 91 ; — crédits à accorder pour faciliter l'adhésion aux Congrès, I, 283 ; — nominations et promotions, I, 189, 282 ; II, 90, 284, 461 ; — distinctions honorifiques, I, 283, 380 ; II, 90, 285 ; — association mutuelle, I, 273. — Voir concours.
Médecine légale : voir : alcoolisme, amnésie, anthropologie, culpabilité, délinquence, divorce, expertise, fétichisme, infantile, mutilation, pénitentiaire, pensions, suicide, testament, trauma, vols.
Médecine mentale (Société clinique de). — Voir Société.
Médico-psychologique (Société). — Voir Société.
Mégalomanie. — Voir hallucinatoire (psychose).
Mélancolie : chronique ou d'involution, II, *412* ; — et persécution, I, *425* ; — mélancoliques anxieux persécutés, II, **13**, **69**, **110** ; — avec auto-accusations et délire systématisé d'auto-accusations, II, *14* ; — cas anormaux, I, **425** ; — anxieuse ; basedow ; délire imaginatif, II, **241** ; — débilité mentale, allure hébéphrénique, psychose intermittente ; état mixte, I, *430* ; — guérison d'un cas sous l'influence d'un trauma, II, *415* ; — avec état somatique normal, I, *428* ; — d'involution, I, 84 ; — anxieuse et tension artérielle, II, **70** ; — acidose, II, **162** ; — insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines, II, **346** ; — traitement par cacodylate à hautes doses, II, **425** ; — mauvais effet de la strychnine, II, *432*.
Mélanodermie et états hyperthyroïdiens, II, 380.
Ménopause et épilepsie, I, 172.
Microsphygmie et épilepsie, I, 165.
Migraine ; pathogénie, I, 176.
Mimique hallucinatoire sans hallucinations auditives verbales, I, **51** ; — fonctions mimiques ; noyaux gris, I, 85.
Mixtes (états). — Voir manie et mélancolie.
Mort subite, pneumonie, lésions des capsules surrénales, I, 452.
Mutilation (auto-) délirante, I, 329.

©BIUM

Mutisme chez un enfant de 13 ans, I, **348.**
Myoclonie émotive associée au syndrome commotionnel, I, *110.*
Myopathie et chronaxie, I, 165.
Mystique (l'état) ; considérations psycho-métaphysiques, II, 372.

Nécrologie : Ritti, Jules Voisin, Levassort, I, 275 ; — Juquelier, I, 289, 378, 417 ; — Dupré, II, **203**, 337 ; — Navarre, Viallon, Seringes, II, 463.
Négation : idées, avec délire hypocondriaque, I, **321** ; — psychose hallucinatoire chronique, persécution, mégalomanie, II, **236.**
Neurasthénie et aboulie, II, **54, 129, 321.**
Noyaux gris ; fonctions mimiques et végétatives ; expressions physiques des émotions, I, 85.

Obsession : génitale, angoisse, exhibitionnisme, II, 373 ; — mécanisme, rôle du trauma psychique, I, 266 ; — psychologie et thérapeutique, I, 163.
Onirisme : psychoses post-, I, 60 ; — encéphalite épidémique, I, 39 ; — alcoolique, II, *392 ;* — délire d'imagination post-commotionnel chez un alcoolique, I, 163.

Paludisme et anxiété, I, 79.
Pancréas. — Voir foie.
Paralytiques (troubles) commotionnels, I, *21.*
Paralysie générale : agent causal : tréponème ou virus filtrant ? I, **251** ; — formes correspondant à des allures cliniques particulières de syphilis (neuro et dermotropisme), I, 73 ; — et rémissions ; étude clinique et humorale, II, **445** ; — et atrophie musculaire, II, 380 ; — réflexe oculo-cardiaque, I, 165 ; — traitement par 914, I, 452 ; — et trauma, II, **434.**
Paranoïa ou psychose maniaque dépressive, II, 419 ; — paranoïaque halluciné ; écrits ironiques, I, **328** ; — démence précoce paranoïde et paraphrénie, I, 267.
Paraphrénie. — Voir paranoïa.
Parkinson (maladie de) et rhumatisme chronique, II, 379 ; — guérie par une encéphalite intercurrente, I, 172. — Voir encéphalite épidémique.
Parologique (syndrome), I, 175.
Paroptique (sens). — Voir vision.
Pédagogie. — Voir anormaux, anthropologie, arriérés, enfants.
Pénitentiaire (système) belge ; annexes psychiatriques ; Ecole de criminologie et police scientifique, I, 78 ; — service d'anthropologie pénitentiaire belge, II, **193.**
Pensions militaires (loi du 31 mars 1919) et maladies mentales, II, **207, 303.**
Périodique : anxiété périodique et délire, I, 164 ; — excitation périodique et crises polyuriques, I, 164.
Persécution : délire de persécution et testament contesté, II, **31** ; — et mélancolie, I, *425 ;* — et mélancolie anxieuse, II, **13, 69, 110** ; — délire de persécution avec états dépressifs transitoires, II, *18 ;* — suicide des persécutés, II, *19 ;* — négation, mégalomanie, II, **236.**
Perversion. — Voir sexuelle et fétichisme.
Phénomène des orteils et manœuvre de la jambe, II, 380.
Phobie. — Voir éreutophobie.
Plexus. — Voir choroïdes.
Polyuriques (crises) et excitation périodique, I, 164.
Préjugés sur les affections mentales (Uruguay), I, 177.
Pression du liquide céphalo-rachidien, I, 165.
Pression artérielle et états émotifs, II, **170.** — Voir tension.
Professionnelles (maladies mentales), I, 159.

©BIUM

Prophylaxie mentale. — Voir Ligue.
Prurit et encéphalite épidémique, I, 444.
Psychasthénie, épilepsie, II, 444 ; — rêverie de défense, I, 181.
Psychiatrie ; traité, I, 69, 463.
Psycho-analyse d'un cas de psychasthénie grave, I, 182 ; — l'une de ses difficultés, II, 82.
Psychologique (Année) 1914-1919, I, 471 ; — institut, I, 286.
Psychomotrices (hallucinations) et mimique hallucinatoire sans hallucinations auditives, I, 51.
Psychonévroses : de guerre, I, 82 ; — traitement par hyperhémie cérébrale, II, 372.
Psychoses de la liberté et séquestrations volontaires, II, 398.
Psychothérapie : applications générales, I, 452 ; — tendances actuelles, II, 374.
Puberté chez les anormaux, I, 163.
Puérilisme mental, I, 80.

Rachianesthésie générale, II, 177.
Radiculites et radiothérapie, II, 380.
Radiothérapie et radiculites, II, 380.
Raynaud (maladie de), II, 379.
Réactions au sang défibriné pour l'étude du liquide céphalo-rachidien, II, 84.
Réactives (psychoses), I, 164.
Réflexe oculo-cardiaque, II, 380; — mesure manométrique, I, 164 ; — tabès et p. g., I, 165.
Réflexes tendineux chez les commotionnés, I, 24.
Religieuse (folie), I, 27, 121.
Religiosité et sexualité, I, 28.
Rémissions et p. g., étude clinique et humorale, II, 445 ; — dans la démence, I, 359.
Responsabilité. — Voir culpabilité ; expertise.
Réticence, II, 182.
Rêverie. — Voir défense.
Rhumatisme chronique et maladie de Parkinson, II, 379.
Rigidité musculaire et agitation, II, 379.

Salvarsan ; traitement des maladies nerveuses, I, 163 ; — traitement de la p. g., I, 452.
Sciatique radiculaire et glucosurie réflexe, II, 380.
Sens de la vie humaine, I, 74.
Sensibilité. — Voir dissociation et sensitif.
Sensitif cortical (syndrome) ; localisations corticales, I, 78.
Séquestrations volontaires et psychose de la liberté, II, 398.
Sexualité et religiosité, I, 28 ; — orgasme sexuel et vol, I, 214.
Sexuelle (stérilisation) des dégénérés, I, 77 ; — inversion sexuelle féminine et délire érotique, I, 132.
Solennité. — Voir manie.
Simulation des maladies mentales, I, 164 ; II, 277.
Société clinique de médecine mentale 1919 à 1921, I, 183, 270, 376, 473 ; II, 87, 184, 281, 459.
Société médico-psychologique : 1921 ; — Bureau 1921, I, 37, 132 ; — Séances : décembre 1920, I, 36 ; — janvier, I, 130; février, I, 233 ; — mars, I, 352 ; — avril, I, 417 ; — mai, II, 67 ; — juin, II, 139 ; — juillet, II, 225 ; — octobre, II, 337 ; — novembre, II, 423; — membres associés étrangers : Vermeylen, I, 235 ; — Tidemand Johannessen, I, 424 ; — Vives, II, 226, 456 ; — Jaroslaw Stuchlik, II, 342 ; — membres correspondants : Raynier, I, 234 ; — Allamagny, I, 353 ; — Petit G., II, 139 ; — Abély, II, 142 ; — Vinchon II, 143; — Brissot, II, 144 ; — Naudascher, II, 340 ; — Molin de Teyssieu, II, 424 ; — membres titulaires : Meuriot, I, 37 ; — Simon, I, 37 ; — Mignard, I, 423 ; — Prix 1922, I, 86 ; — Prix Moreau de Tours, II, 67 ; — Prix Es-

©BIUM

quirol, I, 352, 421 ; — Réunion psychiatrique annuelle, I, 423, 477.
Société neurologique : Réunion annuelle, I, 286 ; I, 422.
Société belge de neurologie : 25e anniversaire, I, 286.
Société suisse de psychiatrie : Réunion annuelle, II, 423.
Sphigmo (microsphygmie) et épilepsie, I, 165.
Stérilisation sexuelle des dégénérés, I, 77.
Stéréotypies d'attitude, I, 179.
Stupeur commotionnelle des muscles et nerfs périphériques, I, 22.
Sudation post-mortem dans l'encéphalite épidémique, I, 172.
Suicide : par plaies craniennes, I, 180 ; — des persécutés, II, *19*.
Surdi-mutité commotionnelle, I, *19*.
Surrénale (insuffisance), grippe et psychose maniaque dépressive, II, 83 ; — lésions des surrénales, pneumonie, mort subite, I, 452. — Voir virilisme.
Symbolisme : pensée symbolique déterminée par les lésions localisées du cerveau, II, 82 ; — érotique, I, 451 ; — loi du symbolisme en psychiatrie, II, 371 ; — valeur dynamique, I, 181.
Sympathique et glandes endocrines, I, 458.
Syphilis : traité, I, 455 ; — nerveuse ; traitement intra-rachidien, II, 178 ; — héréditaire et épilepsie, I, **149** ; — et épilepsie jacksonnienne, II, 85. — Voir paralysie générale.

Tabès — réflexe oculo-cardiaque, I, 165.
Tartrate borico-potassique et épilepsie. — Voir épilepsie.
Télépathique (délire), II, **219**.
Tension artérielle : chez les mélancoliques anxieux, II, **70** ; — chez les commotionnés, I, 23 ; — dans les états dépressifs, I, **224**. — Voir pression.
Testaments des persécutés, II, **31**.
Tétanos : pseudo-tétanos psychiques, I, 161 ; — contractures latentes des convalescents, I, 165.
Thyroïde (corps). — Voir Basedow.
Traitement ménager en thérapeutique mentale, II, 375.
Traumatisme : et p. g., II, **434** ; — psychique, et mécanisme émotif des obsessions, I, 266 ; — psychoses traumatiques chez les combattants, I, 469 ; — et hystérie, I, 165 ; — et épilepsie, II, 275.
Tremblements : émotifs associés au syndrome commotionnel, I, *110* ; — commotionnel, I, *18*.
Trépanation. — Voir épilepsie.
Tuberculose. — Voir abcès du cerveau.

Végétatives (fonctions) et noyaux gris, I, 85.
Verbales (formes) de l'interprétation délirante, I, **395**.
Vieillesse. — Voir involution.
Virilisme surrénal, formes frustes, II, 374.
Vision extra-rétinienne ; sens paroptique, I, 167.
Vols et orgasme sexuel, I, *214* ; — et fétichisme, I, *214* ; — et grossesse, I, *214* ; — chez l'enfant, II, 457.

Wassermann (réaction), sa valeur réelle ; ses aléas, I, 260.
Wilson (maladie de), II, 179.

©BIUM

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

Abély, I, **446** ; II, 142, **425**.
Abrahamson Isador, I, 178.
Adam Fr., II, 375, 378.
Allamagny, I, 353.
Ameline, I, 164.
Anglade, I, 159, 161 ; II, 91, 379.
Andrieux, I, 462.
Antonini, I, 178.
Arnaud, I, *360* ; II, *235*, *246*.

Babonneix, I, 456.
Badonnel (Mlle), II, **162**, **346**, **445**.
Barbé, I, *261*, 463, 468 ; II, *433*.
Barré, I, 159, 162, 164, 165 ; II, 380.
Baruck, I, 263.
Baudoin, I, **224**, 452.
Beaussart, II, **303**.
Béhague, II, 275.
Bergès, I, 457.
Bérillon, II, 374.
Bessières R., I, 263.
Bianconi, II, 373.
Blondel, I, 161.
Blum, I, 165.
Boncour (Paul), I, 163.
Bonhomme J., I, 463.
Bosch, I, 372.
Bourguignon, I, 158, 165 ; II, 378.
Boven W., I, 177.
Briand, I, **44**, *148*, *156*, 159, 161, *444* ; II, *244*, 372.
Brissot, I, 69, 463 ; II, 144, **227**, **236**, **241**, 376.
Brown W., I, 374.
Brulé, I, 63.
Buscaino, I, 85.

Calmels, II, 375.
Capgras, I, 69, **193**, **385**, *450*.
Carrion, I, 458.
Castaigne, I, 63.
Ceillier, II, **13**, **69**, **110**.
Charpentier R., II, *160*, *203*, *235*, *245*, 378, *433*.
Charron, I, 463.
Chaslin, I, **132**, 181, *360*, **425**.
Chatelin P., I, **132**, **425**.
Chavigny, I, 160, 161, 452.
Chiray, II, 378.
Claude H., I, 175 ; II, 372, 373, 374, 378.
Clérambault (de), I, **45**, *433*.
Colin, I, **5**, 422, 423, 463 ; II, *159*, *169*, **207**, *432*, *456*.
Collet, II, *444*.
Collin A., I, 64.
Cornélius R., I, 163, 266.
Coulonjou, I, 159.
Courbon, I, 162 ; II, **97**, *159*, 182, **398**.
Crocq, I, 160, 163 ; II, 380.
Crouzon, I, 159, 164 ; II, 376.
Cusack S. Thomas, II, 78.

Dalché, I, 453.
Dalmas, I, **295**.
Dardel, I, 165.
Decroly, II, 76.
Dekock (Mme), I, 73.
Delahet, II, 380.
Delmas, I, 60 ; II, 345.
Demay, I, 463.
Deny, I, 463.
Deschamps, I, 175.
Dezwarte, I, **413**.
Dubourdieu, I, 452.
Ducosté, II, **146**.
Dupain, II, *246*.
Dupouy, R., I, **151** ; II, **54**, **129**, **321**.
Dupré E., I, 58, 159, 160, 164, *248*, *259* ; II, *157*, *169*, *176*, 377.
Durand, I, 69.
Eissen, I, 164.
Etchepare, I, 177.
Etienne, II, 379.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Soctété médico-psychologique. Les chiffres en italiques se rapportent à des matières connexes contenues dans les articles originaux ou communications.

©BIUM

Famenne, II, 372.
Farigoule, I, 167.
Faroy, I, 63.
Fiessinger, I, 63.
Filassier, I, *445* ; II, *234*.
Filliâtre (Le), II, 177.
Flournoy H., I, 84.
Forman, II, 379.
Foscarini E., I, 82.
Frankhauser, I, 459.
Freud, II, 82.
Frey, II, 380.
Funaioli, I, 81.

Garban, I, 63.
Gelma, I, 162, 164.
Gendre (Le), I, 63.
Génil-Perrin, II, 376.
Gilbert Allen, I, 82.
Girard Jean, II, 379.
Glorieux, II, 378.
Godin, I, 62.
Goldstein, I, 182.
Gordon, I, **348**.
Gorriti, I, 262, 267.
Granjux, I, 160, 164.
Guillaume, I, 458.
Guiraud, I, **395**.
Gunsett, II, 380.

Hallion, II, 372.
Hamel J., II, **446**.
Hanns, I, 162, 165.
Hartenberg, I, 163, 165 ; II, 379.
Harvier, I, 458.
Heger-Gilbert, I, 78.
Hesnard, I, 61, 161, 162 ; II, 182, 371, 372, 373.
Heuyer, I, 163.
Hollander (d'), I, 164.
Hoven, I, 469 ; II, 183.
Hulbert S. Harold, II, 80.

Ingenieros, I, 167.

Jacobi, I, 179.
Janet P., II, 344.
Jaroslaw Stuchlik, II, 342.
Jellife Smith, I, 181.
Juquelier, I, 69, **97**.
Kempf, I, 179.
Kempf Edward, I, 179.
Kessler, I, 164.
Knaff, II, 379.

Laborderie, II, 382.
Ladame Ch., I, **27**, **121**.
Lafora, II, 178.
Laignel-Lavastine, I, *147*, **203** ; II, *158*, 363, 372, 374, 378.
Lalanne, II, 378.
Landau, II, 379.
Lannelongue, I, 176.
Laurent, I, 165.
Lauzier J., I, **162**, 165.
Legrain, I, 50, *435*, *446*, 463 ; II, *75*, *169*, *175*, 378, **385**.
Lépine J., I, 159, 164, 176.
Lerat, I, 164, 378.
Lereboullet, I, 458.
Leroy R., I, **149**, **151**, *370* ; II, *240*, *370*.
Letellier, I, 373.
Levet, II, **31**.
Ley, I, 165 ; II, 373.
Lisi (de), I, 82.
Livet, I, **39**.
Logre, I, 69, 163 ; II, 272.
Long, II, 379.
Lortat-Jacob, II, 380.

Macdonald C.-F., I, 77.
Mac Dougald, I, 374.
Maere, II, 373.
Mallet, I, 69 ; II, *69*, *246*.
Mannheimer-Gommès, II, 375.
Marchand, I, *44*, **251** ; II, *160*.
Marie P., I, 164.
Martimor, I, **367** ; II, **170**, **439**.
Martin W. Bar, I, 77.
Masquin, I, 163.
Massary (de), II, 379.
Mayer Ed., I, 180.
Meige, I, 160, 164, 422 ; II, 377.
Menzies W.-M., I, 84.
Meuriot, I, 37.
Meyerson, I, 181, **425**.
Mignard, I, 69, **354**, 366, 423 ; II, *235*, *371*.
Minkowski, II, **207**.
Mo Art., I, 372, 470.
Molin de Teyssieu, II, 424.
Monier-Vinard, I, 165.
Mourgue, II, 82.
Myers, I, 374.

Naudascher, II, **70** ; II, **170**, 340.

Ossip-Lourié, I, 75.
Osty E., I, 74.

Pactet, I, 463 ; II, **5**, **434**, *445*.
Page May, I, 173.
Palcos, I, 263.
Parant Louis, II, 376.
Perrens, II, 373.
Petit G., I, **437** ; II, 139, **247**.
Pfersdorff, I, 161, 164.
Pieron, I, 78, 80, *156*, *261*.
Porot, II, 277.
Prat, II, 85.
Prince, I, 164 ; II, **364**.

Quercy, I, **51**, 452.

Rapuc, II, 376.
Raymond, I, 164.
Raynier, I, 234.
Redalié, I, 178.
Régis André, I, 71.
Rémond (de Metz), I, 176.
Reynes, I, 180.
Reys, I, 162.
Ribadeau-Dumas, I, 63.
Ricaldoni, I, 172.
Ringenbach, II, 380.
Ritti, I, 69.
Robin, II, **434**.
Rocha (da), II, **412**.
Roger, I, 452.
Rogues de Fursac, II, **425**.
Rollet H., I, 64.
Rosanoff J. Aaron, II, 78.
Rossi, II, 83, 85.
Roubinovitch, I, **142**, 159, 160, 164, 165.
Rougé C., I, **318**.
Rouquier, I, 161 ; II, 372.
Roussy, I, 157, 164.
Rouzaud, I, 176.

Sadamichi (von) Kitabayashi, I, 178.
Sainton, II, **289**.
Sanchis Banus, I, 172, 174, 267 ; II, 84, 179.
Sanguinetti, I, 73.
Sauvineau, I, 472.
Savage, I, 83.
Savoureux (Le), I, **11**, **105**.
Scheffer, II, 380.
Schneider, I, 164.
Schnyder, II, 374.
Schutzenberger, II, 457.
Secelle (Mme), I, 73.
Serafini, II, 81.
Sérieux, I, 69.
Sicard, I, 159, 160, 164 ; II, 372.
Simon, I, 37, **236**, *360*.
Simonin, I, 164.
Sizaret, I, 452.
Sollier, I, 159 ; II, *245*.
Spitz, I, 162.
Starobinski, I, **344**, 452 ; II, **219**.
Stearns, I, 268.
Suttel, I, 164.

Targowla, II, **346**, **445**.
Tidemand Johannessen, I, 424.
Tissot, I, **321**.
Toulouse, I, *148*, *249*, *361*, *364*, 418, *435* ; II, *157*, *169*, *176*, *234*, *245*, 337, 345, *445*.
Truelle, I, **290**, *360*, *363*, 463 ; II, 235.

Usse, I, **328**.

Vallon, I, 463 ; II, *161*.
Vermeylen, I, 235 ; II, 76.
Vernet, II, **31**.
Vervaeck, II, 380.
Vieux, I, 165.
Vinchon, I, 79, **203**, **295** ; II, 143.
Vives, II, 226, 456.
Voivenel, II, 374, 375, 377.

Welter, II, 372.
Wenger, II, 379.
Werner Hædemakers, II, **193**.
Wigert, I, **310**.
Wilson S.-A.-K., II, 179.
Wimmer, I, **211**.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 25.218