Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1923.
Cote : 90152, 1923, n° 02

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1923x02

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

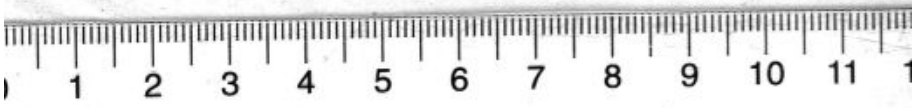
JOURNAL

DE

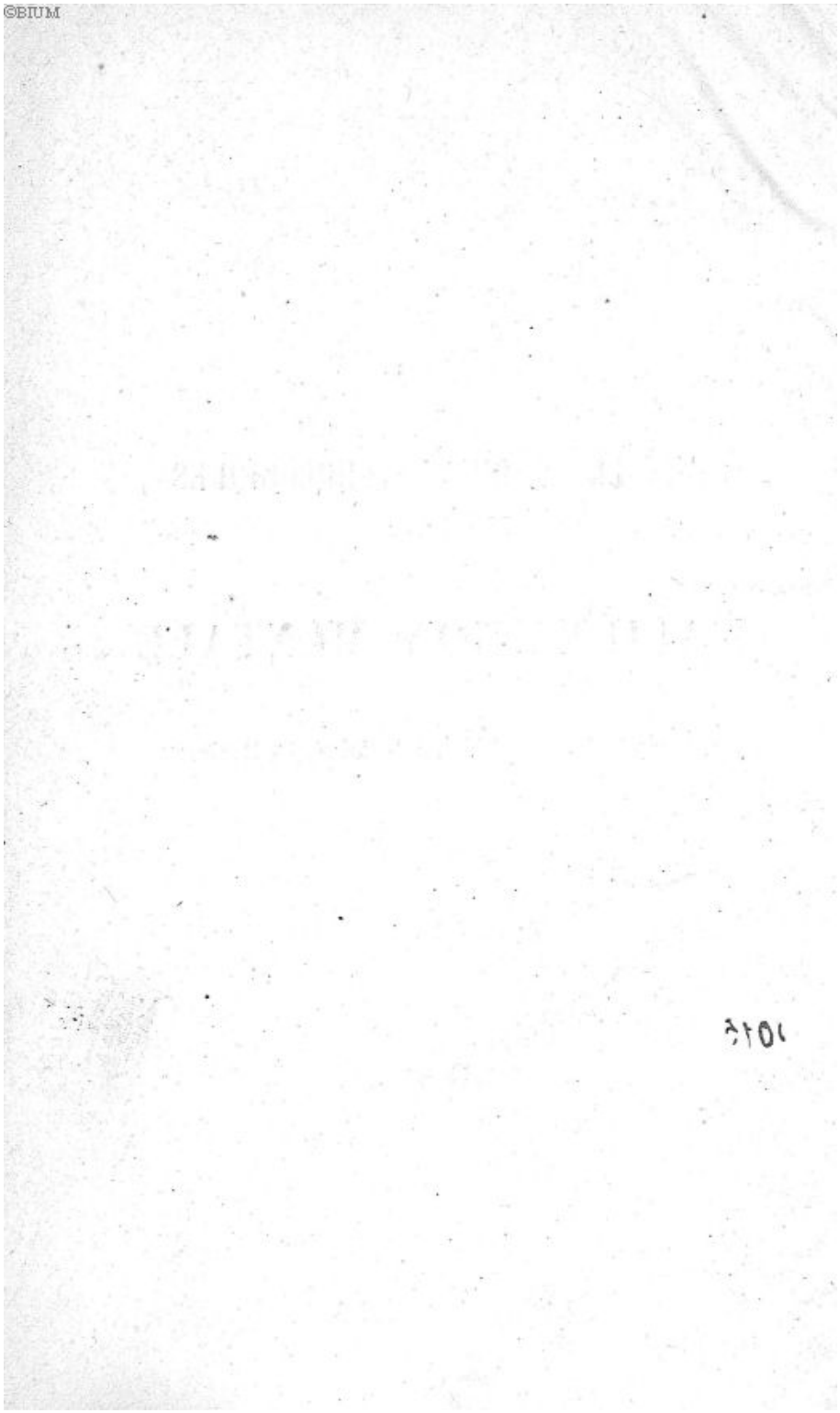
L'ALIÉNATION MENTALE

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 Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-UNIÈME ANNÉE

90152

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1923

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Monument à la mémoire de Valentin Magnan à l'Asile Clinique Ste-Anne

C'est un grand bas-relief de bronze, encadré de pierre et fixé au mur de façade du Service de l'Admission, à gauche de la porte d'entrée principale. Il représente Valentin Magnan dans une salle de son service, au chevet d'une mélancolique anxieuse sur laquelle il se penche. Le regard pénétrant du grand observateur et la douceur de son cœur pitoyable sont exprimés avec une grande justesse. L'œuvre est d'ailleurs de l'un des hommes qui l'ont le mieux connu, le maître statuaire docteur Paul Richer, professeur honoraire d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, membre de l'Académie des Beaux-Arts et de l'Académie de médecine. L'inauguration a eu lieu le mercredi 6 juin, à 16 h. 30,

©BIUM

en présence d'une assemblée considérable par le nombre et la qualité, sous la présidence de M. Paul Strauss, membre de l'Académie de médecine, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. M. Robaglia, président du Conseil général, M. Juillard, préfet de la Seine, M. Mourier, ancien ministre, directeur général de l'Assistance Publique à Paris, avaient pris place auprès de lui. M. Lalou, rapporteur général du Budget de la Ville de Paris, représentait le Conseil municipal.

Plusieurs conseillers généraux, entre autres MM. Fleurot et Calmels, les deux anciens préfets de police, MM. Lépine et Laurent, étaient parmi les assistants. M. Naudin, le préfet actuel, empêché, s'était fait représenter par M. Roussel, chef de la division du Cabinet.

L'Académie de Médecine était représentée par le professeur Hanriot, le professeur Hayem, le Dr Camus, le Dr Thibierge, le professeur Sieur, le Dr Maurice de Fleury ; la Société médico-psychologique, par MM. Mallet, Capgras, Antheaume, Henri Colin et René Charpentier ; la Société de Médecine légale, par MM. Vallon et Antheaume ; la Société de Clinique mentale, par les Drs Dupain, Leroy ; la Société de Neurologie, par Mme Déjerine, MM. Crouzon, Barbé, Bauer et Meige ; la Société de Psychiatrie, par M. Marcel Briand, son président et M. Laignel-Lavastine, son secrétaire général ; la Société d'anatomie, par le Dr Brault, de l'Académie de Médecine ; la Société de psychologie, par le Dr Georges Dumas, professeur à la Sorbonne ; l'Association des Internes des Hôpitaux, par son président, le professeur Teissier ; l'Association des

©BIUM

Internes des Asiles, par le Dr Arnaud ; la Société de Biologie, par le Dr Gley, professeur au Collège de France ; la Ligue d'Hygiène mentale américaine, par M. Beers ; la Société médicale des Hôpitaux, par le Dr de Massary ; la Société médicale des Asiles, par le Dr Toulouse ; la Commission de Surveillance, par MM. Magny, sénateur, Surleau-Goguel, Michel, Aubert et Culaud ; la Commission centrale d'Assistance, par M. Delaître ; le Conseil supérieur de l'Assistance Publique, par M. Rondel, secrétaire général, et le Dr Legrain ; la Commission internationale des questions d'Assistance, par M. Dequidt ; le Service des aliénés de la préfecture de la Seine, par M. Jouhannaud, directeur des affaires départementales, et M. Verley, inspecteur général ; le Service des aliénés à la préfecture de police, par son chef, M. Vétel ; le Service de santé militaire était représenté par le médecin principal de 1re classe Saltet, médecin-chef du Val-de-Grâce, par le professeur agrégé Jude. Les Infirmiers et les Infirmières de l'Asile clinique en uniforme étaient massés en face du public.

La famille de Valentin Magnan, sa fille, son gendre et ses petits-fils étaient placés auprès du monument et discrètement abrités par une touffe de verdure.

Un ciel gris, un temps frais ; par intervalles, un vent qui, soufflant du Midi, refroidissait encore l'atmosphère et disputait aux mains des orateurs les feuillets de leurs discours.

Le Comité d'exécution du Monument était présidé par le Dr Marcel Briand, l'élève préféré du Maître et son successeur immédiat au Service de l'Admission ; c'est lui qui prit le premier la parole

©BIUM

et il commença par remercier le ministre d'être venu apporter à Valentin Magnan le témoignage de son estime. Après quelques paroles à l'adresse des membres du Conseil général, il donna le signal de la chute du voile qui recouvrait le monument, dont il fit remise au département de la Seine. Puis, le Dr Briand traça, en quelques mots, extrêmement heureux, le portrait du Maître auprès de qui il a vécu longuement, et dont il a été le collaborateur le plus intime.

V. Magnan était un observateur perspicace. Educateur-né, il associait sans arrière-pensée ses élèves à toutes ses recherches et s'entretenait avec eux, en de longues causeries familières, du but entrevu, en attirant leur attention sur des faits en apparence insignifiants, qui, par leur fréquence et leur superposition, le guidaient dans ses recherches de la vérité scientifique. S'il aimait à formuler les idées qui s'élaboraient en son cerveau à l'occasion d'un fait constaté par lui, c'était pour les préciser. Il donnait ainsi comme un corps à sa pensée, afin d'en mieux apercevoir le côté faible. Souvent il sollicitait une discussion révélatrice. Ses cours très longuement préparés avec les malades qui devaient en faire l'objet, attiraient de nombreux auditeurs. Il en écrivait le sommaire sur des fiches où toutes ses notes, classées d'après un plan uniforme, rappelaient au professeur, par la place où elles figuraient, le relief qu'il entendait leur donner.

Ennemi de toute réclame, travaillant en silence, n'écrivant jamais rien sans une longue méditation et avant d'être profondément convaincu de la réalité du fait avancé, il défendait âprement ses doctrines, mais toujours avec une grande modération dans la forme. S'il ne cachait pas son animosité, contre certains adversaires, il respectait toujours, et parfois avec tristesse, les opinions qu'il savait sincères. Souvent il entraînait ses contradicteurs dans son Service, pour leur montrer,

©BIUM

à l'appui de la thèse soutenue, quelques cas types, sujets conservés comme des exemples qui, pour lui, confirmatifs, illustraient, par une page de leur vie, la doctrine dont il se faisait le protagoniste.

V. Magnan parlait toujours avec une grande douceur à ses malades. Lorsqu'il les interrogeait, leur attitude, leur premier mot lui avaient dicté sa première question et, souvent déjà, son diagnostic. Il les écoutait avec attention et les encourageait par l'intérêt qu'il prenait ou paraissait prendre à leur conversation, sans que sa physionomie traduisit le moindre étonnement, en face des confidences les plus horrifiantes.

V. Magnan gardait auprès de lui quelques malades, réservés aux visiteurs intimes. C'étaient des sujets porteurs d'affections d'un diagnostic difficile, et présentant quelques signes très apparents d'une maladie autre que celle dont ils étaient réellement frappés. Le visiteur, mis en présence d'un cas intéressant, procédait à un examen d'autant plus sommaire que le diagnostic paraissait s'imposer davantage.

Etonné de la simplicité de la « colle » qui lui était posée, il ne manquait pas de se laisser prendre en donnant le diagnostic inexact et prévu. Plusieurs d'entre nous reconnaîtront, à travers ces souvenirs, la silhouette d'une épileptique en démence que sa parole trémulente, des troubles pupillaires et une vantardise puérile faisaient toujours prendre pour une paralytique général, et cela sans surprise pour les élèves et le patron.

Voici la fin de ce charmant discours :

C'est avec tristesse qu'il quitta cette maison où s'était écoulée, dans un labeur ininterrompu, la meilleure partie de son existence. Le 30 juin 1912, V. Magnan examinait, avec toujours la même attention, le 152.832^{me} entrant. Le lendemain, il fit ses adieux à ses malades, à son personnel infirmier et à ses internes et me les recommanda tous en me faisant la remise de son service.

Il avait promis de revenir bientôt dans une maison

©BIUM

trop pleine de lui pour qu'il y fût jamais étranger. Chaque fois que je lui rappelais sa promesse, il en remettait l'exécution. Un jour, il me chargea de distribuer des souvenirs à plusieurs infirmiers et infirmières, dont il avait eu à se louer plus particulièrement. Je compris, alors que, redoutant l'émotion des souvenirs, il ne se montrerait plus à Ste-Anne.

B. Magnan, en effet, n'y revint jamais.

Ses élèves, ses collègues et ses amis l'y ramènent, aujourd'hui, dans une apothéose triomphante.

⁂

C'est M. Robaglia, président du Conseil général, qui prit possession du monument et qui fit, à son tour, de l'illustre psychiatre, l'éloge dont nous détachons les lignes que voici :

Magnan fut parmi les plus acharnés à l'étude de la psychiatrie et au perfectionnement de ses méthodes.

Quarante-cinq années durant, il s'est attaché à la même œuvre, dans le même endroit, dans cet Asile Ste-Anne, dont il voulut faire un refuge de paix et de régénérescence pour la raison chancelante, un établissement modèle parmi ceux que le Conseil général a consacrés aux malheureux déments pour lesquels vous connaissez sa sollicitude.

Interne, suppléant, répartiteur, chef de service, Magnan voua son inlassable persévérance et son grand cœur à l'aliéné, à l'aliéné dont il disait qu'il fallait non seulement le soigner, mais surtout l'aimer.

Telles étaient son abnégation, son insouciance de soi-même qu'il délaissait tout pour se consacrer à sa tâche, logeant toujours à l'Asile, voyant ses malades à toute heure du jour et de la nuit, par crainte de laisser échapper une occasion de soulager une souffrance, une observation dont il eût pu tirer profit pour son édification et son enseignement.

Durant ses quarante-cinq années d'apostolat — seul

©BIUM

mot qui convienne à une activité dirigée par une si haute conscience — 115.000 malades passèrent par ses mains.

C'est dire quelle autorité il conquit dans la sphère de la psychiatrie et de quelle portée furent ses enseignements.

⁂

Au nom de la Société médicale des Asiles de la Seine, qu'il préside cette année, le Dr Edouard Toulouse fit voir que Magnan fut un précurseur, un initiateur, et que sa pensée d'il y a 30 ans est encore aujourd'hui conforme aux préoccupations les plus modernes de la Psychiatrie, qui s'attachent principalement à trois problèmes : « Le mystère biologique de la constitution psychopathique ; l'aide demandée au Laboratoire pour objectiver nos connaissances ; enfin, le double effort social vers une assistance à la fois plus libérale, en faveur des malades inoffensifs et plus ferme à l'égard des antisociaux. » Il loua Magnan d'avoir consacré sa vie à sa tâche, d'avoir vraiment vécu avec ses malades et réalisé pleinement le mot d'Esquirol : « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. »

⁂

Ce fut ensuite le Dr Dupain qui occupa la tribune au nom de la Société clinique de Médecine mentale. Son discours, fort élégamment écrit, et prononcé d'une voix excellente, se borne à raconter les relations du Maître avec la Compagnie qu'il représente.

⁂

©BIUM

Le Dr Antheaume parlait au nom de la Société médico-psychologique qu'il préside et de la Société de Médecine légale de France. Il a rappelé que c'est en 1885 que Magnan fit ses communications illustres sur la « Dégénérescence mentale » ; en 1887 et 1888 qu'il provoqua de mémorables discussions sur le « Délire chronique à évolution systématique ».

Nous devons à ce novateur génial, à cet esprit méthodique et généralisateur la première vue d'ensemble, la première classification rationnelle des maladies mentales. Sa conception, devenue classique, répandit à l'époque une clarté bien française dans l'état d'anarchie nosologique qui régnait auparavant. Les aliénistes de tous les pays connaissent ses mémoires sur la « Folie intermittente », l'« Alcoolisme », sur les « Psychoses des dégénérés » (délire d'emblée), « Délire polymorphe », « Délire systématisé », etc... Expérimentateur et physiologiste remarquable, ainsi qu'en témoignent ses belles recherches initiales sur la toxicité des alcools, de l'absinthe, du furfurol, anatomo-pathologiste d'une conscience rare dont les recherches sur les lésions de la paralysie générale ont fait époque, clinicien merveilleux, enseigneur excellent, Magnan fut un type de savant complet portant ses investigations heureuses aussi bien dans le domaine de la science pure que de la science appliquée, de la pratique psychiatrique et médico-légale.

Parlant au nom de l'Académie de Médecine, que Magnan présida pendant l'année 1916, M. Hanriot fit, avec la précision et la concision dont il est coutumier, un éloge du Maître, qui, non content d'être le plus illustre aliéniste de son temps, dépassa à plusieurs reprises les bornes de la psychiatrie, notamment lorsqu'il apporta à l'Hygiène générale

©BIUM

le secours de ses belles recherches expérimentales sur les effets de l'alcool.

⁂

C'est actuellement le Dr Henri Colin qui dirige ce Service de l'Admission que Magnan créa et organisa avec amour. C'est l'histoire de ce beau service que le Dr Colin a racontée de la façon la plus captivante, en évoquant le souvenir de tous les collaborateurs du Maître.

On a souvent insisté sur l'affection que Magnan témoignait à ses malades. Le mystère qui entoure le domaine de l'intelligence a pour effet d'effrayer les hommes à l'idée que la pensée peut être obscurcie par la maladie. De là, une répulsion instinctive pour les malades de l'esprit, pour les aliénés. Mais si la fatalité s'abat sur un parent, si l'étude ou le devoir professionnel obligent à voir de près le patient, la crainte, la répulsion initiales font place à une immense pitié. On s'aperçoit alors que ces malades ressemblent singulièrement aux autres et que, chez eux, l'éternelle souffrance humaine se manifeste par les mêmes effets.

L'influence du milieu est toute-puissante, ici comme ailleurs. Et si Magnan a fait de l'Admission le Service que vous connaissez, l'Admission a agi sur Magnan, en développant chez lui jusqu'à l'extrême cette pitié constante, ce besoin de guérir ou de soulager qu'il a su communiquer à son personnel, aux infirmiers et aux infirmières élevés à son école et dont plusieurs sont encore parmi nous.

⁂

L'allocution de M. Juillard, préfet de la Seine, serait à citer tout entière ; j'en détache, non sans peine, car c'est un tout harmonieux, les passages suivants:

©BIUM

Si l'extrême modestie du Docteur Magnan avait pu s'attacher un instant à pareille pensée, nul doute qu'il eût désigné pour place à son image celle-là même qui a été choisie. C'est que l'Asile-Clinique ne fut pas seulement pour cet infatigable travailleur le laboratoire, la salle de consultation ou le service : il fut sa demeure dans toutes les acceptions du terme, sa demeure matérielle pendant 45 ans, et plus encore la demeure de sa pensée et de son cœur. Cet admirable adversaire de la douleur n'imaginait même pas pour lui une existence distincte de ses travaux et de ses bienfaisants efforts. Du 1er mai 1867 au 30 juillet 1912, jeune interne plein de foi et d'espoir, puis médecin-suppléant, puis médecin-chef honoré dans l'Europe entière, il n'eut pas d'autre horizon que ces cours, ces salles et ces pavillons. Il vécut, il campa toute sa vie au milieu de la souffrance parce qu'il ne songeait qu'à elle et n'en pouvait détourner ses regards.

. . . . . .

Il serait, de ma part, bien téméraire, alors que maintes voix particulièrement autorisées ont déjà savamment analysé cette œuvre imposante, d'évoquer, à mon tour, les qualités immenses de ce clinicien-né. Du moins m'est-il permis de traduire les sentiments de respect et de gratitude que ses travaux nous inspirent. L'étude et la description, devenue classique, des effrayants effets de l'intoxication par l'alcool, ce chapitre seul suffirait à assurer à la mémoire du Docteur Magnan une juste reconnaissance.

. . . . . .

C'est un grand honneur pour le département de la Seine, et c'est un grand bienfait pour ses asiles, d'avoir donné à la pensée d'un tel maître les moyens de se développer. Si l'enseignement de la médecine mentale, qui existait grâce à lui dans nos services avant même d'être institué à la Faculté, rayonne aujourd'hui d'un si vif éclat, on le doit, en partie, à l'instrument que nous avons créé, et nous pouvons nous féliciter hautement d'avoir tant contribué à cette œuvre d'intérêt national.

©BIUM

Le ministre de l'Hygiène clôtura la série des discours.

Son allocution, d'ailleurs courte, est si substantiellement écrite, toutes les lignes sont d'un homme qui a si bien connu Magnan, qu'on n'en pourrait rien retrancher.

En honorant, en glorifiant le Docteur Magnan au lieu même qui a vu naître et croître sa renommée, le Comité qui m'a convié à cette commémoration touchante a eu, d'accord avec l'Administration préfectorale et le Conseil Général de la Seine, la plus heureuse inspiration. Nulle part, mieux qu'en cet établissement, ne doit se perpétuer la mémoire du médecin éminent qui, pendant 45 ans, vécut au milieu de ses malades, mit à leur service tant d'intelligence et de dévouement et porta à un haut degré le renom mondial de l'école française de Psychiatrie.

Les témoins les plus autorisés ont affirmé l'importance de son œuvre, ils ont marqué le rôle prépondérant de l'homme de bien et de science qui a été, à proprement parler, le continuateur de Pinel. Après le vieux et illustre maître, Magnan, imbu des mêmes principes, poussant jusqu'à ses extrêmes limites la mansuétude avertie et la pitié légitime, après avoir supprimé l'emploi de la cellule et de la camisole de force, a introduit, dans la thérapeutique des affections mentales, cette méthode de l'alitement à laquelle il a dû tant de succès et qui a puissamment contribué à conférer à ses travaux une efficacité salutaire et bienfaisante.

Magnan a été l'homme d'une grande idée, à laquelle il a, toute sa vie durant, consacré son sens clinique admirable et son profond esprit d'observation.

Désintéressé, simple, modeste et bon, le médecin en chef du bureau d'admission, qui porte tout à la fois son nom et son empreinte a, pendant quarante-cinq années, travaillé pour ses malades, ne songeant qu'à eux, ne vivant que pour eux, leur donnant l'effort le plus patient et le plus serein, le plus noble et le plus affectueux.

©BIUM

Le dur combat contre les affections mentales, pour les dépister, pour les traiter, pour les guérir, l'absorbait tout entier, et, s'il ne se dérobait à aucun devoir civique ou scientifique, il continuait à plaider la cause de ses malades dans toutes les assemblées dont il faisait partie, l'Académie de Médecine, le Conseil Supérieur de l'Assistance publique, les Commissions et les Sociétés savantes auxquelles il apportait le trésor de ses connaissances encyclopédiques, de son expérience consommée, de son bon sens supérieur.

Comment s'étonner dès lors qu'après une telle vie de labeur exemplaire les travaux d'un tel maître se soient toujours trouvés et restent encore à l'avant-garde de la psychiatrie française ? Même au delà de la tombe, les psychiatres les plus éminents l'ont maintes fois proclamé, la clarté projetée par ce clinicien célèbre sur l'étude des affections les plus douloureuses et les plus émouvantes n'a cessé de contribuer aux progrès de la science des maladies de l'esprit et d'agrandir ainsi le rayonnement de la science française.

L'illustre savant, lui non plus, tout en reculant sans cesse l'horizon de sa pensée et de ses recherches, n'acceptait pas de mettre à l'arrière-plan ses obligations nationales (1). Aux deux pôles de son existence, Magnan a témoigné d'un patriotisme inébranlable : en 1870-71, en allant relever et soigner les blessés sur les champs de bataille, pendant la grande guerre de 1914-1918 en prononçant, comme Président de l'Académie de médecine, des paroles vengeresses sur une agression odieuse et des phrases émues sur la vaillance et la résignation des pères et des mères de France, atteints au plus profond d'eux-mêmes par des deuils irréparables.

Patriote, savant, clinicien, thérapeute, le Dr Magnan, collaborateur incomparable du Conseil Général

(1) Disons, à ce propos, qu'au cours de l'année 1917, le service psychiatrique du Val de Grâce, dirigiré par le Dr Marcel Briand, fut appelé à envoyer en Suisse quelques conférencier en vue de la propagande française. L'un dc ces conférenciers, le Dr T. Simon, choisit, pour l'exposer aux médecins et au public intellectuel Suisse, l'œuvre de son maître Magnan, — et cette conférence fut accueillie avec une particulière faveur.

©BIUM

de la Seine, fidèle interprète de sa pensée généreuse, a été et restera, pour la médecine mentale si pitoyable aux misères humaines, un modèle et un exemple.

Le Gouvernement de la République s'incline avec une gratitude respectueuse devant la vie, les travaux, les bienfaits de l'illustre maître de la psychiatrie française dont les enseignements sont, pour la science et pour l'assistance, le guide le plus sûr et le plus lumineux.

De longs applaudissements saluèrent ces nobles paroles. Puis l'assemblée se dispersa, les uns allant complimenter les organisateurs et les orateurs, les autres s'attardant à admirer de près la belle œuvre de Paul Richer.

Les groupes se dirigèrent ensuite vers le buffet, installé dans un des parloirs, et l'on prit le thé, cependant qu'une musique militaire faisait entendre ses fanfares, pour le plus évident plaisir des malades.

Au total, inauguration fort belle, dont garderont le souvenir ceux qui ont eu le plaisir d'y assister ; cérémonie véritablement digne de celui qui fut pendant un demi-siècle, le Maître de tous les aliénistes du monde et qui demeure encore, par sa méthode scientifique et ses vertus professionnelles, un incomparable modèle.

Le monument qui orne la façade du Service de l'Admission à l'asile clinique est le symbole d'une gloire française aussi durable que l'airain.

Dr Horace Bianchon.

©BIUM

LA « FOLIE MANIAQUE DÉPRÉSSIVE » AU XVIIIe SIÈCLE

Par MM. Marcel BRIAND et Ch. AZEMAR

Si l'on en juge par ce qu'écrivait M. James dans la première moitié du XVIIIe siècle, la folie maniaque dépressive était connue depuis longtemps.

Voici ce que cet auteur écrivait dans le dictionnaire universel de Médecine (1) :

Mania, manie. — « Il est absolument nécessaire de « réduire la mélancolie et la manie à une seule espèce « de maladie et conséquemment de les examiner d'un « même coup d'œil, car nous trouvons, par nos expé- « riences et par nos observations journalières, qu'elles « ont l'une et l'autre la même origine et la même « cause, c'est-à-dire une congestion excessive de sang « dans le cerveau qui est la partie la plus faible et la « plus tendre du corps et qu'elles ne diffèrent que par le « degré et par la période en sorte que la mélancolie peut « être regardée à juste titre comme le commencement de « la manie et la manie comme l'accroissement, l'ef- « fet accidentel ou le dernier degré de la mélancolie... « Les observations les plus exactes et l'expérience de « tous les jours confirment la même chose, car nous « voyons que les mélancoliques, surtout ceux en qui « cette disposition est invétérée, deviennent facilement « maniaques et que lorsque la manie cesse, la mélan- « colie recommence, en sorte qu'il y a passage et retour « de l'une à l'autre selon certaines périodes. »

Voilà, posées comme des principes que l'auteur considère comme hors de discussion, non seulement la succession des accès maniaques et mélancoliques, mais encore l'unité de ces deux affections. Le vieux cliché « il n'y a rien de nouveau sous le soleil » est donc ici encore justifié. La folie à double forme, la psychose

(1) Traduit de l'anglais par MM. Diderot, Eidons et Toussaint (Paris, 1747).

©BIUM

maniaque dépressive de la 6e édition de Kraepelin est donc connue depuis deux siècles.

« Ceux qui sont attaqués de mélancolie, écrit « M. James, sont tristes, abattus et chagrins sans aucune « cause apparente. Ils tremblent de frayeur, manquent « de courage, sont tourmentés d'insomnie, et aiment « la solitude. Ils entrent facilement en colère,... ils « ont des temps d'avarice dans lesquels on ne leur peut « rien arracher, mais ils deviennent bientôt prodigues « et dissiperaient tout si on les laissait faire. Ils ont un « penchant immodéré à l'acte vénérien qu'ils com- « mettent publiquement, sans crainte, ni honte. Lors- « que leur accès est sur son déclin, ils deviennent « stupides, tranquilles, tristes, la connaissance de leur « état les jette dans l'abattement et ils déplorent leur « condition... Ajoutez à cela qu'ils sont d'une force « incroyable, que quelques-uns d'entre eux sont capa- « bles de supporter le froid le plus excessif. »

On peut constater que le tableau symptomatique est complet, on y trouve même la notion des délires accompagnant les états infectieux : « Lorsque le délire sur- « vient dans le commencement d'une fièvre aiguë ou « lorsqu'il paraît quand la fièvre est à sa dernière « période, on lui donnera le nom de phrénésie et l'on « n'emploiera contre lui d'autres remèdes que ceux « qui tendent à la guérison de la fièvre... »

Vient ensuite un chapitre d'anatomie pathologique et de pathogénie où se reflètent les doctrines humorales en honneur à cette époque.

« La mélancolie consiste dans une occupation vive et violente de l'imagination fortement attachée à de certains objets, accompagnée d'aliénation d'esprit, d'abattement long et continu... »

« La manie est une mélancolie violente accompagnée d'une intrépidité et d'une force contre nature...

« Il est donc évident que le cerveau est le siège de toutes les maladies de cette espèce. L'auteur approuve Hippocrate qui a dit dans le livre de *Morbo sacro* que c'est le cerveau qui nous rend capables de raisonner, d'entendre, de voir et de distinguer le bien et le mal, et que c'est aussi le cerveau qui nous rend fou. Le cerveau est donc la partie la plus noble de notre corps,

©BIUM

c'est là que le Créateur a fixé, quoique d'une manière qui nous est entièrement inconcevable, le séjour de l'âme, l'esprit, le génie, l'imagination, la mémoire et toutes les sensations... Toutes ces nobles fonctions seront changées, dépravées, diminuées ou totalement détruites si le sang et les humeurs venant à pécher en qualité et en quantité, ne sont plus portés au cerveau d'une manière uniforme et tempérée, y circulent avec violence et impétuosité ou s'y meuvent lentement, difficilement et languissamment. »

A côté de cette pathogénie de la manie et de la mélancolie, l'auteur expose leurs causes prédisposantes et déterminantes, « causes secondes et éloignées » pour employer ses expressions. Nous regarderons une certaine faiblesse du cerveau comme le principe immédiat des délires. Cette faiblesse provient des affections violentes de l'esprit, surtout des chagrins longs et continus, de la tristesse, de la crainte, de l'inquiétude et de la terreur.

Les mêmes effets peuvent encore être produits par une contention d'esprit excessive et par des travaux poussés trop loin. Dans ces cas il est évident qu'il se fait une dissipation considérable des esprits animaux et qu'« ainsi la puissance motrice et sensitive des filets du cerveau et de la moelle allongée doit être considérablement diminuée. »

« Mais de toutes les causes qui disposent au délire... je n'en connais point de plus terrible que l'excès de l'amour ? Cette passion est particulièrement funeste aux filles qui sont en âge d'être mariées et qui n'ont eu aucun commerce avec les hommes. Les effets qu'elle produit sont une suite du séjour et de la corruption du fluide séminal dont la sécrétion se fait abondamment dans les glandes du vagin, surtout dans l'état d'abondance, de luxure et d'oisiveté. »

La notion de l'importance de l'hérédité apparaît dans les lignes suivantes : « Il est encore important d'observer qu'il y a de certaines familles, sujettes à de longs délires, qu'on peut, par conséquent, compter à juste titre entre les maladies héréditaires ; il faut, à mon avis, chercher la raison de cette communication dans la nature morbifique et la faiblesse du tissu des

©BIUM

parties solides et motrices qui passent des parents aux enfants surtout si ces premiers sont affectés de ces maladies dans le temps de la génération des derniers... »

L'auteur a aussi noté les effets toxiques de certaines substances :

« ...Rien ne précipite d'une manière plus subite et moins attendue dans la manie une personne saine d'ailleurs... que les narcotiques et les assoupissants pris inconsidérément... il n'y a point de médecin éclairé qui ne sache que les remèdes dans lesquels on fait entrer l'opium... ne font qu'augmenter le délire et le rendre plus opiniâtre... la raison de cet effet est que ces médicaments abondent en un certain soufre volatil et fétide, très ennemi de la nature...

« Les maladies antérieures, les fièvres contribuent à la destruction du ton naturel des fibres du cerveau. L'ivresse et l'usage immodéré des liqueurs spiritueuses affectent aussi considérablement le cerveau et donnent lieu à la dissipation du fluide nerveux. »

Le pronostic de la folie maniaque dépressive préoccupait aussi M. James. « Au point de vue de la terminaison de l'affection qui nous occupe, écrit-il, on considère que la mélancolie guérira si elle est symptômatique soit d'une affection hypocondriaque chez l'homme, soit d'une affection hystérique chez la femme et encore si la maladie provient de « quelque fièvre intermittente mal traitée, d'une suppression des règles ou de l'usage des narcotiques ».

« Si les paroxysmes sont légers, si le mal ne fait que commencer, il est curable ; mais s'il est invétéré, si les rémissions sont rares, il est presque incurable car le tissu du cerveau et du fluide nerveux se dépravent singulièrement à la longue. Ce qui fait empirer les mélancoliques et surtout les hypocondriaques, c'est qu'ils se livrent trop aux remèdes et qu'ils ne cessent de tourmenter leur médecin pour en essayer de nouveaux.

« Ces maladies ont des intervalles de rémission extrêmement longs, en sorte que les malades passent pour enitèrement sains et parfaitement guéris.

« Lorsque leur indisposition est réglée, qu'elle doit réapparaître à certains temps marqués, surtout aux

©BIUM

environs des solstices ou des équinoxes, il ne faudra pas désespérer de la guérison. »

L'auteur a constaté que les maniaques sont rarement attaqués d'une autre indisposition et qu'ils sont rarement atteints des maladies épidémiques.

Les indications concernant le traitement de la manie-mélancolie sont développés d'une manière bien autrement complexe et beaucoup plus longue que dans nos traités modernes. Les moyens thérapeutiques sont richement exposés.

Tout d'abord l'auteur examine les buts que doit rechercher la thérapeutique :

1° Procurer une dérivation au sang ramassé en trop grande quantité dans le cerveau, vers les parties inférieures, et le restituer dans une circulation libre et uniforme tant à la tête que dans le reste du corps.

2° Détruire les causes matérielles et occasionnelles qui pervertissent le mouvement naturel du sang et donnent lieu à son transport à la tête et rendre aux excrétions habituelles naturelles et salutaires la condition qui leur convient.

3° Redonner aux vaisseaux et aux membranes du cerveau la force systaltique qui leur est naturelle.

La pratique de la saignée reste une indication de premier ordre pour l'auteur.

Il y joint, toujours en conformité avec les anciens, l'ellébore, les bains chauds, avec les eaux de pluie et de rivière, plus légères et subtiles que les eaux de fontaine. On peut corriger ces dernières avec du froment, du son, des mauves, de la graine de lin, le tout enfermé dans un sachet. L'effet des bains sera meilleur si l'on verse sur la tête du malade de l'eau froide ou si on lui applique sur la tête des linges trempés dans l'eau froide. L'action des bains amollit et relâche les parties dures et très serrées surtout aux extrémités du corps ; ils diminuent et détournent de la tête l'impétuosité du sang et font dériver les humeurs des parties supérieures aux parties inférieures.

En dehors des bains, M. James recommande les purgatifs, les purgatifs doux et tempérés comme la manne, la casse, la rhubarbe, l'agarie, les feuilles de séné, le polypode de chêne, la crême de tartre, le tartre vitriolé

©BIUM

sont préférables aux purgatifs âcres et drastiques, leur opération est plus sûre, non pris tout à la fois, mais à plusieurs reprises et à différents intervalles, c'est-à-dire en les faisant agir comme des altérarants. Les anciens employaient l'ellébore blanc et noir, mais ils savaient en corriger l'acrimonie subtile et virulente préparée avec du sang d'ânesse bouilli dans de l'eau de baume et dans le vinaigre de vin. Je ne crois pas que ce remède soit destitué d'énergie, car, outre la qualité sédative du sang d'ânesse, le vinaigre de vin discute et résout puissamment.

M. James n'a oublié ni la physiothérapie, ni le traitement moral. « Aucun remède, tant pour prévenir que pour guérir ces maladies n'a mérité à plus juste titre le nom de spécifique que le mouvement et un exercice proportionné aux forces du malade... l'exercice résolvant les humeurs visqueuses et facilitant la circulation du sang augmente la perspiration... Un des préservatifs les plus puissants que je connaisse contre la mélancolie et la manie, c'est la modération des passions... On s'abstiendra de toute méditation profonde et de toute spéculation abstruse et longue... on n'usera des femmes que très modérément... on évitera la solitude. »

Voici enfin les indications de régime :

On ne permettra aux maniaques mélancoliques que les aliments se digérant facilement. On leur interdira soigneusement les poissons, le porc, le bœuf, les mets enfumés, les coquillages, tout ce qui se prépare avec l'ail et l'oignon... Les malades observeront surtout de ne pas suivre leur appétit jusqu'à satiété.

Toute liqueur n'est pas bienfaisante... On donnera la préférence aux plus légères comme à la petite-bière et à l'eau pure. On permettra dans les repas une petite quantité de vin blanc rude, tel celui de la Moselle. Viennent ensuite les eaux minérales dont on peut attendre les meilleurs effets. J'avoue, dit l'auteur, que je renoncerais moi-même à la pratique de la médecine si les propriétés des eaux minérales m'étaient étrangères.

La manie tirant généralement son origine de la mélancolie, la mélancolie des affections hypocondriaques et celles-ci des sucs impurs et viciés qui circulent languissamment dans les intestins, la circulation de ces

©BIUM

fluides devant être remise dans son état libre et naturel, afin que les obstructions des viscères soient levées, l'expérience a déterminé les médecins tant anciens que modernes à mettre leur confiance dans les eaux minérales chaudes ou froides, elles doivent changer les humeurs peccantes, inciser les épaisses, donner de la fluidité aux glutineux, lever les obstructions des vaisseaux... stimuler les émonctoires... provoquer toutes les excrétions, les selles, les urines, la perspiration, les règles et les hémorroïdes.

Rien n'approche plus des vertus des eaux minérales que le lait d'ânesse, le petit-lait de vache, de chèvre. Je ne connais aucun remède qui soit plus diamétralement opposé aux causes de la mélancolie et de la manie que le *nitre* dépuré de ses parties hétérogènes.

Il faut citer dans les remèdes végétaux, la bétoine, la verveine, le cresson d'eau, la sauge, l'absinthe ; dans les substances minérales, les préparations d'acier, le cinabre, le sucre de plomb avec la chaux et la teinture d'argent ; dans les substances animales, le sang d'ânesse desséché pris en boisson, au moyen d'une décoction. Les vins forts et liquoreux sont très nuisibles aux mélancoliques et aux maniaques. Quant à l'habitude de fumer du tabac, elle est contraire à la digestion, engendre des humeurs épaisses.

Les changements d'air, le passage d'un climat extrêmement froid ou chaud sous un climat tempéré sont d'excellents préservatifs contre la mélancolie et la manie.

Tel est, aussi brièvement analysé que possible, l'article manie qui n'occupe pas moins de quatorze pages de format in-quarto dans le Dictionnaire de M. James. Au milieu de développements pathogéniques et de considérations thérapeutiques qui nous paraissent aujourd'hui plutôt des vues de l'esprit reposant sur des doctrines périmées, nous trouvons un tableau clinique extrêmement complet, et toujours exact, mais surtout, c'est le motif principal de notre « *exhumation* », une conception de la manie-mélancolie, affection unique à la suite des observations des cliniciens de l'époque, conception qui nous a été présentée comme une vue originale par les Allemands, alors qu'elle était, voici deux siècles, admise et décrite par les psychiâtres.

©BIUM

RECHERCHES SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF CHEZ LES ÉPILEPTIQUES (1)

Par MM. Henri CLAUDE, J. TINEL et D. SANTENOISE

Au cours de nos recherches sur le système neuro-végétatif dans divers états pathologiques, nous avons eu l'occasion d'étudier de très près quelques épileptiques. Nous n'avions, jusqu'à présent, signalé que quelques résultats, désirant accumuler les documents avant de publier un travail d'ensemble. Mais les faits que nous avons observés, ne nous ayant pas paru conformes aux conclusions présentées à la séance de mars 1923, de la Société Médico-Psychologique par MM. Marchand et Adam, nous apportons le détail de quelques observations, qui nous ont semblé particulièrement intéressantes et démonstratives.

Nous ne possédons pas sur la question un très grand nombre d'observations. Mais les cas que nous présentons ont été étudiés longuement, avec une technique aussi précise que possible, et en utilisant divers moyens d'investigation du vago-sympathique. Nos malades ont été observés presque tous les jours, les uns pendant plusieurs semaines, d'autres pendant plusieurs mois. Nous avons même des résultats s'étendant sur deux et trois ans. Nous avons préféré employer dans nos recherches cette méthode qui permet seule de suivre de près les phénomènes, et surtout leurs variations.

Nous nous sommes, de plus, attachés à utiliser une technique précise afin d'avoir des résultats non enta-

(1) A la séance d'avril de la Société Médico-Psychologique, M. le Professeur Claude avait contesté, en résumant les idées exposées dans cet article, les conclusions de M. Marchand au sujet des modifications du réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques (Voir *Annales M.-P.*, mai 1923, p. 407). Ses observations ont provoqué de la part de M. Marchand une réponse que nous insérons à la suite de ce mémoire.

©BIUM

chés d'erreurs et comparables entre eux. Nous avons déjà insisté sur l'importance des précautions dont il faut s'entourer dans toutes les recherches sur le système neuro-végétatif et surtout dans l'interprétation des résultats.

Aussi avons-nous étudié cliniquement et expérimentalement les divers procédés d'investigation que nous employons. Nous sommes ainsi parvenus à établir un certain nombre de règles dont l'observation rigoureuse est nécessaire, si on ne veut pas risquer d'obtenir des résultats absolument faux.

Les malades doivent être à jeun, car le repas modifie le tonus neuro-végétatif, par conséquent, en particulier les réponses du R. O.-C. et du R. Sol., et ceci d'autant plus que les sujets présentent un déséquilibre vago-sympathique plus marqué. De plus, en raison des modifications apportées par divers facteurs physiologiques, il est bon d'opérer toujours à la même heure, le matin, si possible, un moment après le réveil.

Enfin, il est de toute nécessité, surtout pour les premiers examens qui serviront de base, de ne les pratiquer que chez des malades qui ne sont soumis à aucun traitement médicamenteux.

Il est utile de pratiquer plusieurs fois la même recherche, au moins au début de l'observation, afin d'éliminer les réactions émotives du premier examen, et d'habituer les malades à une technique qui est souvent désagréable.

Pour rechercher le réflexe oculo-cardiaque nous employons de préférence la compression digitale qui nous a paru bien supérieure à l'usage des divers oculo-compresseurs.

Cette compression digitale doit s'exercer un peu latéralement, progressivement, jusqu'à ce qu'on sente nettement la résistance du globe oculaire. Elle doit être suffisamment forte, sinon on assiste souvent au début à de l'accélération du rythme, causée par l'émotion et la gêne douloureuse. C'est d'ailleurs l'expérimentation qui nous a permis d'arriver à cette conclusion. En effet, sur le chien non anesthésié, la compression faible provoque de l'accélération émotive, alors

©BIUM

que la compression forte donne des ralentissements comparables à ceux que l'on obtient chez le même animal chloralosé, sur qui l'élément douleur est inexistant.

Enfin, pour avoir une documentation constituée par des éléments comparables entre eux, nous employons systématiquement la méthode graphique.

Lorsqu'on exerce la compression des globes oculaires, si le réflexe O.-C. est positif, la méthode graphique permet de constater que le ralentissement se produit plus ou moins vite (seuil de l'excitation). On observe alors souvent des arrêts cardiaques d'assez longue durée, suivis de contractions par salves. Si on prolonge trop la compression, le rythme cardiaque s'accélère de nouveau. Ceci est un phénomène comparable à celui que l'on obtient par une excitation électrique prolongée du pneumogastrique, où on observe au bout d'un moment une accélération faisant suite au ralentissement bien que l'on continue la faradisation du nerf.

Enfin, lorsqu'on cesse la compression, on observe toujours chez les sujets à R. O.-C. fortement positif le phénomène décrit par Roubinovitch et Chavany sous le nom de tachycardie résiduelle. C'est un phénomène déjà connu des physiologistes et se produisant toujours après modification brusque et passagère du rythme cardiaque. On observe de même dans les cas de R. O.-C. inversé une véritable bradycardie résiduelle qui est un phénomène de même ordre, appelé ralentissement compensateur par Marey.

Aussi pour traduire les résultats du R. O.-C., si on n'emploie pas la méthode graphique, est-il bon de ne pas faire une compression prolongée, de ne commencer à compter que cinq ou six secondes après le début de la compression et surtout de noter la durée des arrêts cardiaques, s'il s'en produit.

⁂

Pratiquant nos recherches depuis plusieurs années, nous possédons, en dehors des épileptiques, un grand nombre d'observations qui sont des termes de compa-

©BIUM

raison précieux. Nous avons pu ainsi vérifier que chez les sujets normaux, si on exerce une compression assez forte, il n'est pas rare d'observer des ralentissements du rythme cardiaque allant de 4 à 8 et même 12 pulsations par minute.

Aussi ne notons-nous comme anormaux que les ralentissements supérieurs à 12 par minute. D'ailleurs, dans ces cas, le ralentissement est souvent énorme. Nos graphiques en font foi. Nous avons trouvé chez des épileptiques, en particulier, des arrêts cardiaques dépassant cinq secondes. Il faut évidemment exercer une compression suffisante. Aussi nous demandons-nous si M. Marchand n'aurait pas trouvé chez ses épileptiques sans traitement, à jeun et à R. O.-C. positif des ralentissements du même ordre que ceux que nous avons signalés, s'il avait employé une compression suffisante.

Les résultats que nous apportons concernant les épileptiques ont d'ailleurs été souvent contrôlés par la recherche simultanée du R. Sol. de l'hémoclasie digestive et l'emploi de divers agents pharmacodynamiques.

Enfin nous nous sommes attachés surtout à suivre les variations du tonus neuro-végétatif de nos malades et à comparer chez le même sujet, à différentes périodes, les résultats du R. O.-C., du R. Sol. et des autres procédés d'investigation.

Nous avons ainsi constaté que les épileptiques présentent un déséquilibre neuro-végétatif remarquable. Munier dans sa thèse avait déjà insisté sur ce fait. Chez eux, en effet, le R. O.-C. est très rapidement modifiable et des causes infimes sont capables de produire rapidement des perturbations du tonus neuro-végétatif. Un simple repas de lait, de chocolat, de café au lait suffit à les faire passer de la vagotonie à la sympathicotonie. Aussi chez eux, plus que chez tout autre, est-il nécessaire de s'entourer de grandes précautions pour la technique et de donner des conclusions très réservées.

Néanmoins l'examen répété et prolongé de ces sujets permet de constater l'existence de variations du tonus neuro-végétatif qui semblent bien en relation avec les crises, avec leur production, leur terminaison et les périodes intercalaires.

©BIUM

Chez plusieurs malades nous avons pratiqué des examens en dehors des crises, avant les crises et après les crises.

En dehors des crises. — Nous avons observé soit de l'hyperexcitabilité parasympathique, soit au contraire un R. O.-C. nul ou inversé. Il convient, en effet, de distinguer les cas suivant la fréquence, la répétition des crises.

Chez certains malades, nous avons noté, comme Lesieur, Vernet et Petzetakis, un réflexe considérablement exagéré, mais nous avons observé aussi des variations. Nous avons vu, en particulier, ce réflexe s'exagérer encore plus dans les jours précédant la crise.

Chez ces épileptiques nous avons généralement observé, parallèlement au R. O.-C. positif, un R. O.-C. inversé, une réaction hémoclasique digestive rapide et souvent intense, et des réactions vives à certains agents pharmacodynamiques, comme l'éserine et la pilocarpine. Par contre, ces malades semblent supporter assez bien l'atropine et l'adrénaline qu'il faut alors employer à des doses élevées pour obtenir des modifications neuro-végétatives nettes.

Chez d'autres épileptiques, en particulier chez les sujets à crises rares, ou ne se produisant que par périodes, nous avons noté en général, au contraire, une inversion du R. O.-C. en dehors des crises. Nous avons vu, en même temps, quelquefois des R. Sol. positifs. Parallèlement à l'inversion du R. O.-C. on observe de la leucocytose après le repas de lait. Enfin les sujets présentent alors une remarquable sensibilité à l'adrénaline alors qu'ils présentent des réactions relativement peu vives à la pilocarpine et à l'éserine.

Avant les crises. — Nous avons toujours noté ou l'exagération du R. O.-C. ou son apparition.

Chez les uns, le R. O.-C. devient positif et s'accentue plusieurs jours avant la crise, s'exagérant de plus en plus jusqu'à la crise. Chez d'autres, le R. O.-C. est positif seulement quelques heures ou même un moment avant la crise.

On voit en même temps le R. Sol. disparaître ou s'inverser plus nettement. Les réactions à l'éserine et

©BIUM

à la pilocarpine deviennent très vives. Enfin l'hémoclasie digestive est toujours positive, marquée par une leucopénie rapide et souvent accentuée.

L'apparition ou l'exagération de l'excitabilité parasympathique nous a permis plusieurs fois de prévoir la production d'une crise ou d'un équivalent.

Nos résultats sont, d'ailleurs, en concordance avec les chiffres cités par M. Marchand et que nous rapportons :

Mme Pl., 5 minutes avant la crise, R. O.-C. = 72 — 64.

M. Lef., 5 minutes avant la crise, R. O.-C. = 66 — 56.

Mme B., 10 minutes avant la crise, R. O.-C. = 96 — 76.

Pendant la crise. — Nous avons noté plusieurs fois des signes d'hypertonie du vague. Nous avons relevé, en particulier, tout au début, des extra-systoles et des contractions cardiaques se produisant par salves.

Après la crise. — Nous avons noté dans les minutes suivant immédiatement la crise une grosse diminution de l'intensité du R. O.-C., sa disparition ou même son inversion. Ce fait avait d'ailleurs été signalé par Lesieur, Vernet et Petzétakis. Nous avons trouvé, dans la communication de M. Marchand, des résultats du même ordre :

Mme Pl., 10 minutes après la crise : R. O.-C. = 92 — 92.

Mme Lef. { 5 minutes après la crise : R. O.-C. = 66 — 56.
5 minutes avant la crise : R. O.-C. = 74 — 70 diminué.

Cet état d'hypotonie parasympathique est d'une durée très variable. Chez certains malades cette phase est très courte et bientôt le R. O.-C. redevient fortement positif. C'est ce qui se produit en particulier chez les malades ayant des crises rapprochées. Chez une malade en état de mal grave, comateuse, disparition du réflexe O.-C. après une crise, en même temps que des réflexes tendineux et tachycardie (P. 136).

⁂

©BIUM

Traitant la plupart de nos épileptiques par le gardénal, nous avons pu étudier l'action de ce médicament sur le système neuro-végétatif.

Nous avons pu ainsi vérifier qu'à dose suffisante, et au début du traitement au moins, il diminue le R. O.-C. ainsi que l'avaient signalé Santenoise et Tinel.

Il faut évidemment établir une différence entre les sujets à R. O.-C. très fortement exagéré, et les épileptiques à R. O.-C. moyen.

Il faut donner aux premiers des doses plus élevées qu'aux seconds si on veut obtenir une modification du tonus neuro-végétatif, absolument comme lorsqu'on emploie l'atropine. Il faut, de plus, donner le médicament, souvent pendant plusieurs jours, avant de noter une modification du R. O.-C. et de la réaction hémoclasique digestive.

Enfin, chez certains sujets, l'action du gardénal sur le système neuro-végétatif paraît s'épuiser au bout d'un certain temps. Nous avons vu, d'ailleurs, plusieurs fois la réapparition des crises coïncider dans ces cas avec la réapparition du R. O.-C. malgré l'administration du gardénal. Aussi nous demandons-nous si, dans le maniement du gardénal, il n'est pas indiqué d'interrompre l'administration du médicament et de le remplacer par un autre, au bout de quelque temps, lorsque le R. O.-C. reparaît.

D'ailleurs on emploie depuis longtemps dans l'épilepsie des modificateurs du système neuro-végétatif. La belladone, préconisée par Trousseau, donne de bons résultats.

On peut se demander même si certains succès thérapeutiques signalés récemment ne sont pas en rapport avec les modifications neuro-végétatives, consécutives à l'emploi de ces méthodes.

Ainsi l'expérience nous a montré que l'injection de strychnine est suivie très rapidement de la disparition du R. O.-C. De même l'injection de novarsénobenzol est marquée par le renversement du tonus neuro-végétatif, comme d'ailleurs l'injection de la plupart des corps toxiques.

C'est probablement aussi de cette façon qu'agit le

©BIUM

venin de crotale employé avec succès par Dide et Guiraud, comme antianaphylactisant.

⁂

En somme, dans nos cas, les épileptiques à crises assez fréquentes nous paraissent présenter un déséquilibre et une instabilité considérables du système neuro-végétatif.

On observe une variabilité remarquable de leur tonus neuro-végétatif.

Avant les crises ou les équivalents, on note fréquemment l'exagération du R. O.-C.

Inversement, immédiatement après les crises, le R. O.-C. est diminué, nul ou inversé.

Enfin, en dehors des crises, on note soit un R. O.-C. positif, soit au contraire un R. O.-C. nul ou inversé, ce dernier cas s'observant surtout chez les sujets à crises rares ou se produisant par périodes.

Aussi rien d'étonnant à ce qu'on observe parallèlement chez ces sujets des R. Sol. et des réactions pharmacodynamiques variables suivant les périodes.

Observation n° 1. — A. Blanche, 52 ans.

Entrée le 29 mars 1909 pour épilepsie. — Dépressions par intervalles avec idées de suicide.

2e Entrée le 28 juin 1911.

Sortie : le 9 décembre 1922. — Disparition des crises depuis plus d'un an.

Crises par périodes. — Chaque période dure 10 à 15 jours pendant lesquels la malade a des crises fréquentes, présente un état anxieux, avec hallucinations visuelles et troubles confusionnels.

En 1921 : Pas de crise jusqu'au 28 janvier. — *Du 28 janvier au 4 février :* Période de crises. — Pas de crises jusqu'au 16 mai 1921. — *Du 16 mai au 24 mai :* Crises fréquentes. — Pas de crise jusqu'au 17 septembre 1921. — *9 août 1921 : H. D.* (1) = 5.900 + 600; 30' après, 6.700 + 1.400; 1 h. après, 5.500 + 700. — *17 septembre :* Crise. — *18 septembre :* Six crises : 9 h. 1/2, 10 h. 1/2, 18 h., 19 h., 20 h.

(1) H. D., épreuve d'hémoclasie digestive. R. O. C., réflexe oculo-cardiaque.

©BIUM

et 21 h. — *19 septembre :* 6 crises. — *20 septembre :* 4 crises : 12 h., 13 h., 15 h. 1/2 et 19 h. Epreuves de H. D. : 11.900 + 1.500 ; après lait : 7.400 + 1.800 ; 4.900 + 1.700. *R. O.-C. : positif.* — *29 septembre.* — *5 octobre :* Anxiété. R. O.-C. = +. H. D. : 6.700 + 1.400 ; 4.800 + 1.800 ; 5.000 + 1.700 ; 5.100 + 2.000. — *7 octobre :* Amélioration. Plus de crises : H. D. = 5.700 + 2.700 ; 4.700 + 1.600 ; 4.500 + 1.000. — *10 octobre :* Normale. R. O.-C. = 19/20. — *11 octobre :* R. O.-C. = accélération. H. D. = leucocytose ; 3.200 + 2.000 ; 3.800 + 1.500 ; 5.600 + 1.700. — *10 novembre :* R. O.-C. = inverse. H. D. = 5.800 + 2.200 ; 5.100 + 3.200 ; 4100 + 2.000. — *15 décembre :* R. O.-C. = 19/20. — *16 décembre :* R. O.-C. = 21/21. H. D. = 4.300 + 1.800 ; 5.900 + 1.900 ; 6.100 + 1.400 ; 4.700 + 1.900. — *20 décembre :* R. O.-C. = 21/21. H. D. = 6.500 + 600 ; 6.100 + 2.300 ; 6.800 + 900. — *22 décembre :* R. O.-C. = 20/21. — *23 décembre :* R. O.-C. = 22/21/22. — *28 décembre :* R. O.-C. = 22/23/21. — *31 mai 1922 : N'a pas eu de crises.* R. O.-C. = 21/21.

Observation n° 2. — F... Marie, 22 ans.

1re Entrée, 15 juillet 1920. — Débilité mentale. Agitation anxieuse. Onirisme. Tendance aux fugues.

Sortie guérie, 20 avril 1921.

2e Entrée, 28 juillet 1921. — Accès maniaque. Crises convulsives dans le service.

Calme jusqu'au 15 août 1921.

15 août : Dans la nuit du 15 août s'agite. A chanté de 10 h. à minuit et de 4 h. à 6 heures. — *16 août :* A chanté de 10 h. à 11 h. 1/2. Réaction de type hémoclasique spontané (voir épreuve). — *17 août :* A chanté toute la nuit. — *19 août :* Calme. Formule = 6.400 P + 3.200 M. — *22 août:* Calme. — *25 août :* Calme. Epreuve de H. D. — *29 août :* Calme. Epreuve de H. D.

7 septembre : A chanté toute la nuit. — *13 septembre :* A chanté jusqu'à 1 h. du matin. — *20 septembre :* Epreuve de H. D. + : rapide et intense. 8.800 + 2.900. Après : 5.900 + 1.300 ; 6.800 + 1.200. — *22 septembre :* Règles. — *25 septembre :* Très agitée jusqu'à minuit. — *26 septembre :* Calme. — *28 septembre :* Un peu plus calme. Epreuves (vaso-moteurs). — *29 septembre :* Calme. *R. O.-C.* = 66 — 84, inversé.

5 octobre : Calme. *R. O.-C* = + ralentissement marqué du pouls. Epreuve de H. D. = rapide et intense. Avant : 6.400 P + 1.200 M. Après : 4.500 + 1.400 ; 5.100 + 1.200 ;

©BIUM

7.200 + 2.200. — *6 octobre :* Très excitée dans la nuit. Calme depuis 7 h. 1/2 du matin. *R. O.-C.* inversé : 72 — 84 ; à 9 h. 30 agitation : *R. O.-C.* = 100 — 88 — 80. Hémoclasie *spontanée:* 8.600 + 2.600 *avant;* 6.300 + 3.400; 6.900 + 2.000; 4.500 + 1.600. — *7 octobre :* *R. O.-C.* = 76 — 64 (compression modérée). — *8 octobre :* *R. O.-C.* après déjeuner : 20 — 22. — *10 octobre :* Excitée dans la nuit, le matin plus calme : *R. O.-C.* = 16 — 18. — *11 octobre :* *R. O.-C.* = légèrement ralenti. H. D. = peu intense ; 4.800 + 2.600 ; après : 3.900 + 2.600 ; 6.100 + 2.300. — *25 octobre :* Agitée jusqu'à 1 h. du matin. — *27 octobre :* H. D. = + ; 6.100 + 2.200 ; 5.200 + 1.900 ; 4.800 + 1.600. — *28 octobre :* *R. O.-C.* = 20 — 13. — *31 octobre :* *R. O.-C.* = 19 — 17 (mal pris) ; calme.

1er novembre : *R. O.-C.* = 18/18 ; 17 ; calme. — *2 novembre :* *R. O.-C.* = 22 — 16. — *3 novembre :* A été agitée toute la nuit. Très agitée. *R. O.-C.* = 20 — 16. — *5 novembre :* *R. O.-C.* = 22 — 17. — *6 novembre :* *R. O.-C.* = 20 — 18. — *8 novembre :* *R. O.-C.* = 20 — 16. H. D. + rapide et intense. 7.100 + 1.000. Après: 10 — 5.200 + 2.300; 20 — 3.700 + 2.700; 40 — 5.100 + 1.400. — *9 novembre :* *R. O.-C.* = +. — *12 novembre :* A été agitée toute la nuit. A cassé un carreau et déchiré camisole. — *18 novembre :* Agitée jusqu'à minuit. — *22 novembre :* A été très agitée. A déclamé. N'a pas dormi. — *23 novembre :* Agitée jusqu'à 1 h. du matin. — *25 novembre :* Excitée toute la nuit. — *28 novembre :* A déclamé jusqu'à 2 h. du matin. — *29 novembre :* Agitée jusqu'à 2 h. du matin. — *30 novembre :* *R. O.-C.* = 20 — 16. Excitée.

1er décembre: A pris 10 cgr. de luminal. *R. O.-C.* = 16 — 18. — *2 décembre :* Luminal. *R. O.-C.* = 17 — 19. — *10 décembre :* Agitation nocturne. — *12 décembre :* Agitation. — *15 décembre :* *R. O.-C.* = 19 — 19. H. D. = 11.700 + 1.400 ; 14.600 + 1.800 ; 13.700 + 3.400 ; 10.600 + 2.200. — *16 décembre :* *R. O.-C.* = 21 — 21. — *17 décembre :* Réveillée par une crise à 10 h. 1/2, a poussé un cri, a bavé, uriné au lit, a chiffonné ses draps durant 1 h. environ et s'est endormie ensuite. — *18 décembre :* 2 crises, à une heure et à 6 h. du matin. — *20 décembre :* A été très excitée dans la soirée, a crié, chanté, cassé un carreau, s'est endormie vers 3 h. du matin. — *22 décembre :* 2 crises, une à 2 h. du matin et l'autre à 22 h. 30, s'est mordu la langue à la dernière. A chiffonné ses draps pendant un quart d'heure et s'est endormie ensuite. — *23 décembre :* *R. O.-C.* = 21 — 19 (compression faible). — *24 décembre :* Une crise à 2 h. du matin. — *26 décembre :* 3 crises à 4 h. du matin, 4 h. du soir et 8 h. 1/2. —

©BIUM

28 décembre : Une crise le matin. *R. O.-C.* après : 22 — 23. Une autre crise le soir. — *29 décembre :* Une crise à 7 h. du soir. Morsure de la langue. Uriné au lit, a déchiré un drap et s'est barbouillée avec du pastel bleu.

3 janvier 1922 : Une crise à 9 h. 30 du soir. — *4 janvier :* Une crise à 10 h. du soir. — *5 janvier :* Une crise à 9 h. du soir ; très agitée après. A déchiré un drap, un mouchoir. Voulait descendre en bas. A dû être maintenue. S'est endormie ensuite.

2 mai : Aspect d'excitation maniaque depuis plusieurs jours. — *4 mai :* Calme depuis 2 jours. *R. O.-C.* = 16 — 18 puis ralentissement (compression faible) si C + forte. H. D. = + ; 8.800 + 2.500. Après 10 7.000 + 2.200; 20 4.700 + 1.300 ; 6.500 + 2.000. — *5 mai:* Crise convulsive le 4 mai au soir. *R. O.-C.* (compr. faible) = 19 (17-16). H. D. = + ; 5.700 + 1.000 ; 2.600 + 1.600. Crise à 21 heures. — *6 mai :* Eruption, face, tronc. — *7 mai : R. O.-C.* = 19 — 17. Calme. — *8 mai :* Calme. *R. O.-C.* = 19 — 20. H. D. = Avant : 5.300 + 1.300. Après lait : 7.500 + 3.300. — *9 mai :* Calme. *R. O.-C.* = 23 — 23. — *10 mai : R. O.-C.* = 20 — 20 — 19. Légère tendance au ralentissement. H. D. = Légèrement positive ; 5.200 + 1.400 ; 4.400 + 2.300 ; 3.800 + 1.600 ; 7.700 + 2.400. Agitation le soir. — *11 mai : R. O.-C.* = 20 — 22. — *13 mai :* Règles (Prend régulièrement du gardénal depuis). *R. O.-C.* = 23-25. — *18 mai :* Excitation. *R. O.-C.* = 23 — 16 (malgré le gardénal). — *19 mai : R. O.-C.* = 18 — 16. Légère excitation. — *23 mai :* 22 — 17. Excitation légère. — *24 mai:* 23 — 15. — *25 mai :* Suppression du gardénal. — *27 mai : R. O.-C.* = 21 — 14. — *29 mai :* Forte excitation. Présentation maniaque. *R. O.-C.* = 21 — 9. H. D. = + ; 7.800 + 2.000; 4.700 + 1.800 ; 5.000 + 1.600. — *30 mai :* L'excitation tombe légèrement. Crise convulsive le soir à 9 heures. (Pas de crise convulsive depuis le 4 mai). Ce matin *R. O.-C.* peu net (??). — *31 mai : R. O.-C.* = 17 — 11 (avec des extra-systoles).

1er juin : Calme. *R. O.-C.* = 16/21 — 16 — 16. — *7 juin :* Calme, très raisonnable. S'occupe. Brode. *R. O.-C.* = 20 — 13. — *8 juin :* Calme. — *10 juin :* Calme. — *12 juin : R. O.-C.* = 16 — 10. On recommande de surveiller la malade. — *13 juin: R. O.-C.* = 15/12 — 10. — *14 juin :* Règles. Eruption. *Crise convulsive.* — *15 juin :* Sensation de fatigue. *R. O.-C.* = 18 — 9. — *16 juin : R. O.-C.* = 18 — 12. — *17 juin : R. O.-C.* = 16 — 8. — *19 juin :* Plaisanteries. Début d'excitation. *R O.-C.* = 17 — 7. — *20 juin :* Excitation dans la nuit du 19 au 20. *R. O.-C.* = 20 — 5. Angoisse. Pouls incomptable. — *21 juin :* Excitation encore marquée. *R. O.-C.* = 17 — 7. — *23 juin :* Excitation. *R. O.-C.* = 20 — 7 — 5. — *24 juin :*

©BIUM

Accalmie. — *25 juin : Crise convulsive* à 11 h. 1/2, puis excitation. — *26 juin:* Excitation. *R. O.-C.* = 20 — 6. — *27 juin:* Plus calme. *R. O.-C.* = 20 — 13. — *28 juin :* Assez calme. Tristesse. Rêverie. Brode. *R. O.-C.* = 18 — 14. — *29 juin :* Calme. *R. O.-C.* = 18 — 14. — *30 juin : R. O.-C.* = 20/12 — 8.

5 juillet : R. O.-C. = 18 — 4. Oppression, anxiété, pouls incomptable. Insomnie depuis 2 jours. — *6 juillet : R. O.-C.* = 21 — 6. *Crise convulsive* dans la nuit du 6 au 7. — *7 juillet :* Lassitude. *R. O.-C.* = 18 — 8. Crise convulsive à 9 h. du soir. — *9 juillet :* Crise convulsive dans la soirée. — *10 juillet : R. O.-C.* = 16 — 11. — *11 juillet :* R. O.-C. = 15 — 12. Nécessité de compression forte pour obtenir ralentissement. — *12 juillet :* Calme. — *13 juillet :* Règles. Calme. — *17 juillet :* Calme. *R. O.-C.* = 20 — 14. — *18 juillet :* Calme. « Tout à fait bien ». *R. O.-C.* = 18 — 14. — *25 juillet : R. O.-C.* = 19 — 14. — *28 juillet :* Excitation. *R. O.-C.* = 23 — 8. Oppression très marquée, tendance à la syncope. On met la malade *au gardénal.*

12 août : R. O.-C. = 18 — 16.

OBSERVATION n° 3. — D..., 35 ans. Crises convulsives fréquentes.

16 août 1921 : Crises fréquentes. *R. O.-C.* = ralentissement marqué. H. D. = 7.800 + 2.000; 4.900 + 1.500; 5.100 + 2.500.

26 août : Crise à 9 h. du matin. A 9 h. 25 *R. O.-C.* = accélération légère. H. D. = 6.200 + 4.000 ; après : 7.400 + 4.500; 40' après le R. O.-C. redevient positif et à 10 h. 40 *crise convulsive.*

10 novembre : Au gardénal depuis 3 semaines. Disparition des crises. R. O.-C. = 16 — 17. H. D. = 3.100 + 1.200 ; 5.000 + 2.200 ; 5.700 + 2.400.

OBSERVATION n° 4. — S... Léonie, 35 ans.

Entrée le 1er octobre 1920. — Epilepsie. Crises convulsives fréquentes.

16 août 1921 : Au gardénal : *R. O.-C.* inversé. H. D. = 4.300 + 2.000 ; 5.100 + 1.900 ; 5.000 + 1.500.

26 août : Gardénal supprimé : *R. O.-C.* = + ralentissement marqué. H. D. = 7.200 + 2.800 ; après : 4.500 + 1.800.

27 août : R. O.-C. = +. Crises fréquentes.

10 novembre : De nouveau au gardénal, crises très rares. *R. O.-C.* = 14 — 14. H. D. : leucocytose = 3 700 + 3.000 ; 4.700 + 2.800 ; 5.200 + 2.800 ; 7.400 + 3.100.

OBSERVATION n° 5. — D... Nathalie, 29 ans.

Entrée le 25 janvier 1922. — Pour état confusionnel avec agitation. Epilepsie.

©BIUM

Sortie le 18 octobre 1922. — N'ayant pas eu de crises depuis le 12 août.

28 juin 1922 : Pas de crises depuis 15 jours. *R. O.-C.* = 22 — 24. — *6 juillet :* Pas de crise. *R. O.-C.* = 21 — 23. — *11 juillet : R. O.-C.* = 23 — 15. — *12 juillet : R. O.-C.* = 22 — 17. — *15 juillet : Crise convulsive à 4 h. du matin.* — *16 juillet :* Crise à une heure du matin. — *17 juillet :* Crise à 5 h. du matin ; à 10 h. R. O.-C. = 24 — 17, puis on cesse car oppression très marquée et arrêts cardiaques de plusieurs secondes. — *18 juillet :* Crise à 3 h. du matin. *R. O.-C.* = 21 — 15. Oppression, arrêts de plusieurs secondes. — *20 juillet :* Gardénal. — *23 juillet : R. O.-C.* = 19 — 18. — *2 août:* Crise (la seule, la dernière). — *12 août :* Très améliorée. *R. O.-C.* = 18 — 24.

Observation n° 6. — M..., 32 ans.

Entrée le 4 juillet 1922. — Pour épilepsie. Débilité mentale. Vagabondage.

Sortie le ... (*transférée*).

5 juillet : 2 crises, à 22 h. et 23 h. — *6 juillet : R. O.-C.* = 17 — 11. Arrêts cardiaques de plusieurs secondes. Angoisses. A 11 h. 30 = *Crise convulsive.* A 18 h. 30 = *Crise convulsive.* — *7 juillet : R. O.-C.* = 18 — 8. — *8 juillet : R. O.-C.* = 18 — 12. — *10 juillet : R. O.-C.* = 15 — 8. — *11 juillet : R. O.-C.* = 15 — 9. — *12 juillet : R. O.-C.* = 15 — 9. — *13 juillet : Crise convulsive* à 1 h. du matin. — *16 juillet : R. O.-C.* = plus. — *17 juillet :* Crise à 3 h. du matin ; à 10 h. *R. O.-C.* = 21 — 22. Crise le soir à 11 h. — *18 juillet : R. O.-C.* = 15 — 11. — *24 juillet : R. O.-C.* = 19 — 9. — *8 août :* Crise nocturne. — *9 août :* 1 crise. — *12 août : R. O.-C.* = 16 — 11.

Observation n° 7. — B. Blanche, 24 ans.

Entrée le 27 juin 1922 : Pour épilepsie avec troubles délirants consécutifs aux accès.

Sortie 1er septembre 1922 : N'ayant plus de crises depuis le traitement au gardénal.

30 juin : Pas de crise depuis son entrée. R. O.-C. = 17 — 18. — *4 juillet :* Une crise dans la nuit, une crise le matin ; après la crise : *R. O.-C.* = 19 — 22. — *5 juillet:* Pas de crise. R. O.-C. = 19 — 19. — *6 juillet : R. O.-C.* = 19 — 17. — *8 juillet : R. O.-C.* = 19 — 17. — *10 juillet : R. O.-C.* = 19 — 14. *Crise convulsive* le lendemain matin à 6 h. — *11 juillet :* Après la crise, à 8 h. 30 : *R. O.-C.* = 18 — 18. Nouvelle crise à 10 h. 30. On prend le pouls à ce moment

©BIUM

très rapide, avec *extra-systoles*, 38 au 1/4 ; à 11 h. après la crise, *R. O.-C.* = 21 — 21 ; à 15 h., *R. O.-C.* = 20 — 20. — *12 juillet:* Pas de crise. — *13 juillet : R. O.-C.* = 19/17 — 15. — *17 juillet :* Crise convulsive ; à h. après la crise : *R. O.-C.* = 25/22 — 25. — *18 juillet : R. O.-C.* = ralentissement par faible compression : 18 — 15. — *20 juillet : R. O.-C.* = positif. — *23 juillet : Crise convulsive* à 5 h. du matin ; 2e crise à 10 h. — *24 juillet : R. O.-C.* = 19 — 14. — *25 juillet : R. O.-C.* = 18 — 15. — *26 juillet :* Au gardénal : 20 cgr. — *12 août :* N'a plus de crises. *R. O.-C.* = 17 — 17.

Réponse de M. Marchand

Je remercie M. le Professeur Claude de m'avoir prévenu qu'il prendrait aujourd'hui la parole au sujet de la communication que nous avons faite, M. Adam et moi, à la dernière séance. J'ai pu entendre ses diverses remarques et, tout en m'inclinant devant sa haute autorité scientifique, j'essayerai de défendre les conclusions de notre travail.

Depuis notre communication, nous avons examiné le matin à jeun dix épileptiques en dehors des périodes de crises et voici les résultats que nous avons trouvés. Six fois le réflexe oculo-cardiaque a été positif (la diminution des pulsations allant de — 4 à — 8) ; deux fois il a été nul ; deux fois inversé (+ 6 et + 8). Ainsi ces résultats sont superposables à ceux que nous avons exposés à la dernière séance.

Surpris de trouver chez une épileptique à jeun un réflexe inverti (+ 6), nous avons repris huit minutes plus tard son réflexe qui cette fois devint positif (— 4). Que penser de cette variation si ce n'est que le système vago-sympathique des épileptiques présente un déséquilibre qui les fait passer rapidement d'un état sympathicotonique à un état vagotonique et *vice versa*.

Je peux encore verser dans la discussion le fait suivant. Je diminue la dose de gardénal à une malade à partir du 29 octobre pour arriver à la suppression complète le 1er novembre. Le 31 octobre, la malade a une crise à 18 h. 30 et je prends son réflexe dix minutes

©BIUM

après la crise ; ce réflexe est fortement positif (— 20). Cette même malade a une deuxième crise le lendemain matin à 5 h. ; je prends son réflexe à 11 h. du matin, je le trouve inversé (+ 8). Cette épileptique a encore une crise le 2 novembre à 5 h. 30 du matin ; à 11 h., le réflexe est positif (— 8). Cette malade a 5 crises le 9 novembre (3 h., 7 h. 30, 7 h. 35, 21 h. 30, 24 h.) ; je prends son réflexe à 11 h. 40, c'est-à-dire quatre heures après une crise, je le trouve inversé (+ 2). La même malade a 30 crises dans la journée du 12 novembre. Je prends son réflexe à 11 h. après la onzième crise qui a eu lieu à 9 h. 20 ; le réflexe est positif (— 12), la douzième crise est survenue à 11 h. 30. En présence d'un tel état, je redonne le gardénal (0,20) auquel, pour parer plus vite aux accidents, j'ajoute 7 grammes de bromure. Les crises cessent le surlendemain. Le 29 novembre, alors que la malade ne prend plus que 0,20 centigr. de gardénal et ne présente plus de crise depuis le 15 novembre, son réflexe est fortement positif (— 14).

Je citerai encore le cas suivant : un épileptique est atteint de confusion mentale post-paroxystique le 5 novembre ; il tombe en état de stupeur avec refus des aliments. Nous prenons son réflexe oculo-cardiaque à 10 h. du matin avant l'alimentation à la sonde, nous le trouvons positif (— 10) le 5 novembre ; positif (— 6) le 6 novembre ; inversé (+ 2) le 7 novembre ; inversé (+ 8) le 8 novembre ; nul le 9 novembre ; positif (— 4) le 10 novembre. Le malade sort ensuite de son état de torpeur. Nous reprenons son réflexe le 13 novembre, nous le trouvons nul. Dans cette observation, le malade était dans les mêmes conditions chaque fois que nous avons pris son réflexe oculo-cardiaque ; cependant au cours du même état mental post-paroxystique nous avons trouvé le réflexe positif 3 fois, inversé deux fois, nul deux fois.

En présence de ces faits, je considère que le réflexe oculo-cardiaque ne présente pas chez les épileptiques une modalité si caractéristique qu'on puisse admettre chez eux un état hypervagotonique soit dans l'intervalle, soit à l'approche des crises. Les modifications de ce réflexe, comme d'ailleurs celles du pouls, de la

©BIUM

tension sanguine indiquent un déséquilibre du système vago-sympathique.

J'ai pu également remarquer, et je voudrais bien avoir sur ce sujet l'avis si autorisé de M. le Professeur Claude, que le réflexe oculo-cardiaque n'est pas toujours positif au cours d'un état hypervagotonique, qu'on peut le rencontrer accusé dans des états sympathicotoniques. Je donnerai comme argument que chez une épileptique qui reçut pendant 13 jours consécutifs 0,01 centigr. d'abord et ensuite 0,02 centigr. de sulfate de pilocarpine, excitant du vague, deux fois le réflexe oculo-cardiaque, qui était positif avant l'injection, est devenu nul 30 minutes après, au moment où les phénomènes réactionnels vagotoniques, salivation, larmoiement, sueur, rougeur de la face, etc., étaient le plus accusés.

Pour montrer enfin que le réflexe oculo-cardiaque peut être positif et même accusé au cours des états sympathicotoniques, je prendrai comme exemple ses modalités au cours du goître exophtalmique. Dans cette affection dont les symptômes principaux indiquent un état hypersympathicotonique, on trouve ce réflexe positif dans 60 0/0 des cas, inversé dans 10 0/0, et neutre dans 30 0/0 (Sainton).

Le réflexe oculo-cardiaque est un réflexe intéressant à rechercher ; j'estime qu'on ne peut par la seule constatation de son exagération reconnaître qu'un épileptique est en imminence de crise. Les recherches concernant ce réflexe sont récentes et il faut attendre de nouveaux faits pour pouvoir bien apprécier sa valeur en pathologie nerveuse.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 MAI 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

MM. Abély, Adam, Allamagny, Anglade, Baruk, Beaussart, Brousseau, Bussard, Courbon, Damaye, Demay, Eissen, Guiraud, Logre, Masbrenier, Mlle Pascal, M. Vinchon, membres correspondants nationaux, et M. le Prof. Aug. Ley (de Bruxelles), membre associé étranger, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. Belarmino Rodriguez remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

une lettre de M. le Dr Henri Meige, Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris, mettant à la disposition des membres de la Société Médico-psychologique des invitations à la Réunion Neurologique Internationale des 8 et 9 juin 1923 ;

une invitation de M. Toulouse, président de la Ligue d'Hygiène mentale, à assister à l'assemblée solennelle de la Ligue, le 29 mai 1923 ;

une lettre de M. Leroy qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La Société délègue son bureau pour la représenter au Congrès de Besançon.

Rapport de candidature

M. Vurpas. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Séglas, Claude et Vurpas Rapporteur, à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Ceillier, au titre de membre correspondant. Les différents travaux de M. Ceillier ont porté sur la neurologie, l'anatomie pathologique et la psychiatrie.

©BIUM

En neurologie, nous avons de lui diverses publications en collaboration avec MM. Jumentié et André Thomas sur la *dissociation des sensibilités profondes*, sur l'*hémianesthésie cérébrale par blessure de guerre*, sur deux cas chez deux frères de *myopathie atrophique et myotonique*, ainsi qu'une revue générale sur *l'hermaphrodisme*.

En anatomie pathologique, il fit, avec Mme Déjérine, une série de présentations et de publications (R. N., *Annales de Médecine*), sur les ossifications osseuses apparaissant chez les paraplégiques par lésion de la moelle ou de la queue de cheval et sur les arthropathies qu'ils présentent.

Ce travail était une préparation à une thèse très remarquable, qu'il soutint en mai 1920 et qui obtint la médaille d'argent. Il y étudia les néo-formations osseuses qu'ils avaient découvertes avec Mme Déjérine aux différents points de vue clinique, radiographique, anatomique, histologique, pathogénique, montrant les relations qui existent entre ces troubles trophiques d'une part avec les lésions médullaires en particulier avec la colonne sympathique intermédio-latérale et d'autre part avec les modifications du tissu conjonctif. Ces notions semblent pouvoir éclairer la pathogénie des troubles trophiques dans le tabès et la syringomyélie.

En psychiatrie le Dr Ceillier a décrit avec Alajouanine un cas de pseudo-surdité verbale pure chez une hallucinée de l'ouïe, avec Paul Borel, une paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales obsédantes avec tendance au suicide. Avec Pélissier et Borel, des crises épileptiques et un état de confusion mentale chez un malade atteint d'insuffisance pluriglandulaire, avec M. Séglas, l'histoire de deux sœurs internées simultanément, l'une atteinte de folie discordante, l'autre d'un accès maniaque suivi de guérison, avec M. Claude, l'évolution d'une psychose hallucinatoire chronique vers une activité maniaque discordante.

Il écrivit un article nécrologique sur le regretté professeur Dupré (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*).

©BIUM

Mais ce qui constitue la partie la plus originale de son œuvre c'est l'étude des deux problèmes suivants auxquels il s'attacha tout particulièrement.

1° Celui des mélancoliques anxieux persécutés. Il montre que les idées de persécution ne sont pas toujours chez les mélancoliques la conséquence d'idées d'auto-accusation, mais qu'elles existent parfois isolément, qu'elles sont alors directement fonction de l'anxiété et qu'elles n'impliquent nullement la nécessité d'une constitution paranoïaque (in *Annales Médico-psychologiques*, 1921).

2° Celui des délires d'influence (volume actuellement en préparation).

Il montre quelques malades où le délire d'influence était secondaire à des obsessions (Obessions et délire d'influence), à l'érotomanie (Erotomanie et délire d'influence), à la psychasthénie (Du besoin de réconfort au sentiment et au délire d'influence chez un psychasthénique).

Toutes ces dernières publications ont été faites à la Société clinique de Médecine mentale.

La liste de ces publications ne constitue d'ailleurs pas les seuls titres de M. Ceillier.

Externe des hôpitaux en 1909, et interne provisoire en 1912, il fut nommé interne titulaire des Hôpitaux de Paris en 1913, époque à laquelle il me fit l'honneur de choisir mon service. L'année suivante et à son retour de la guerre où une blessure glorieuse lui avait valu la Légion d'hónneur, il resta chez le Professeur Déjerine et après sa mort il continua à Mme Déjérine la collaboration qu'il avait apportée à son regretté maître. Enfin, outre les services de médecine générale, il demeura deux ans interne de M. Séglas.

Docteur en 1920 il fut nommé Chef de Clinique du professeur Claude, adjoint en 1921 et titulaire en 1922.

A ce titre il eût à faire un enseignement théorique et pratique qu'il continue encore. Il fut enfin nommé comme médecin des Asiles au concours de 1922.

Si M. Ceillier a tout un passé en médecine générale et en neurologie il ne nous est donc pas moins connu comme psychiatre et je suis heureux d'avoir été dési-

©BIUM

gné pour exprimer au nom de notre commission le désir de compter M. Ceillier parmi nous.

***

A la suite de ce rapport, M. le Dr Ceillier est nommé membre correspondant de la Société Médico-psychologique à la majorité des suffrages exprimés.

Votants : 28.

M. Ceillier : 26 voix, élu.

Bulletins blancs : 2.

Election d'un membre titulaire

M. Revault d'Allonnes. — Votre commission, composée de MM. Capgras, Lavastine, Semelaigne, Truelle et moi-même, a examiné les candidatures, au titre de membres titulaires de la Société Médico-psychologique, de MM. Rodiet et Bussard.

Candidature de M. Rodiet

M. Rodiet est membre correspondant de la Société Médico-psychologique depuis 1907.

Ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne des Asiles de la Seine, ancien interne de la Maison Nationale de Charenton, Médecin-adjoint des Asiles en 1900, Médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron depuis 1909, M. Rodiet a obtenu à l'Académie de Médecine trois prix et cinq mentions, et à la Société Médico-psychologique deux prix et une mention. Les travaux qu'il a publiés concernent l'alcoolisme chez les enfants, les symptômes oculaires de la Paralysie Générale, les symptômes et le traitement de l'épilepsie, la mélancolie, l'hypocondrie, la folie à deux, l'assistance aux aliénés, la loi de 1838, les colonies familiales, les sorties d'essai, l'organisation des asiles.

Candidature de M. Bussard

M. Bussard est également membre correspondant de la Société Médico-psychologique depuis 1907.

Ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne

©BIUM

de la Maison Nationale de Charenton, Assistant dans la maison de santé du Dr Accolas de 1903 à 1905, puis dans l'Asile privé du Dr Semelaigne jusqu'à la mobilisation, médecin-adjoint des asiles privés en 1909, membre titulaire de la Société clinique de Médecine mentale depuis 1912, et de la Société de Psychiatrie depuis 1923, membre adhérent de la Société de Médecine de Paris depuis 1923, M. Bussard est lauréat de la Société Médico-psychologique, pour un mémoire de 1907 sur *Les sorties provisoires à titre d'essai*. Pendant la guerre, il a dirigé un service de neuro-psychiatrie à Chaumont, puis le centre psychiatrique de Grenoble, et il a été expert près de divers conseils de guerre. Actuellement, il dirige un établissement physiothérapique à Bellevue.

***

Votre commission vous présente *ex-æquo* les deux candidatures, à la majorité de 3 voix contre 2.

Election

1er tour, votants 30.

M. Bussard ..... 15 voix
M. Rodiet ..... 15 voix

Un 2e tour est déclaré nécessaire. Il y est procédé immédiatement.

2e tour votants, 30.

M. Bussard ..... 16 voix, élu
M. Rodiet ..... 13 voix
Bulletin blanc 1

M. Bussard est élu membre titulaire de la Société, à la majorité des suffrages exprimés.

PRIX ESQUIROL

M. ARNAUD. — Un seul mémoire a été présenté pour le prix Esquirol. Il a pour auteur M. Louis Parant, interne à l'Asile de Villejuif, et pour titre : *Sémiologie de l'Iris dans les Maladies Mentales.*

©BIUM

Dans un excellent chapitre préliminaire, l'auteur expose la technique de l'examen des pupilles, et il insiste très justement sur l'utilité de l'éclairage latéral qui, seul, permet de reconnaître certaines altérations. Il étudie ensuite les *signes pupillaires*, irrégularités et inégalité des pupilles. Ces signes n'ont, d'après l'auteur aucune signification précise. A notre avis, il se montre un peu trop dédaigneux de l'inégalité pupillaire, qu'il a observée seulement dans un tiers des cas. Certes, personne ne considère ce symptôme comme pathognomonique ; on l'a signalé dans la plupart des affections mentales, dans de très nombreux états morbides étrangers tant à la neurologie qu'à la psychiatrie, et même, assez souvent, chez des sujets par ailleurs normaux. Il n'en reste pas moins que, dans la P. G., l'inégalité pupillaire existe, au début de la maladie, comme l'avait vu Baillarger, dans une proportion qui dépasse 80 0/0 des cas, et que sa constatation, si elle ne peut justifier un diagnostic, suffit tout au moins à éveiller l'idée de P. G.

A propos du signe d'Argyll-Robertson, M. Parant se range à l'opinion de Péchin, pour qui, contrairement à Babinski, la suppression du réflexe lumineux n'est pas un stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. On la rencontre, en effet, chez des pneumoniques, dans diverses intoxications, chez les vieillards, et le Professeur Achard, depuis la rédaction du travail de M. Parant, l'a signalée dans l'encéphalite épidémique. La *rigidité pupillaire* serait, d'après Dejérine et Dupré, plus rigoureusement sous la dépendance de la syphilis. Nous n'avons trouvé, dans ce chapitre, d'ailleurs bien étudié, aucune mention d'un symptôme, rare à la vérité, mais curieux, c'est l'*Hippus*, symptôme consistant dans une série rythmique de dilatations et de rétrécissements de la pupille.

L'examen de la face antérieure de l'iris a, suivant l'auteur, une importance plus grande que celui de la pupille et présente, « au point de vue sémiologique, un très grand intérêt ». Au moyen de l'éclairage latéral, on rend très apparentes les stries, les radiations, les saillies de l'iris, et il devient facile d'en reconnaître les modifications. Ce chapitre constitue la partie la plus

©BIUM

neuve et la plus intéressante du mémoire. La forme du rebord pupillaire est très variable. Ce rebord est parfois raviné comme les bords d'un *cratère* de volcan; il peut présenter aussi des *cassures*. Les plis radiaires sont parfois déplissés, la zone externe de l'iris peut apparaître comme *dépolie*, avec un *aspect laiteux*. Cette dernière altération serait fréquente chez les D. P.

Isolé, chacun de ces signes ne comporte aucune signification précise. Seul, leur ensemble, réalisant le *syndrome irien* plus ou moins complet, acquiert une véritable valeur. Les *cratères* seraient le plus important de ces symptômes iriens, à ce point, dit l'auteur, qu'en leur absence, « nous ne parlerons jamais de syndrome irien, même incomplet, tous les autres signes seraient-ils réunis ».

Trente observations, choisies parmi les 275 malades étudiés, appuient les conclusions du mémoire. Sur ces trente cas, on relève 22 syndromes complets, soit 21 chez des P. G. et un chez un idiot hérédo-syphilitique. D'où cette conclusion que le *syndrome irien complet* s'observe le plus souvent dans les cas de neuro-syphilis et en particulier dans la P. G.

Dans les psychoses pures, même dans la D. P., le syndrome irien fait défaut, tandis que les signes pupillaires y sont fréquents.

Deux tableaux résument les constatations faites sur les 275 malades, tant en ce qui concerne l'état des pupilles que le syndrome irien.

La pathogénie des altérations iriennes est encore très incertaine. Elle ne pourra être solidement établie que par de nouvelles recherches anatomo-pathologiques.

Ce mémoire, vous pouvez en juger par une analyse rapide, porte sur des faits nombreux et bien étudiés. Les constatations de l'auteur sont intéressantes, bien qu'il ne semble pas se faire beaucoup d'illusions sur leur valeur pratique, valeur qu'il déclare nulle pour les signes pupillaires. Il reconnaît un peu plus d'importance au syndrome irien, peu connu jusqu'à présent et qui mérite de provoquer des recherches nouvelles.

Votre commission vous propose, Messieurs, d'attribuer le prix Esquirol au travail du Dr Parant, à qui elle adresse ses félicitations.

©BIUM

Tics respiratoires et troubles mentaux au cours d'une encéphalite épidémique fruste. De la puérilité encéphalitique.

Par MM. LEROY et MONTASSUT (1)

La malade, Clotilde M..., âgée de 20 ans, admise à l'Infirmerie spéciale, sur plainte de ses logeurs et enquête de police, entre le 26 février 1923, à Maison-Blanche pour : *débilité mentale avec troubles du caractère et de l'humeur, tics respiratoires, oppression extrême surtout sous l'influence de l'émotion, quelques somnolences. Encéphalite léthargique possible.*

L'hérédité de la malade est chargée : grand-père et père alcooliques, morts de tuberculose pulmonaire, mère instable, un oncle épileptique : 3 frères et sœurs morts en bas-âge de méningite, 5 autres actuellement vivants, dont un pottique, les autres bien portants. A l'âge de 6 mois, convulsions, du nystagmus aurait été constaté ; à 3 ans, scarlatine et phlegmon de la paroi antéro-latérale du thorax ; adénoïdienne, Clotilde subit l'ablation des végétations dans la seconde enfance. La marche aurait été tardive, l'énurésie fréquente jusqu'à la 8e année. Le développement intellectuel est lent: la fillette cause tardivement, et plus tard, sur l'avis d'un médecin (!) est dispensée de l'école primaire. Elle est élevée par sa tante qui l'instruit et l'éduque.

Réglée à 14 ans, menstruation très régulière. A cet âge, elle apprend le métier de cartonnière et travaille d'une façon constante jusqu'à sa maladie. A 19 ans, elle se fiance à un marin et ne manifeste aucune instabilité, pas plus dans son affection que dans ses domiciles et emplois.

Vers la fin de septembre 1921, Clotilde, jusqu'alors bien portante, éprouve une lassitude extrême, de l'ano-

(1) Cette observation a été complétée avec les notes que M. Chaslin a bien voulu nous communiquer. Nous le prions d'accepter nos respectueux sentiments de reconnaissance.

©BIUM

rexie mentale avec une tendance au sommeil invincible et douloureuse ; celle-ci ne tarde pas à s'exagérer, coïncidant avec un choc émotif, l'abandon de son fiancé. L'état physique s'aggrave rapidement, contraignant notre malade à abandonner son métier et à se réfugier chez sa mère. La marche à bas bruit de l'affection, les faibles réactions thermiques n'inquiètent pas l'entourage, et aucun médecin n'est consulté.

Les troubles intellectuels, exempts de tout état confusionnel ou délirant, sont cependant prédominants : apathie intellectuelle, asthénie psycho-motrice, lenteur des processus mentaux avec fatigabilité extrême, diminution de l'attention, amnésie. La somnolence est caractérisée surtout par un allongement de la période de sommeil (C. dormait d'un « sommeil de plomb » de 9 heures du soir au lendemain midi), sans inversion de rythme, ni périodes d'insomnie. Jamais l'hypersomnie ne fut plus accusée.

Les réactions affectives sont dès le début exagérées ; tendances hypochondriaques, brusques sauts de l'humeur avec paroxysmes émotifs. Cet éréthisme perçu par la malade lui fait confesser : « un rien me faisait de la peine parce que je croyais que tout le monde m'en voulait, je pleurais ou je me mettais en colère pour un rien ; j'ai toujours été un peu vive, mais jamais comme cela, j'étais beaucoup plus coléreuse, car je comprenais tout en mal ».

Les signes physiques sont plus frustes : absence de paralysie, de contracture, de myoclonie, de tremblement ; pas de troubles labyrinthiques ni cérébelleux ; pas de manifestations corticales et méningées reconnues. Quoique fréquente au cours de cette affection, l'analyse rétrospective ne décèle aucune atteinte appréciable du thalamus et du corps strié (pas de modifications de la sensibilité profonde, de la stéréognosie ; le tremblement, les mouvements choréo-athétosiques, le syndrome pseudo-parkinsonien manquent).

Quoique le strabisme externe remonterait à cette époque, l'atteinte de l'appareil visuel se traduit surtout par des troubles subjectifs : douleurs oculaires, « bouillards devant les yeux qui se troublaient », difficulté de

©BIUM

fixer, qui nous permettent d'impliquer l'existence d'une diplopie restée inaperçue.

L'état reste stationnaire jusqu'au début de février 1922, avec légère rétrocession de la torpeur intellectuelle et de la somnolence, mais aggravation des troubles du caractère et apparition d'un tic respiratoire; souvent précédé de bâillements. Il s'installe rapidement, essentiellement caractérisé par une polypnée rapide et bruyante ; il se produit jour et nuit, très fréquemment associé à un état affectif désagréable ; souvent isolé, il est accompagné d'angoisse thoracique et de paroxysmes anxieux motivés par la crainte de l'arrêt de la respiration et de mort imminente.

La convalescence est longue et pénible. L'état mental affecte le type général décrit par M. le Professeur Claude, où il s'agit « indépendamment de tout trouble de l'intelligence et de la mémoire, d'une asthénie psychique qui s'oppose à un travail intellectuel continu, de modifications de l'activité, de l'humeur et du caractère » (1).

Cette inadaptation à l'existence détermine la famille à la placer à la Salpêtrière, le 12 avril 1922. Clotilde y restera jusqu'au 15 décembre 1922, dans le service de M. Chaslin, se signalant surtout par des troubles de l'humeur et du caractère, une instabilité extrême et des réactions puériles ; elle s'occupe un peu au ménage et à la couture.

Quoique améliorée, la malade est inapte à reprendre une existence normale; elle tente vainement de retravailler, l'asthénie et l'instabilité l'empêchent de conserver ses emplois. Négligeant son hygiène et son alimentation, elle vit seule, en hôtel, où elle ne tarde pas à se quereller avec tous les voisins ; sur plainte de ceux-ci, elle est envoyée à l'Infirmerie spéciale, et de là, à Maison-Blanche.

Clotilde présente quelques stigmates de dégénérescence ; légère acrocéphalie, exostose des bosses frontales, prognathisme du maxillaire inférieur, très légère

(1) H. CLAUDE. — Troubles mentaux de l'encéphalite léthargique, *Société de Psychiatrie*, 11 juillet 1920.

©BIUM

asymétrie faciale, ébauche ogivale de la voûte palatine. L'état général est bon.

L'examen de l'appareil circulatoire ne fournit aucun signe de lésion orificielle. Le pouls régulier bat à 74. La pression maxima : 13 1/2 ; la minima : 10 (Vaquez-Laubry).

L'examen des voies aériennes supérieures a été négatif. L'examen sthétoscopique l'est également. Entre les périodes polypnéiques, la respiration est régulière, sans inversion de rythme, sans modification de murmure vésiculaire.

L'appétit est bien conservé ; les fonctions digestives sont bonnes quoique lentes ; pas de modifications des urines. Règles régulières, mais d'intensité variable.

L'examen ne révèle aucun trouble de l'attitude, de la motilité, de la mimique ; notre malade conserve seulement une très légère atonie des traits, sans toutefois présenter l'aspect figé du parkinsonnisme classique.

Les réflexes tendineux : olécranien, achilléen, rotulien sont vifs des deux côtés ; il n'y a pas de phénomène de la rotule, ni clonus du pied. Les réflexes cutanés sont exagérés ; le réflexe plantaire est un peu modifié à gauche (flexion peu franche du gros orteil, avec éventail du petit doigt).

L'exolphtalmie légère avec éclat du regard nous avait conduit à penser à une forme atténuée de la maladie de Basedow. L'absence des signes palpébraux, de tremblement, de tachycardie, d'hypertrophie thyroïdienne nous fait éliminer ce diagnostic. Les yeux présentent un strabisme divergent fruste, les pupilles égales ont un léger myosis malgré l'intensité de la myopie (6 Dioptries) ; l'examen du fond d'œil est négatif. La diplopie n'a pas été reconnue.

Le liquide céphalo-rachidien, de caractères physiques normaux ne révèle aucune réaction méningée appréciable : albumine 0,20, 1 lymphocyte par mm³. Réaction au benjoin colloïdal négative. Wassermann positif. W. négatif dans le sérum sanguin.

Il nous a paru intéressant de rechercher l'état des systèmes sympathique et autonome dont les perturbations sont signalées comme fréquentes Nous sommes

©BIUM

ici en présence d'un syndrome vagotonique prédominant (exophtalmie, léger myosis, teint pâle, réflexe oculo-cardiaque : 74-56, troubles respiratoires, préoccupations anormales, découragement) ; seules, la versalité de l'humeur et l'impulsivité peuvent être rattachées à la sympathicotomie.

Les troubles respiratoires se sont atténués progressivement, n'apparaissant plus qu'à l'état de veille ; ils sont presque exclusivement associés aux manifestations de l'émotion, n'interviennent plus qu'au cours des pleurs, des sanglots, des colères, des rires. L'anxiété a disparu, l'angoisse organique elle-même s'est atténuée ; le tic respiratoire reste pur de gêne et de cyanose. La respiration qui était régulière (17 par minute) exagère progressivement son rythme en même temps qu'elle accroît son bruit ; à ce moment, elle est perçue par la malade qui n'en a pas observé l'invasion insidieuse. L'inspiration est courte, saccadée ; l'expiration plus bruyante donne l'impression de se faire exclusivement par le nez. L'aspect est celui de l'essoufflement consécutif à une longue course ; il n'y a pas de Cheyne-Stokes. La polypnée se maintient aux environs de 30 pendant quelques minutes ; puis, sans cause appréciable, la fréquence et la tonalité s'atténuent et la malade reprend une inspiration de caractère normal, réalisant le type de la *tachypnée paroxystique* décrite par Pierre Marie, Léon Binet et Mlle Lévy (1).

Nous avons signalé l'absence de toute atteinte de l'arbre respiratoire et l'examen rhino-laryngologique a été négatif. L'inspection du thorax réalise la symptomotologie décrite par MM. Clovis Vincent et Bernard (2) : ampliation thoracique diminuée ; immobilisation et dilatation des espaces intercostaux inférieurs. La respiration est de type costal supérieur ; à l'inspiration, on note une dépression symétrique de la

---

(1) P. Marie-Binet, Mlle Lévy. — Les troubles respiratoires de l'encéphalite léthargique. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 juillet 1922.

(2) Cl. Vincent et E. Bernard. — Troubles respiratoires dans l'encéphalite léthargique. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 27 juillet 1922.

E. Bernard. — Revue générale in *Gazette des Hôpitaux*, 20 janvier 1923.

©BIUM

région des hyponcondres et de l'épigastre, fonction de l'inertie diaphragmatique, signalée par Duchenne, de Boulogne, la malade paraît « avaler son ventre ». Les soupirs moins fréquent existent toujours, le hoquet n'a jamais été constaté. L'attention, le travail, l'isolement, la suggestion, l'intimidation ne paraissent avoir aucune influence sur la tachypnée. Elle est presque exclusivement associée à un état affectif et se manifeste avec le plus d'ampleur au cours des paroxysmes émotifs : émoi, impatiences, colères, pleurs, rires ; la malade la dissocie mal de ces manifestations.

L'allure théâtrale de ces réactions pourrait faire penser à une association hystéro-organique, nous n'interviendrons pas dans cette discussion et nous conclurons avec M. Jean Camus, qu'« il n'est pas nécessaire d'invoquer l'hystérie pour expliquer, chez cette malade, les variations du rythme respiratoire, celui-ci, comme on le sait, subit souvent à l'état normal l'influence de l'attention, de la volonté, des émotions, etc. Les centres respiratoires sont très sensibles à toutes les influences, soit corticales, soit périphériques, et cette sensibilité est bien connue de ceux qui prennent des graphiques de la respiration chez les animaux de laboratoire. L'attention, les émotions, les excitations de la peau, etc. sont susceptibles de produire chez eux des phénomènes d'accélération, de ralentissement ou d'arrêt respiratoire » (1).

Les troubles respiratoires ne constituent pas le seul reliquat et les séquelles psychiques sont importantes. Nous esquisserons rapidement la psychologie du sujet tout en faisant remarquer que la maladie infectieuse n'a fait qu'aggraver l'état mental constitutionnel.

Les différents tests intellectuels ne signalent qu'un léger déficit du pouvoir de l'attention ; la bradypsychie n'y est pas manifeste.

Les troubles du caractère sont prédominants : notre malade est dans un état perpétuel d'éréthisme affectif qui nous fait penser à cette « sorte d'écorché moral, sans défense, sans enveloppe, tout saignant » que décrivent les Goncourt, égoïste, revendicante, irritable,

(1) Jean CAMUS. — *Société de Neurologie*, 9 novembre 1922.

©BIUM

impulsive, elle tempête, crie, griffe, hurle, fomente des rébellions, calomnie ses compagnes, puis, repentante, avoue sans difficulté et regrette très sincèrement ces manifestations « plus fortes qu'elle ». Cette excitation est essentiellement paroxystique ; apparue brusquement, elle disparaît avec la même rapidité ; souvent un compliment suffit à désarmer son ressentiment et ses courroux. Les états affectifs se succèdent avec une déconcertante rapidité : quelques reproches, l'assurance d'une sympathie attristée, déterminent une colère ou des pleurs, mais la violence rétrocède fréquemment et une plaisanterie banale ramène des rires éclatants et discordants. Le caractère explosif de ces rires et de ces pleurs est très analogue à celui des pseudo-bulbaires, qu'on tend à rattacher à des lésions des noyaux gris centraux. L'adaptation de la mimique à l'état affectif est correcte, mais la modération de l'expression échappe et Clotilde a conscience de l'exagération de ses réactions comme des modifications de l'humeur. La tachyphémie n'a pas été observée.

L'analogie de ces troubles avec ceux des Parkinsonniens est grande, ils seraient pour M. Claude « l'expression », d'une part, de troubles fonctionnels de la corticalité cérébrale, d'autre part, de certaines lésions des centres régulateurs de l'activité motrice dans l'adaptation de la parole à la pensée, comme il existe, nous le savons aujourd'hui, des altérations des centres régulateurs des mouvements, du tonus et de l'équilibre des fonctions musculaires agonistes et antagonistes dans les noyaux gris centraux et le locus niger. L'encéphalite épidémique, par ses localisations électives dans ces régions, réaliserait ainsi le même syndrome moteur et psychique que les altérations vasculaires chroniques qui paraissent être à l'origine de la maladie de Parkinson » (1).

Notre malade réalise un état mental particulier, caractérisé par de nombreuses réactions puériles teintées de mantérisme. Spontanée, versatile, capricieuse,

(1) H. CLAUDE. — Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. *Paris-Médical*, 2 octobre 1920.

©BIUM

Clotilde a de gros chagrins et des colères tapageuses d'enfant ; coquette ou boudeuse, elle s'est mise en tête de plaire aux médecins ; leur visite est accueillie avec grand enthousiasme, elle capte les mains qui lui sont tendues, les porte à ses joues, à ses lèvres et dirige la conversation sur le ton d'un léger badinage. Clotilde a aussi un grand sentiment pour ses compagnes qu'elle trouve jolies et qu'elle embrasse fréquemment (réaction essentiellement puérile, d'où il faut exclure toute perversion morale). Comme la malade présentée ici par MM. Capgras et J. Reboul-Lachaux (1), elle écrit de nombreuses poésies. Il n'y est fait mention que des perfections de ceux qu'elle chérit et de la tristesse qu'elle éprouve à aimer sans réciprocité.

A son amie Amélie est dédié cet acrostiche :

Amélie, c'est ma charmante amie,
Ma douce et tendre camarade jolie,
Et celle qui m'enchante chaque jour.
La chérir sera mon but toujours ;
Il y a de la douceur dans son teint de rose,
Elle est une fleur à peine éclose.

Ces manifestations puériles résultent, à notre avis, d'un impérieux besoin de jeu, de détente intellectuelle, facilité par quelques tendances mythomaniaques. Elle lui permettent de ne pas trop songer à ce qui est son tourment : le sentiment d'une déficience intellectuelle et physique, d'une inaptitude à la lutte pour la vie. Les idées hypocondriaques sont, en effet, très actives : crainte de mourir, celle de ne pas guérir et de rester toute sa vie dans un asile. Notre malade a le sentiment d'être et pour longtemps une grande invalide, elle appréhende la vie seule, sans appui moral, aussi se fait-elle « toute petite » afin d'attirer sur elle l'indulgence, de trouver une protection efficace et un réconfort constant.

(1) Capgras et J. Reboul-Lachaux. — Rythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'encéphalite épidémique. *Soc. clin. méd. mentale*, juillet 1922.

©BIUM

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En raison du bruit des conversations pendant la lecture de M. Montassut, je n'ai pu à mon grand regret goûter, comme je l'aurais voulu, son intéressant travail.

Je me permettrai donc de demander que désormais les auteurs résument *de vive voix* leurs communications et ne recourrent à leur texte que pour documenter la discussion. J'ai, en effet, remarqué que les communications lues ont le don de délier, parmi les auditeurs, les langues des plus taciturnes, et, comme nous n'avons pas le privilège des femmes, d'écouter tout en parlant, je crois que le mieux, pour empêcher l'effet, est de supprimer la cause.

Maintenant M. Montassut m'autorise-t-il à lui faire un petit reproche de terminologie ? Ma critique s'adresse d'ailleurs à beaucoup de médecins. Il *oppose* le *système autonome* au sympathique. Il entend évidemment, avec certains pathologistes, par système autonome le parasympathique ; mais cette acception n'est pas conforme à celle de l'inventeur du terme. C'est Langley (1), qui, en 1898, a choisi l'épithète *autonomic*, pour qualifier les parties motrices du système nerveux qui n'innervent pas les muscles striés. Et il distingua, surtout grâce aux réactions de l'adrénaline, dans le système autonome, trois parties : le sympathique thoraco-lombaire dont l'excitation donne en gros des effets analogues à ceux de l'adrénaline; le système parasympathique et le système entérique. C'est donc par erreur qu'à la suite d'Eppinger et Hess, depuis 1909, certains pathologistes limitent le système autonome au parasympathique. Je me suis permis de relever cette confusion; car si la science est une langue bien faite, elle doit laisser aux néologismes le sens que leur ont donné leurs inventeurs.

M. MIGNARD. — L'observation présentée par MM. Leroy et Montassut offre l'intérêt de concilier le double point de vue de la neurophysiologie et de la psychologie sans vouloir confondre les méthodes et les voca-

(1) J.-N. LANGLEY. — *Journ. of physiol.*, XXIII, 1898, p. 241.

©BIUM

bulaires différents. C'est ainsi qu'ils étudient les réactions respiratoires aux idées émotionnantes, d'une part ; et, d'autre part, considèrent la puérilité mentale si fréquente chez les encéphalitiques comme une réaction psychologique aux multiples déficiences conditionnées par les troubles nerveux qu'ils subissent du fait de leur maladie. Cette manière de procéder, respectueuse de l'autonomie des diverses réalités et des diverses sciences, et cependant susceptible de connaître leurs rapports, me paraît une méthode féconde et sûre, qui promet de bons résultats.

M. CHASLIN remarque que bien qu'il n'ait pu examiner la malade personnellement que peu de temps et à un moment où elle était très améliorée avec un tic très faible et très rare, la malade lui a paru être avant tout une déséquilibrée, une grande enfant chez laquelle l'encéphalite léthargique fruste n'aurait été qu'un appoint probable aux manifestations de déséquilibre mental antérieur.

Contribution à l'étude de l'autisme

MM. MINKOWSKI et TARGOWLA présentent de nouveau la malade qu'ils ont montré à la Société à la séance d'avril (voir *Annales*, mai 1923).

M. ARNAUD. — Le malade de M. MINKOWSKI est introduit. M. ARNAUD lui pose diverses questions et lui demande d'exécuter devant la Société certains actes, en reproduisant aussi fidèlement que possible les mouvements et les gestes qu'il faisait pendant sa période de maladie caractérisée, à l'occasion de ces actes : ouvrir et fermer une serrure, ouvrir et fermer une lettre, s'asseoir sur une chaise, se présenter à un urinoir, disposer son oreiller au moment du coucher, boutonner et déboutonner ses vêtements, etc.

M. ARNAUD insiste sur les attitudes et les mouvements très particuliers qu'exigeaient ces actes, tels que les reproduit le sujet.

M. ARNAUD. — Vous l'avez vu de la façon la plus

©BIUM

nette, les mouvements du malade présentent les caractères que j'ai longuement décrits, il y a plus de trente ans avec le Professeur Raymond (1). Ces caractères sont l'hésitation, la répétition inutile, la lenteur, le défaut d'harmonie et la maladresse. Qu'il s'agisse de la mise en train ou de l'arrêt d'un acte, il semble que les muscles n'obéissent pas à la volonté, qu'il y ait une sorte de crispation entravant les mouvement. Ce trouble du mouvement volontaire, ordinairement méconu des auteurs, me paraît avoir une grande importance pour l'appréciation des états obsédants. Le malade de M. Minkowski est un type de douteur diffus, non systématisé, à obsessions interrogatives portant sur les faits de la vie quotidienne. Il ne peut se fixer dans une certitude, il hésite et s'interroge sans fin. Ce doute perpétuel est un phénomène de même ordre que l'hésitation et l'incertitude des mouvements ; il dépend, à mon avis, de conditions plus profondes, plus élémentaires que le trouble purement intellectuel invoqué par M. Minkoswski. Il s'agit là, comme l'avait indiqué M. Janet, d'un trouble des éléments communs à l'intelligence et à la volonté, d'une véritable *aboulie*. L'affirmation est un acte ; le malade est incapable de le réaliser, de même qu'il ne peut exécuter facilement les mouvements musculaires. Le doute est l'équivalent intellectuel de l'incertitude des mouvements.

Après nous avoir très bien décrit les obsessions interrogatives de son malade, M. Minkowski nous dit que ce malade n'est pas un obsédé, *parce qu'il n'est pas émotif*. On pourrait discuter sur l'absence d'émotivité de ce sujet. Il vient de vous dire que si on l'avait empêché de se livrer à ses vérifications répétées, à ses mouvements compliqués, il se serait probablement fâché. Mais il me semble que sur ce point, et d'une manière générale, M. Minkowski substitue à l'observation directe une théorie contestable. En fait, il vous l'a dit très clairement, ce malade était assiégé sans répit par des

(1) RAYMOND et ARNAUD. — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogaiives et troubles des mouvements. *Annal. M. P.*, Septembre-Octobre 1892.

©BIUM

questions dont il ne pouvait se débarrasser, il éprouvait le besoin constant de vérifier, de recommencer, parce que, dit-il, il avait « peur d'avoir mal fait la chose ». Je ne vois pas quel nom autre que celui d'obsession on pourrait donner à cet état d'esprit. Quand à la question de savoir si l'obsession est conditionnée par l'émotivité, je sais bien que, d'après l'autorité de Morel, de Magnan, de Dupré, c'est l'opinion du plus grand nombre. Je ne puis cependant y adhérer. Beaucoup d'obsédés, la plupart, ont présenté ces troubles moteurs spéciaux, cette hésitation, cette aboulie, cette insuffisance générale bien avant d'avoir des obsessions précises et sans manifester aucune réaction émotive. Un assez grand nombre se plaignent même de « ne rien sentir », de « ne s'intéresser à rien ». Lorsque apparaissent les obsessions définies, ce sont, en quelque sorte, des symptômes de perfectionnement, et, depuis longtemps, les malades avaient eu maintes occasions de constater leur insuffisance dans le domaine de l'action, d'en appréhender le retour, d'en éprouver par là-même une certaine angoisse. De sorte que, dans bien des cas, l'émotivité de ces sujets n'est pas primitive, mais plutôt secondaire, elle ne conditionne pas les obsessions. A ce point de vue, d'ailleurs, il y a vraisemblablement différentes catégories d'obsédés, l'émotivité pouvant fort bien être primitive chez certains d'entre eux. Mais, en tous cas, ce n'est pas sur l'émotivité que l'on peut établir la notion d'obsession.

M. VALLON fait observer qu'à son avis les paroles du malade infirment la conception de l'auteur. Il demande d'autre part si les auteurs rattachent l'émotivité de façon intime à l'obsession.

Après une courte intervention de M. Raymond MALLET, la suite de la discussion est renvoyée à la séance de juin.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des Séances,
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE LÉGALE

L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants, par Henri VERGER, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux, 1 vol., 250 p.

Ce livre renferme la substance d'un cours public fait à l'Université de Bordeaux pendant l'hiver 1921-22.

L'auteur passe en revue les différents états pathologiques au cours desquels peuvent être accomplis des actes délictueux. Pas de difficulté pour l'appréciation de la responsabilité quand il s'agit des malades délirants ou déments, au sens médical du mot. Mais, à côté de ceux-ci, il existe une foule de sujets qui peuvent avoir affaire avec la justice et pour lesquels fait souvent défaut un critérium précis quand il s'agit de se prononcer sur leur responsabilité. C'est le cas, par exemple, des obsédés et des impulsifs pour ne citer que cette espèce. Comment, en effet, déterminer le degré d'irrésistibilité d'une obsession ; L'analyse, même serrée, que recommande l'auteur ne peut guère, semble-t-il, donner que de bien vagues présomptions.

L'examen de la question de la responsabilité atténuée conduit l'auteur à des conclusions qui ne sauraient guère être contestées. « L'âge de la responsabilité atténuée, dit-il, doit être clos puisque la pratique en montre l'erreur ; les médecins ont mieux à faire qu'à soustraire les délinquants à l'action de la justice. »

Avouerai-je que le dosage au compte-goutte de la responsabilité m'a toujours paru un problème dont la solution ne peut reposer que sur des données subjectives et implique, à mon sens, une conception de la responsabilité embarrassée encore de toute sa gangue métaphysique.

L'auteur passe ensuite en revue les idées discutées en 1921, au Congrès de médecine légale des médecins de langue française, tenu à Bruxelles et préconise des réformes péni-

©BIUM

tentiaires pour les anormaux délinquants, basées sur des données biologiques et qui ont déjà reçu, en Belgique, depuis la guerre, un commencement de réalisation. Il existe, en effet, dans toutes les prisons du royaume un service spécial confié à des médecins, qui pratique un examen systématique de tous les détenus.

L'ouvrage se termine par l'examen des projets de réforme du régime des aliénés qui doivent venir en discussion devant le Parlement.

F. PACTET.

TERMINOLOGIE MÉDICALE

Dictionnaire des termes techniques de medecine, par MM. GARNIER et DELAMARE, 8e édition, avec une préface de G.-H. ROGER.

Rien ne montre mieux l'utilité de cet ouvrage que les services qu'il rend, non seulement en France, mais aussi à l'étranger, puisque depuis la fin de 1899, sept éditions ont été épuisées. « Sous un petit volume, dit M. le Doyen Roger, ce livre constitue le répertoire médical le plus complet qui existe actuellement et quand on sera embarrassé par une expression technique, on n'aura qu'à ouvrir le dictionnaire de MM. Garnier et Delamare. »

F. P.

JOURNAUX ET REVUES

ASSISTANCE

E. CATALAN, ancien interne de l'*Hôpital d'aliénés*, Député au Parlement, **Un projet de loi pour la création de « Réformatorium » pour alcooliques en Argentine** (*Rev. de Criminol. Psiqu. y Med. Legal*, Buenos-Ayres, février 1923).

Depuis que l'on agite la délicate question du traitement et de l'assistance des alcooliques, d'excellentes choses ont été dites tant en France qu'à l'étranger. Chez nous, de timides essais de réalisation des vœux émis dans les Congrès ou dans les Sociétés ont subi des fortunes très diverses, au point que rien malheureusement n'existe pour les alcooliques entre l'hôpital, insuffisant, et l'asile — ou la prison —

©BIUM

mesures trop sévères et inopérantes. Et pourtant n'avons-nous pas envisagé le problème sous tous ses aspects, émis des vœux très judicieux ? Il est frappant de constater que les étrangers, au delà même de l'Atlantique, connaissent bien mieux ce qui s'est dit et ce qui se fait chez nous que nous ne paraissons le savoir nous-mêmes ! Dès 1894, le Congrès des Aliénistes, réuni à Clermont-Ferrand, étudiait à fond et jusque dans le petit détail la question de l'assistance spéciale des alcooliques ; dans son historique très complet de cette question, tant à l'étranger qu'en France, Catalán accorde une place prépondérante au rapport de Deschamps et à la discussion qui l'a suivi. Quel en fut le résultat chez nous ? La charité privée a réalisé deux œuvres, assez prospères et utiles ; mais l'Etat ? Le service d'alcooliques de Ville-Evrard ! En quoi répond-il aux vœux du Congrès ? En quoi répond-il au but qu'il devrait se proposer ?

C'est là un examen de conscience que nous pouvons faire, mais dont ne se préoccupe pas le Médecin-Député dans sa solide étude. L'historique y est très complet, mais retient moins l'auteur que les principes à mettre en évidence, et les conclusions à tirer.

Le traitement des alcooliques ne peut se faire dans les asiles ; cela ressort des statistiques. « L'alcoolique est un malade d'une nature particulière, qui demande, pour pouvoir être rendu à la Société, à la vie ordinaire, des soins, des règles, une discipline rigoureusement observés, et aucun traitement ne peut réussir sans leur observation très exacte. » — La cure d'air et de soleil, le travail de jardin, doivent y jouer un rôle prépondérant, auquel viennent s'ajouter l'influence et la surveillance du médecin, la psychothérapie. Cela ne peut être réalisé que dans des *Reformatorium* tels qu'il en existe déjà dans quelques pays.

Il y a cependant lieu d'établir une distinction complète entre les *alcooliques curables* et les *incurables ;* ces derniers sont ceux chez qui l'intoxication chronique a lésé davantage le cerveau que les autres organes (rein, foie, cœur, etc.) plus résistants. Ces malades continueront à relever de l'asile ; les autres, curables, doivent être l'objet de mesures destinées à protéger contre eux la société et à leur permettre de reprendre leur place dans la société à laquelle ils ne doivent pas rester à charge.

Tel est l'objet du projet de loi présenté au Parlement argentin : Les « ivrognes d'habitude », ceux qui, âgés de plus de 20 ans, se trouvent en état habituel d'ébriété ou d'excitation produite par l'alcool, pourront être déchus tem-

©BIUM

porairement de leurs droits civils, et placés *en vue de leur guérison* dans des Reformatorium.

Ce placement pourra être volontaire ; il pourra aussi être ordonné par l'autorité judiciaire. Un fonds sera constitué en vue de la prophylaxie de l'alcoolisme, de la constitution et de l'entretien des Reformatorium, et pour subvenir aux besoins des familles nécessiteuses des alcooliques assistés. Ce fonds sera constitué : avec le 20 0/0 des impôts sur les boissons alcooliques ; le 20 0/0 des droits de patente supérieurs à 2.000 pesos (1) imposés aux débitants de boissons alcooliques ; les amendes pour infraction à la loi en projet; les dons et legs.

Enfin, en outre des amendes, fort élevées, infligées à tous individus qui seront trouvés en état d'ébriété manifeste, la loi prévoit comme mesure de prophylaxie l'enseignement antialcoolique à l'école.

Louis PARANT.

BIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

A. SIERRA, **Les épreuves pharmacodynamiques en psychopathologie** (*IIe Congrès National de Médecine*, Buenos-Ayres, 1-8 octobre 1922).

Poursuivant des recherches physiologiques dont nous avons ici-même donné déjà un compte rendu (cf. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1922, p. 174 et janvier 1922, p. 70), Sierra obtient en utilisant les épreuves endocriniennes chez les aliénés des résultats nouveaux : les états démentiels sont très peu influencés par l'hyperthyroïdisme expérimental, qui se manifeste au contraire au maximum dans les psychoses à double forme ; — l'épreuve de l'adrénaline n'est pas spécifique de l'hyperthyroïdisme ; — le choc émotif, ou réaction à l'adrénaline, est très inconstant chez les aliénés qui présentent le tableau clinique de l'hyperthyroïdisme ; c'est un nouvel argument contre ceux qui, comme Lévy et Rothschild, appellent les glandes thyroïdes les « organes de l'émotion ».

Louis PARANT.

NÉRIO ROJAS, **Diagnostic chimique de l'alcoolisme aigu** (IIe Congrès Nat. de Médecine, Buenos-Ayres, oct. 1922, *Arch. Criminol. Psiqu. y Méd. Lég.*, n° 53).

L'auteur s'est proposé d'adapter à la recherche de l'alcool dans les liquides humoraux du vivant la méthode de Nicloux,

(1) Monnaie équivalant à peu près au dollar.

©BIUM

qui déjà, grâce à la technique de Balthazard et Larue, rend de très grands services en Médecine légale. Mais tandis que ces derniers ont mis au point la recherche de l'alcool dans les organes du cadavre (foie, rein, cerveau), Nério Rojas le recherche dans l'urine du vivant.

Ses résultats concordent avec ceux déjà connus par les autres méthodes. Ils peuvent rendre de très grands services en Médecine légale et intéressent tout spécialement le psychiatre, clinicien ou expert, pour le diagnostic de l'alcoolisme aigu.

Louis PARANT.

INTOXICATIONS

L'hémoclasie digestive chez les morphinomanes au cours de l'intoxication et de la désintoxication, SOLLIER et MORAT. *Presse médicale,* n° 3, 1923.

Dans l'intoxication chronique par la morphine ou les dérivés de l'opium, le foie est très fréquemment troublé dans toutes ses fonctions. Dans la recherche de l'épreuve de l'hémoclasie digestive au cours de l'intoxication, les auteurs ont trouvé d'une façon inconstante : des modifications de la tension artérielle (la morphine est un hypertenseur ; l'hypotension est un symptôme d'abstinence), — des troubles de la coagulation sanguine (du fait de la morphinomanie il existe des retards considérables et des perturbations dans le temps de coagulation), — des troubles de la viscosité sanguine. Par contre, la leucopénie a une certaine valeur. Elle persiste un certain temps après le sevrage et ne disparaît qu'entre le 20e et le 30e jour après la suppression du toxique. La disparition du choc hémoclasique dans la désintoxication est un indice de la bonne convalescence du malade. Les intoxiqués présentent aussi une leucopénie très nette au moment de l'injection de morphine dans leur organisme, mais cette leucopénie n'est pas en rapport avec la dose injectée, puisqu'une dose infime chez un morphinomane à grosses doses provoque les mêmes réactions leucopéniques.

Cela fait comprendre comment, en état d'abstinence totale, il suffit d'injecter une dose infinitésimale par rapport aux doses habituelles du sujet pour le calmer et arrêter les réactions violentes ou douloureuses. Cela explique également comment, chez un morphinomane sevré depuis peu de temps, il suffit d'une petite dose de morphine pour provoquer dans son organisme un état qui réveille aussitôt en lui son habitude et crée un besoin qui le mène à la récidive. Aussi est-il

©BIUM

recommandé expressément de ne jamais donner, même longtemps après le sevrage, sous aucun prétexte, sous aucune forme et à quelque dose que ce soit, de l'opium et surtout de la morphine à un ex-intoxiqué.

Les hypnotiques, toujours très nocifs quand ils se surajoutent à une intoxication morphinique, provoquent par ingestion chez l'intoxiqué et chez le désintoxiqué les mêmes phénomènes de choc que le lait et la morphine. D'où la règle de ne jamais associer au cours de l'intoxication morphinique, ou donner à titre de succédané pendant la désintoxication, des médicaments narcotiques ou stupéfiants quelconques.

P. BEAUSSART.

MÉDECINE LÉGALE

Sur certaines réactions antisociales des délirants systématisés hallucinés, par le Dr Henri HOVEN (de Mons) (in *Archives médicales Belges*, janvier 1923.).

Travail basé sur cinq observations dans lesquelles l'auteur a noté des réactions telles que fugues, auto-mutilations, suicide. Il oppose ces réactions qu'il qualifie de « passives » aux réactions « actives », ou mieux « agressives » de ces malades. Il semble difficile de qualifier de passives des réactions telles que les auto-mutilations, les fugues et le suicide. Si, contrairement à celles du premier groupe, dirigées contre les persécuteurs, ces réactions du persécuté sont dirigées contre lui-même (et encore peut-on difficilement qualifier ainsi les fugues), elles n'en sont pas moins actives.

Le but de M. Hoven est surtout d'attirer l'attention sur des réactions relativement fréquentes que l'on peut observer au cours de l'évolution des délires systématisés hallucinatoires. Si l'on veut les opposer aux réactions agressives de ces malades, ne serait-il pas préférable de les désigner sous le nom de *réactions de type mélancolique*. Certaines d'entre elles se produisent sous l'influence de véritables états dépressifs associés à la psychose systématisée. D'autres, plus rares, (telles les auto-mutilations ou les suicides consécutifs à une hallucination impérative), sont des réactions purement délirantes ou hallucinatoires.

René CHARPENTIER.

©BIUM

NEUROLOGIE

Emotivité anxieuse et spasme respiratoire, par DE MASSARY et WALSER. *Bulletins Académie de Médecine*, n° 1, 1923.

Les auteurs isolent dans le tableau clinique de l'émotivité morbide une forme caractérisée par l'importance presque exclusive de troubles respiratoires ; ces troubles portent sur l'inspiration qui apparaît constamment insuffisante et comme bridée ; ils s'accompagnent d'une réaction psychique anxieuse. Les autres éléments du syndrome hyperémotif sont beaucoup plus effacés ; ils appartiennent pour la plupart au groupe vagotonique, aussi le traitement par l'atropine et la belladone entraîne-t-il habituellement un soulagement rapide et durable.

P. BEAUSSART.

Démembrement de la neurasthénie, par M. DE FLEURY. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, n° 13, 1923.

L'auteur, s'appuyant sur un très grand nombre de cas observés au Service central psychiatrique du Val-de-Grâce, arrive à cette conclusion qu'il existe bien une neurasthénie, mais que c'est une maladie rare. On la confond habituellement avec la psychose émotive, avec la dépression hypocondriaque, plus fréquemment encore avec les cas bénins de dépression mélancolique. Après avoir donné les signes qui permettent le diagnostic avec ces psychoses, l'auteur définit la neurasthénie une maladie accidentelle et non constitutionnelle, de nature toxi-infectieuse, dont le caractère dominant est la fatigue physique, objectivement constatable par l'hypotonie des muscles de la vie de relation et de la vie végétative et par le fonctionnement mineur des systèmes glandulaires. Primitivement somatique, elle ne devient que secondairement une psychopathie. Le traitement purement physique dans la première phase doit devenir physique et psychique quand s'est constitué l'état mental.

P. BEAUSSART.

Les méningites de l'helminthiase, par G. GUILLAIN et GARDIN. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 11, 1922.

Les auteurs commencent par réfuter l'opinion qui veut, depuis ces dernières années, que les vers intestinaux ne puissent provoquer de méningites ou de réactions méningées vraies et ils en arrivent à citer une observation de ménin-

©BIUM

gite vermineuse des plus légitimes (tœnia) avec albuminorachie (0,56), réactions de Pandy et Weichbrodt légèrement positives, polynucléose et lymphocytose abondante, réaction au benjoin positive dans la zone méningitique et négative dans la zone syphilitique, pas de B. de Koch, injection au cobaye négative. Après thérapeutique antihelminthique et rejet d'un tœnia solium, tout rentra dans l'ordre.

P. BEAUSSART.

Syndrome de Mikulicz au cours d'une encéphalite épidémique, par GUILLAIN, KUDELSKI et LIEUTAUD. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* n° 30, 1922.

Il s'agit d'un cas rare de développement, au cours d'une encéphalite épidémique, d'une hypertrophie des glandes lacrymales, des parotides et des glandes sous-maxillaires.

A propos de cette communication, Netter constate l'absence jusqu'alors, dans la littérature médicale, de cas de tuméfaction des glandes lacrymales. Il insiste sur la plus grande fréquence, par contre, des parotidites et sous-maxillites rappelant que les altérations microscopiques des glandes salivaires dans l'encéphalite sont semblables à celles que l'on trouve dans la rage. La constatation de corpuscules de Négri dans les cellules nerveuses des ganglions inclus dans le tissu interstitiel des glandes implique que le virus est d'abord apporté dans les éléments nerveux des glandes, et qu'il passe ensuite dans la salive.

P. BEAUSSART.

Akathisie et tasikinésie, par SICARD. *Presse médicale,* n° 23, 1923.

Le premier terme a été choisi par l'auteur pour signifier la gêne, la difficulté ou l'appréhension de s'asseoir ou de rester assis, — le second terme pour signifier la tendance au mouvement, à la marche et par conséquent, en raison même de cette réaction motrice, l'impossibilité indirecte de garder la station assise.

Le terme de tasikinésie pourrait être proposé pour désigner le besoin particulier de mouvement, d'agitation, que l'on rencontre chez certains malades au cours d'états psychopathiques divers parmi lesquels il faut signaler l'excitation maniaque, les fugues des déments précoces, des débiles, des épileptiques et surtout l'hyperactivité anormale de quelques encéphalitiques (encéphalite épidémique). Il y a là tendance

©BIUM

à une hypermotricité d'ensemble et surtout à une hypermotricité de marche.

A côté d'akathisies par troubles sensitifs douloureux ou par troubles moteurs cloniques, il est des akathisies par troubles moteurs psychiques, d'ordre psychasthénique, délirant ou démentiel. Des sujets à constitution émotive, douteurs, scrupuleux, obsédés, angoissés sont pris d'une véritable phobie de la station assise. Des déments précoces, des mélancoliques qui, au cours de leurs attitudes stéréotypées, gardent, pendant un temps souvent prolongé, l'immobilité de la station debout et se relèvent aussitôt, automatiquement, dès qu'on cherche à leur imposer la station assise.

P. BEAUSSART.

Kyste traumatique d'un lobe frontal, par DE BEULE. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique*, n° 5, 1922.

L'auteur communique l'observation d'un jeune homme qui à la suite d'un violent trauma de la région frontale gauche avec perte osseuse complète de la région, a présenté, 1 an après, des crises d'épilepsie jacksonnienne commençant par le pied droit, s'y localisant ou se généralisant.

Tout le lobe frontal était le siège d'un volumineux kyste (volume d'une mandarine) qui allait jusqu'au ventricule latéral dont il n'était séparé que par une très mince paroi, effondrée au moment d'une intervention chirurgicale ; suite opératoire excellente malgré l'ouverture du dit ventricule.

Dans des cas semblables de destruction complète du lobe frontal avec ouverture du ventricule, Depage et Willems ont constaté des suites heureuses, sans déficit intellectuel (?).

P. BEAUSSART.

Pachyméningite hémorragique chez un paralytique général, par CORNIL et ROBIN. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, n° 3, 1922.

Les auteurs, dans leur observation, attirent l'attention sur l'imprécision de la symptomatologie neurologique qui ne permettait pas de faire un diagnostic de localisation ; il s'agissait de deux tumeurs kystiques extra-cérébrales, hémorragiques, bilatérales, siégeant dans la région temporo-pariétale et qui n'apportèrent aux signes cliniques de P. G. aucun signe de superposition qui pût faire supposer leur présence. Le fait connu de la bilatéralité des lésions, dans une zone toujours la même, laisse supposer une atteinte

©BIUM

des artères méningées moyennes. L'hémorragie était secondaire dans la zone de pachyméningite.

P. BEAUSSART.

Guiodo RUATA : **Sur la pathogénie de quelques formes de syphilis nerveuse** (Manicomio di Pesaro).

Etude précise et détaillée de la syphilis nerveuse.

Etude que l'on peut diviser en deux parties :

Ire Partie. — Dans une première partie, l'auteur attaque la théorie de la dualité du tréponème et critique en particulier, point par point, la thèse de Sanguinetti (Paris, 1922).

Il fait appel pour cette critique à des arguments cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques.

Arguments cliniques. — Pourquoi le bacille tuberculeux ne serait-il pas, lui aussi, neurotrope, dermotrope, pneumotrope,... etc. Pourquoi les maladies spécifiques scléro-gommeuses des méninges et de l'encéphale cèdent à la cure habituelle ?

Un tel germe est destiné à disparaître, puisque n'étant pas dermotrope, il sera exceptionnellement contagieux ; or, les cas de syphilis nerveuse deviennent de jour en jour plus fréquents. Comment expliquer ensuite dans la syphilis nerveuse les névrites, les aortiques, les leucoplasies buccales si communes ?

L'auteur met sur le compte de la prédisposition individuelle l'orientation du tréponème vers le système nerveux ; cette vulnérabilité spéciale de tel ou tel organe existe, en somme, dit-il, à l'égard de n'importe quelle infection. Puis il cite l'histoire des Arabes et des Nègres qui ne font jamais de P. G., alors qu'une syphilis prise à la même source pourra devenir nerveuse chez un Européen. La syphilis nerveuse est une maladie de la civilisation.

Enfin, critiquant l'argument de la trop longue incubation, il cite la maladie du sommeil dont l'énorme incubation, dépassant souvent plusieurs années, aboutit brutalement à des symptômes rappelant beaucoup la syphilis nerveuse.

IIe Partie. — Mais malgré tout, après avoir éliminé cette hypothèse de la dualité du tréponème, il faut reconnaître le fait suivant : Certaines syphilis nerveuses sont améliorées par le traitement spécifique ; d'autres ne le sont pas ou peuvent même être aggravées.

©BIUM

L'explication va être fournie par l'anatomie pathologique et par la biologie.

La névroglie marginale qui recouvre le tissu nerveux central en contact avec les méninges et les vaisseaux sanguins est constituée par des cellules dont les prolongements protoplasmiques forment des expansions amalgamées intimement entre elles, au point de former une membrane dite limitante, laquelle arrive à créer, en effet, une division nette entre le tissu ectodermique et le tissu mésodermique. Selon que le tréponème se sera localisé d'un côté ou de l'autre de cette membrane limitante, nous aurons deux types de syphilis nerveuse :

1° Syphilis nerveuse artérielle ou méningée, scléro-gommeuse, forme mésodermique, toujours circonscrite et curable.

2° Syphilis nerveuse parenchymateuse, forme ectodermique, toujours diffuse, toujours incurable (la P. G. est toujours et avant tout ectodermique) ; incurable, parce qu'isolée complètement du système vasculaire, parce que placée en plein tissu nerveux ; or, de tous les tissus, seul, le parenchyme cérébral est privé de la réaction de défense habituelle ; il s'oppose complètement à l'action des substances immunisantes.

De là, s'explique le résultat toujours négatif d'un traitement quelconque et la dissociation chronologique dans le Wassermann du sang et du L. C. R.

Ainsi ces données basées uniquement sur des faits biologiques et anatomiques expliquent les constatations cliniques sans avoir recours à l'hypothèse de la dualité du tréponème.

La base thérapeutique sera en étroite dépendance avec la précocité de l'intervention, avec la localisation du tréponème, suivant qu'il se trouvera encore dans le tissu mésodermique ou loin de lui.

L'auteur termine en recommandant l'examen fréquent et précoce du L. C. R. chez tous les syphilitiques.

Paul ABÉLY.

NÉRIO ROJAS, Nouvelle conception pathogénique de l'épilepsie par inhibition corticale. — Action du Sympathique (*Revista de la Asociación Medica Argentina*, n° 202).

Les classiques ont toujours invoqué, au cours de l'épilepsie, soit essentielle, soit Jacksonnienne, une excitation

©BIUM

cérébrale, et en particulier de l'écorce ; les phénomènes moteurs, les convulsions, semblaient en effet trouver là leur explication.

Mais outre que des théories récentes, en particulier celles de V. Monakov sur les localisations cérébrales, de P. Marie sur les contractures par paralysie du faisceau pyramidal, permettent d'expliquer même les convulsions par l'inhibition corticale, l'auteur a surtout en vue les phénomènes psychiques que seule cette théorie semble pouvoir expliquer : tels les phénomènes d'automatisme, les états crépusculaires ou hallucinatoires, les impulsions. Si l'excitation existe, elle n'est pas primitive, mais secondaire à une inhibition des centres psychiques supérieurs. La présence du signe de Babinski pendant la crise, les phénomènes vaso-moteurs qui l'accompagnent, l'anémie corticale sont en conformité avec cette théorie de la libération de l'automatisme inférieur au cours de l'épilepsie.

Un peu plus tard, dans une nouvelle communication (même revue, n° 203), le même auteur reprend les mêmes arguments et leur ajoute des observations portant sur le réflexe oculo-cardiaque durant la crise, et desquelles il conclut à une augmentation de la *sympathicotonie :* au début de l'attaque, excitation du grand sympathique, à la fin, au contraire, hypervagotonie.

Louis PARANT.

SANCHIS-BANÚS, **Un cas d'encéphalite à forme respiratoire** (*Acad. Méd. Chir. Espagnole,* 26 févr. 1923).

Devant des signes de méningite basilaire (état fébrile aigu, strabisme convergent) chez un jeune homme de 16 ans, le diagnostic était entraîné vers la syphilis : réaction de B.-W. positive dans le sang, manifestations primaires et secondaires connues ; mais après ponction lombaire le liquide C.-R. ne présentait aucune réaction spécifique. On continua cependant le traitement antisyphilitique ; mais peu à peu apparurent des symptômes surtout respiratoires, dyspnée paroxystique très intense, accélération du rythme respiratoire jusqu'à 30 fois par minute, accompagnés d'insomnie rebelle, un peu de rigidité et de parésie pupillaire. Il s'agissait d'encéphalite épidémique.

Cette forme respiratoire est rare. L'auteur insiste surtout sur la difficulté du diagnostic des états méningés fébriles.

Louis PARANT.

©BIUM

Concrétions calcaires dans les racines rachidiennes des vieillards, par MARCHAND. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, n°s 8-9, 1922.

Ces constatations méritent d'être signalées pour rapprochement des lésions décrites dans certaines variétés de psammomes et des lésions semblables trouvées dans les plexus choroïdes.

P. BEAUSSART.

PROPHYLAXIE

Réformes hygiéniques à introduire chez les populations musulmanes de Tunisie (lutte contre l'alcool et les stupéfiants), par DIAGUIZLI. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, n° 7, 1923.

L'auteur signale l'extension qu'a prise la consommation de l'alcool et des stupéfiants dans la population indigène ; l'usage du kif-haschich et de la chira — mélange de graines de chanvre et d'opium — s'est répandu dans tous les cafés maures au point qu'on peut se demander si la fréquence de l'aliénation mentale n'est pas en relation avec la consommation de ces toxiques.

Il serait d'un intérêt primordial d'interdire la fabrication sur place et l'importation des boissons alcooliques. Il devrait être défendu à tout débitant de les vendre aux musulmans ; de même pour le kif et la chira. Pour atteindre ce but pratiquement efficace, il faudrait signaler fréquemment aux indigènes le danger de l'alcool et des substances toxiques au moyen de conférences faites par les Imans prédicateurs dans les mosquées, par les conteurs publics arabes dans les cafés maures, par les médecins. Les populations arabes accepteraient d'autant plus facilement ces réformes qu'elles sont conformes aux préceptes coraniques.

P. BEAUSSART.

L'examen médical des chauffeurs d'automobiles, FIESSINGER, BALTHAZARD. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 35, 1922 ; n° 2, 1923.

Une Commission chargée par l'Académie d'examiner la suite à donner à une communication de M. Fiessinger a émis divers vœux dont les suivants :

« Le permis de conduire sera refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de lésion organique du cœur, des vais-

©BIUM

seaux ou du système nerveux, d'insuffisance de la vue et de l'ouïe.....

« Le permis de conduire sera retiré en cas d'ivresse ou tout au moins de récidive d'ivresse. Tout chauffeur ayant provoqué un accident par sa faute sera soumis à un nouvel examen médical. »

De plus, sur une feuille remplie par le candidat, il affirmera n'avoir jamais eu de crise d'épilepsie, etc... En cas de déclaration mensongère et d'accident causé par les manifestations de l'affection cachée, sa responsabilité serait aggravée.

P. BEAUSSART.

PSYCHANALYSE

Le subconscient et son exploration clinique, par le Professeur Aug. LEY (in *Bull. de la Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, nos 2-4, 192).

Après avoir insisté sur le fait que toute une catégorie de phénomènes mentaux n'atteignent pas « le seuil de la conscience ». M. Aug. Ley rappelle que c'est l'affectivité, étroitement rattachée à toute la cénesthésie, qui plonge le plus profondément ses racines dans l'inconscient. Ce sont les émotions, les sentiments, les passions, et tout spécialement ceux ou celles que nous comprimons, que nous refoulons, qui constituent pour une grande part la trame de nos activités subconscientes.

L'exploration du subconscient se fait par l'analyse psychologique. Le refoulement des émotions peut, ainsi que l'a montré Freud, exercer par sa fixation dans le subconscient un véritable traumatisme. Le soulagement de la conscience par l'aveu est un phénomène banal. L'analyse psychologique, ou psychanalyse, par la méthode de la conversation prolongée, de la « confession », constitue la méthode la plus connue d'exploration du subconscient. Les directives freudiennes, réserves faites pour l'écueil de la suggestion, peuvent être d'une aide efficace.

L'étude des oublis, des erreurs, des lapsus, des pertes d'objets et de leur déterminisme montre que le complexus affectif se trouve souvent à la base de ces petites manifestations psychiques. L'étude des actes automatiques se rattache au même ordre d'idées et constitue, avec la précédente, les parties les plus originales et les plus neuves de l'œuvre de Freud.

©BIUM

L'étude des rêves constitue également un des procédés les plus typiques des psycho-analystes. Cette étude, pour M. Ley, est entachée d'un vice fondamental, qui est le danger de la suggestion. Les psycho-analystes ne parlent pas assez des méthodes à employer pour éviter la suggestion dans ce domaine délicat.

Enfin, la méthode des associations d'idées est des plus utiles pour l'analyse des processus affectifs subconscients. Si l'on ajoute à ces méthodes d'ordre subjectif les constatations faites à l'aide du pneumographe pendant les expériences, l'étude de la courbe respiratoire, l'étude des variations du réflexe dit psycho-galvanique, on arrive à une véritable objectivation du complexus affectif caché. C'est avec raison, ajoute le Professeur Aug. Ley, que des efforts sont dirigés vers l'application de cette méthode au psycho-diagnostic judiciaire et à l'objectivation de l'aveu.

Telle est, succinctement exposée, la position de l'éminent professeur de Bruxelles vis-à-vis de la doctrine de Freud.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Microsphygmie chez les épileptiques, par HARTENBERG. *Bulletins Société de Médecine de Paris*, n° 5, 1922.

La microsphygmie est l'insuffisance des amplitudes maximales qui établissent l'index oscillométrique dans la recherche de la tension artérielle avec l'appareil de Pachon.

Très fréquente chez les idiots, cette microsphygmie, sur 80 sujets épileptiques examinés par l'auteur, mais d'un développement intellectuel normal, s'est montrée également assez fréquente. C'est à l'hypothèse d'un rétrécissement anatomique des artères, que l'auteur se rallie pour expliquer ce phénomène ; il s'agirait en somme d'un syndrome de débilité artérielle faisant partie d'un ensemble dysgenésique de l'organisme.

P. BEAUSSART.

Le traitement médicamenteux de l'épilepsie, par R. TARGOWLA. *La pratique médicale française*, n° 18, 1922.

Revue générale de la thérapeutique aujourd'hui classique de l'épilepsie par bromuration, bromuration associée à l'hypochloruration, par gardénal et tartrate borico-potassique.

P. BEAUSSART.

©BIUM

Paralysie générale prolongée ayant évoluê pendant 17 ans, par CORNIL et ROBIN. *Progrès médical,* n° 15, 1923.

Début clinique du cas, en 1905. Rémission de 1906 à 1910, puis évolution avec forme purement démentielle jusqu'en 1922. Ponction lombaire peu avant le décès (pas d'hyperalbuminose, lymphocytose, réaction de Wassermann très faiblement positive, réaction du benjoin négative).

P. BEAUSSART.

La syphilis acquise chez l'enfant, par GRENET. *Progrès médical,* n° 38, 1922.

Question intéressante à connaître pour permettre la discrimination étiologique d'avec l'hérédo-syphilis dans certains cas de syphilis nerveuse juvénile ou infantile (P. G.).

P. BEAUSSART.

Grippe et état de mal comitial, par DAMAYE. *Progrès médical,* n° 37, 1922.

L'auteur a remarqué la fréquence des états de mal lors des épidémies de grippe et quelquefois au cours d'affections pulmonaires aiguës. Dans le même ordre d'idées il a vu 2 accès convulsifs non épileptiques survenir chez un enfant de 6 ans convalescent de laryngite grippale.

Il rapporte enfin une observation de mort par état de mal à la suite d'une bronchite grippale chez une prédisposée de 29 ans n'ayant jamais présenté d'accidents convulsifs.

P. BEAUSSART.

Thrombose de l'artère mésentérique supérieure chez une démente épileptique, par TRÉNEL et CÉNAC. *Bulletins de la Société anatomique de Paris,* n°s 8-9, 1922.

Thrombose ancienne dans les ramifications de 2e et 3e ordres, avec caillot de date récente dans le tronc principal. En l'absence de lésions d'endartérite appréciables, il est permis de supposer que la thrombose ancienne des petits vaisseaux — complétée brusquement au moment du décès — est due à un trauma survenu au cours d'un accès comitial ou d'une violence subie dans une dispute entre épileptiques.

P. BEAUSSART.

©BIUM

Hémorragie de la glande pituitaire et état de mal épileptique, par MARCHAND. *Bulletins de la Société anatomique de Paris,* n^os^ 8-9, 1922.

Lésion trouvée à l'autopsie d'une femme âgée, morte à la suite d'un état de mal épileptique. Le foyer hémorragique, de la grosseur d'un pois, occupait la partie centrale du lobe antérieur de la glande. L'observation clinique rapportée à la Société médicale des hôpitaux (2 février 1923) relate un goître, une ovariotomie bilatérale avec symptômes consécutifs d'anovarie et apparition de crises épileptiformes. Décès 5 mois après l'opération chirurgicale. Athérome des artères méningées ; thyroïdite subaiguë, l'hémorragie pituitaire ci-dessus signalée. L'auteur, dans la pathogénie des accès convulsifs, donne de l'importance à la suppression des fonctions endocrino-ovariennes et surtout aux troubles circulatoires dus à l'athéromasie cérébrale.

P. BEAUSSART.

Gino FRANCIONI : **Contribution clinico-statistique à l'étude du pronostic de la psychose maniaco-dépressive** (Rassegna di studi Psichiatria, Siena).

Les recherches statistiques de l'auteur portent sur 125 observations (52 hommes, 73 femmes) et spécialement sur 35 observations de formes graves et indiscutables suivies pendant 15 ans.

Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Il semble que, d'après l'opinion de Krœplin la psychose maniaque dépressive est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; en revanche, les formes graves se rencontrent proportionnellement en plus grand nombre dans le sexe masculin. Dans les deux sexes, si l'accès dure de quelques mois à un an, il peut dans certains cas durer beaucoup plus longtemps, parfois plusieurs années pour aboutir à la guérison.

2° Dans les cas plus graves, on rencontre très fréquemment l'hérédité mentale pathologique et souvent similaire.

3° Les malades qui ont sombré dans la psychose M. D. à la suite d'un choc moral ou d'autres causes débilitantes, comme l'accouchement, l'allaitement, les infections aiguës,... etc..., sont beaucoup moins nombreux que ceux qui sont devenus maniaco-dépressifs sans cause apparente.

4° L'âge correspondant au début de la maladie ne paraît pas influer beaucoup sur le pronostic. Sur 23 cas graves

©BIUM

chez les hommes, il trouve 5 débuts avant 20 ans ; 6 entre 20 et 30 ans ; 2 entre 30 et 40 ; 10 entre 40 et 50.

Sur 34 cas graves chez les femmes : 6 avant 20 ans ; 12 entre 20 et 30 ; 12 entre 30 et 40 ; 3 entre 40 et 50 ; 1 entre 50 et 60.

5° D'un premier accès, il est impossible de prédire ce que sera l'évolution de la maladie et de préciser la forme maniaco-dépressive d'un accès futur, même après plusieurs accès identiques.

6° L'affaiblissement intellectuel est excessivement rare, dans les quelques cas que cite l'auteur, il faut surtout invoquer une base d'artério-sclérose avec les caractères de la démence sénile.

Et quand cet affaiblissement est bien lié à la psychose elle-même, il n'arrive jamais à ce degré élevé de la D. P. et à la profonde dissociation psychique.

Enfin, lorsque cet affaiblissement se produit, il affecte un caractère particulier en rapport avec la forme clinique qui a dominé pendant l'évolution de la psychose ; forme euphorique et puérile chez le vieux maniaque ; forme pleurnicheuse, chez le vieux mélancolique.

Paul ABÉLY.

Nino DE PAOLI : **Sur le traitement de la paralysie générale.** (Note et Riviste di Psichiatria).

De 1902 à 1922, au manicomio d'Ancone, l'auteur, après avoir posé d'une façon indubitable le diagnostic de P. G., a divisé ses malades en 4 groupes :

Un premier groupe : malades soignés par la méthode de Wagner Pilcz (tuberculine).

Un deuxième groupe : malades soignés par la méthode mercurielle.

Un troisième groupe : malades soignés par la méthode arsenicale.

Enfin, un quatrième groupe : malades non soignés.

Ayant ainsi accumulé une grosse statistique, il arrive aux conclusions suivantes :

Dans les cas de syphilis cérébrale, la cure s'est montrée toujours active et profitable et plus spécialement la cure mercurielle, qui ne doit jamais être abandonnée, même si pour aller plus vite on utilise l'arsenic. Mais pour la paralysie progressive : tout traitement est inutile et souvent nuisible.

1° La maladie traitée a une évolution plus rapide.

©BIUM

2° Les phénomènes paralytiques sont aggravés par le traitement.

3° Les rémissions sont surtout observées chez les malades non traités.

4° De tous nos moyens thérapeutiques actuels, aucun n'est capable de combattre et de vaincre la paralysie générale.

Et l'auteur termine par cette citation : « *primum non nocere* ».

Paul ABÉLY.

J. OBARRIO et J. MACOME, **Délires oniriques de l'enfance** (*Sem. Médica,* Buenos-Ayres, 8 mars 1923).

Les délires oniriques, frayeurs nocturnes, somnambulisme sont dus aux toxines qui circulent librement dans le torrent circulatoire, lorsqu'elles n'ont pu être détruites par les organes chargés de cette mission, en particulier par le foie. Aussi dès que le fonctionnement de cet organe s'améliore, les troubles du sommeil disparaissent-ils.

Les autres notions étiologiques n'ont guère d'importance. Plus souvent observées, semble-t-il, chez les garçons que chez les filles, leur fréquence augmente jusqu'à l'âge de 5 ans, diminue ensuite un peu, et présente son maximum à 8 ans pour disparaître à peu près complètement vers 13 ans. L'hérédité névropathique joue assurément un grand rôle, mais il faut aussi accorder une influence toute particulière à un mauvais fonctionnement des voies digestives, dû à l'*alcoolisme,* aux *infections* et *intoxications digestives,* etc. Mais aucun auteur ne mentionnait jusqu'ici l'*état du foie,* que l'on trouve cliniquement malade, congestionné, quelle que soit la cause incriminée. Il s'agirait donc d'une véritable psychose toxi-infectieuse ou toxique, trop peu accentuée pour troubler les fonctions psychiques à l'état de veille, mais seulement pendant le sommeil, et qui ressemble fort, en effet, aux délires oniriques de l'adulte étudiés par Régis dans la confusion mentale.

C'est au laboratoire que les auteurs ont demandé la confirmation de cette brillante hypothèse, et ils ont eu recours à *l'épreuve de l'hémoclasie digestive.* Ils publient avec de nombreux détails 9 cas observés par eux d'enfants de 5 à 11 ans qui présentaient des frayeurs nocturnes, en général dissipées lorsque l'on apportait de la lumière ; tous ont présenté soit directement à l'exploration du foie, soit surtout à l'exploration physiologique de la fonction hépatique une altération très nette de cette fonction.

©BIUM

Les auteurs ont également pu, de l'étude de leurs cas, faire découler une nouvelle conclusion, c'est que, de toutes les causes de cette insuffisance hépatique, la plus fréquente est sans contredit l'alcool.

Louis PARANT.

PSYCHIATRIE (THÉRAPEUTIQUE)

Peut-on soigner les malades mentaux sans moyens de contrainte ? par le Professeur Aug. LEY, chef du service psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. (Extrait du *Scalpel*, 9 juillet 1921).

Loin d'être utiles, les moyens de contrainte (camisole de force, liens, entraves, douche forcée, cellule ou cabanon) sont essentiellement nuisibles aux malades. Loin de calmer l'agitation, ils la provoquent et l'exaspèrent. La « folie furieuse » est inconnue dans les établissements psychiatriques bien organisés et ne se trouve plus que là où sévit la contrainte.

M. Aug. Ley expose ce que les aliénés doivent à Pinel d'abord, puis à William Tuke, Connoly, Guislain, Morel, Magnan, et rappelle la résolution votée, en 1902, au Congrès d'Anvers (Congrès International de l'Assistance des Aliénés) : « Le Congrès estime qu'il est indigne de notre temps et de nos connaissances scientifiques, d'employer dans le traitement des aliénés un moyen quelconque de contrainte mécanique. »

Les seuls obstacles qui subsistent à la suppression générale des moyens de contrainte, sont constitués par l'insuffisance des connaissances du personnel médical, son insuffisance numérique et le manque d'éducation professionnelle d'un personnel souvent trop restreint. Le traitement de l'agitation compo-te comme conditions essentielles l'alitement, la surveillance continue, et l'emploi des moyens calmants (bains tièdes prolongés, enveloppements humides, médicaments appropriés).

La cellule est la négation de toute thérapeutique. C'est le plus mauvais des expédients. Elle aggrave un très grand nombre de troubles mentaux. Tout autre est la chambre d'isolement réservée à certains malades qu'il convient d'isoler des autres, mais qui sont suffisamment calmes et capables d'occuper décemment une chambre particulière. Le séjour dans une de ces chambres doit être considéré par le malade comme une faveur et non comme un moyen de contrainte ou une punition.

©BIUM

L'éducation professionnelle du personnel infirmier est indispensable à l'application de ces mesures de thérapeutique psychiatrique dont les principales sont : l'alitement dans un établissement d'aspect gai sans ressemblance avec une prison, la surveillance continue de jour et de nuit, la balnéation prolongée, le drap mouillé, le traitement moral, l'abstinence alcoolique.

Les noms de Guislain, en Belgique, et de Magnan, en France, sont attachés à cette réforme de l'Assistance des Aliénés. Tous ceux, et ils sont nombreux, qui furent les élèves de Magnan, ont toujours présentes à l'esprit les leçons de ce Maître. Ils ont quitté son service convaincus par les faits de l'inutilité et du danger des moyens de contrainte. Tous applaudiront au nouvel effort du Professeur Aug. Ley pour faire disparaître des établissements où ils subsisteraient encore des procédés qui ne devraient plus appartenir qu'à l'Histoire.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Influence de la fatigue et de l'alcool sur l'intensité dé l'illusion de poids, par le Prof. Aug. LEY, de Bruxelles (in *Bull. de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,* janv. 1923).

Flournoy a montré l'importance psychologique de l'illusion de poids. *De deux objets de poids égal et de volume différent, c'est le plus petit qui semble le plus lourd.* Cette illusion suppose, ainsi que l'a fait remarquer Demoor, l'acquisition de toute une série d'associations supérieures complexes. C'est, dans la psychogenèse, une acquisition tardive. Les jeunes enfants et les imbéciles ne la ressentent pas. Il paraît indéniable qu'il existe une synthèse associative supérieure faite de nos expériences personnelles et héréditaires, une sorte d'instinct qui agrège profondément en notre moi les notions relatives au volume et au poids.

Partant de la conception de ce processus supérieur de synthèse mentale, tardivement survenu dans la psychogenèse, et qu'on peut soupçonner devoir être influencé facilement, et en tout premier ordre par les intoxications, M. Aug. Ley a eu l'idée d'étudier l'influence de l'alcool et l'influence de la fatigue sur le phénomène de l'illusion de poids.

©BIUM

L'alcool agit comme un narcotisant des synthèses psychologiques supérieures. L'influence de la fatigue est identique. Tous deux tendent à diminuer l'intensité de l'illusion et peuvent arriver à l'inverser. Telles sont les conclusions qui résultent des intéressantes expériences du Professeur Aug. Ley.

Cette analogie, déjà signalée par l'école de Kræpelin, démontre une fois de plus que, dans l'industrie, pour obtenir un rendement intensif de la main-d'œuvre, il faut chercher à supprimer en même temps le surmenage ouvrier et l'alcoolisation du travailleur.

L'utile travail de M. le Prof. Aug. Ley est une preuve de plus des conséquences sociales des acquisitions de la psychologie expérimentale et de la psychologie pathologique.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

La sélection intellectuelle des écoliers, par L. RÉMY, *Bruxelles-Médical*, nos 4, 5, 7, 8, 1922.

L'auteur, inspecteur principal d'hygiène au Ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène de Belgique, conclut que les résultats fournis par une série de recherches qu'il expose, ont une importance considérable au point de vue pédagogique et social.

Au point de vue pédagogique, elles montrent que les centres intellectuels de mémoire sont plus accueillants l'après-midi et les centres intellectuels supérieurs plus réceptifs le matin, à l'égard des connaissances qu'ils doivent acquérir.

Pour combiner judicieusement les horaires, il conviendrait donc de placer le matin les exercices ou les branches qui font travailler les centres supérieurs, et l'après-midi ceux qui appellent à l'activité les centres de mémoire. En outre, elles ont appris que les centres intellectuels supérieurs se fatiguent beaucoup plus rapidement que les centres de mémoire et qu'ils puisent dans ceux-ci les matériaux nécessaires à l'élaboration de leur travail de pensée. Or, à l'heure actuelle, on les fait travailler simultanément. Les méthodes sont donc défectueuses, car elles vont à l'encontre des enseignements que donne la nature qui, cependant, arrive au maximum d'effet avec le minimum d'effort.

Au point de vue social leur importance n'est pas moins grande.

©BIUM

La sélection intellectuelle permettra d'éviter le gaspillage du capital intellectuel. Quand la société connaîtra les mieux doués, il faut espérer que, dans leur intérêt et dans celui de la collectivité, elle empêchera qu'ils soient, à l'avenir, encore utilisés à des fonctions inférieures, comme ils l'ont très souvent été dans le passé.

En outre, elle fournira le moyen de réaliser l'orientation professionnelle. Les écoliers dont le rendement des différents centres intellectuels, ainsi que la santé, sont au niveau des moyennes, peuvent aborder toutes les carrières, mais l'étude présente prouve que tous les écoliers ne se trouvent pas dans ces conditions. La sélection intellectuelle permettra de les diviser en divers groupes, les supérieurement doués et les bien doués qui peuvent continuer leurs études. et les autres qui devront plutôt être dirigés vers les professions manuelles.

Mais on sait que les centres intellectuels cérébraux président à toutes les manifestations de l'activité humaine, qu'elles ressortissent au domaine psychique ou au domaine physique. Il en résulte évidemment que les différentes aptitudes qui permettent à l'adulte d'acquérir la maîtrise professionnelle, doivent pouvoir être rattachées à l'une ou à l'autre des facultés de l'intelligence qui sont : 1° les facultés intellectuelles supérieures (jugement, raisonnement, imagination) ; 2° les facultés intellectuelles de mémoire (mémoires visuelle, auditive, tactile, musculaire, olfactive, gustative, etc.) ; 3° les organes sensibles.

Certains métiers réclament, en effet, une bonne sensibilité visuelle, d'autres une sensibilité auditive convenable, d'autres encore une sensibilité tactile ou une sensibilité musculaire excellente, et comme les procédés qui servent à établir les moyennes de rendement des mémoires sensorielles fournissent des renseignements nécessaires à ce sujet, en ce qui concerne les trois mémoires principales, leur application facilitera grandement la mise sur pied de l'orientation professionnelle.

Dès que l'on aura déterminé les aptitudes des écoliers et qu'on les aura ainsi rattachées aux façultés intellectuelles dont elles dépendent, il sera facile d'orienter les adolescents vers la carrière où leurs dispositions naturelles seront le plus avantageusement utilisées ; ils jouiront, dès lors, du maximum de profits matériels et de satisfaction morale que la vie leur réserve.

Engagés dans le métier pour lequel ils sont le plus qualifiés, leur capacité productive s'accroîtra considérablement.

©BIUM

Dès lors, le nombre d'objets augmentera sur le marché, et le coût de la vie diminuera, sans qu'il soit nécessaire de baisser les salaires ou de relever le nombre d'heures de travail.

L'entente cordiale du corps médical et du personnel enseignant permettra donc de résoudre la question sociale scientifiquement et sans heurt. Il y a d'ailleurs longtemps déjà que l'on a constaté que le médecin et l'instituteur sont les pivots de la société. C'est en effet d'eux que dépend la santé physique et morale des populations.

P. BEAUSSART.

BIBLIOGRAPHIE

Nous apprenons que les *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale,* qui paraissent sans aucune interruption depuis 1829, viennent de se transformer, l'hygiène et la médecine légale étant devenues deux sciences trop développées l'une et l'autre pour former une seule et même revue. Depuis le 1er janvier 1923, cette publication est dédoublée. Il y a d'une part :

Les *Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale,* publiées sous la direction de M. le Professeur *Bordas* et paraissant tous les mois.

(Prix de l'abonnement : 32 francs pour la France et 36 francs pour les pays étrangers).

Et d'autre part :

Les *Annales de Médecine légale, de criminologie et de police scientifique,* publiées sous la direction de MM. les Professeurs *Balthazard* et *Etienne Martin,* et paraissant tous les mois (sauf août et septembre).

L'abonnement d'un an aux *Annales de Médecine légale* est de 28 francs pour la France et de 34 francs pour l'Etranger.

La librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, enverra sur demande un numéro spécimen de ces publications.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 23 Mai 1923
Présidence de M. le Dr Dupain

Erotomanie pure, persistant depuis 38 années, par MM. de Clérambault et Lamache. — Une malade, amoureuse d'un prêtre, conserve le même délire depuis 38 ans. Age lors du début, 17 ans ; âge actuel, 55 ans. Aucun polymorphisme ; pas de mégalomanie générale, pas de persécution. Interprétations limitées exclusivement à l'objet ; démonstration très nette de ce que le Dr de C. a appelé le Postulat et ses dérivés, ainsi que de la Triade affective sous-jacente (orgueil, amour, espoir). Intelligence très vive, troubles psychiques d'ordre exclusivement passionnel. C'est là un cas d'Erotomanie absolument pure. Au point de vue nosographique comme aux points de vue descriptif et analytique, il confirme les idées du Docteur de C.

Dr de Clérambault, **Le sympathique chez les passionnels.** — Chez les passionnels, il importerait de rechercher la sympathico-tonie. L'auteur l'a constatée chez la malade ci-dessus décrite. Ce phénomène doit être commun à tous les passionnels (revendicateurs, fanatiques et autres). C'est un signe d'émotion sthénique, donc de passion. Il ne saurait être constant ni décisif, le siège essentiel des mécanismes de la passion devant se trouver beaucoup plus haut dans l'axe nerveux. D'autre part, la jalousie n'étant qu'indirectement sthénique, ce signe doit être, chez les jaloux, particulièrement inconstant ; des états mixtes sont à prévoir. Quoi qu'il en soit, le signe en question fournit une claire image des substratums physiologiques qu'il convient de chercher à toutes les psychoses passionnelles.

Dr de Clérambault : **Impulsion lucide et mnésique vraisemblablement comitiale.** — Un jeune homme de 26 ans frappe subitement une femme, sa camarade de travail. L'impulsion a été lucide, bien que presque anidéique, et reste mnésique. Elle est surtout en pleine période mi-

©BIUM

graineuse. L'auteur rappelle ses communications sur l'épilepsie mnésique et sur la migraine génératrice d'accès psychiques. Le malade en question a quelques chances d'être un dément précoce ; mais ce diagnostic même n'exclurait pas forcément un processus comitial.

Du gardénalisme chez les épileptiques, par L. MARCHAND. — L'auteur divise les accidents de l'intoxication par le gardénal en deux groupes qu'il désigne des noms de petit gardénalisme et gardénalisme grave.

Le petit gardénalisme est caractérisé par un état de torpeur, par des troubles de la mémoire, des vertiges, de la titubation, par une sensation de fatigue physique, quelquefois par des nausées et des envies fréquentes d'uriner. Cette forme apparaît souvent au début du traitement, mais on peut également l'observer chez des sujets qui prennent du gardénal depuis plusieurs mois.

Le gardénalisme grave est caractérisé par une éruption fébrile, prurigineuse, qui peut être polymorphe, urticorienne, rubéoliforme, scarlatiniforme et eczématiforme, s'accompagnant de phénomènes angineux, de bouffissure de la face, d'épaississement des lèvres qui deviennent violacées, de tuméfaction des ganglions du cou, de nausées, de chute des cheveux, d'altération des ongles. L'éruption est suivie de desquamation. C'est le tableau de l'érythrodermie exfoliante.

Ces deux formes ont une pathogénie différente car elles surviennent rarement en même temps ou successivement. Le gardénalisme grave apparaît sans être précédé forcément du petit gardénalisme. Ce dernier n'a aucune gravité et disparaît souvent sans que l'on soit obligé de supprimer le traitement. Dans la forme grave on doit diminuer rapidement la dose de gardénal et la remplacer par du bromure. On doit craindre l'imminence du gardénalisme grave dès qu'un épileptique présente l'un des symptômes suivants : bouffissure du visage, congestion de la face avec sensation de chaleur, prurit.

L'auteur présente une malade atteinte d'éruption eczématiforme apparue au cours du traitement par le gardénal.

1° **Anxiété avec hypotension artérielle, traitement par l'adrénaline** (Présentation de malade), par M. G. NAUDASCHER. — Il s'agit d'une femme de 41 ans chez laquelle une crise de dépression, avec anxiété, paraît avoir été nettement et rapidement améliorée par l'adrénaline.

©BIUM

La pression mesurée chaque jour à la même heure et dans les mêmes conditions permet d'établir une courbe assez régulièrement ascendante qui semble correspondre à une amélioration progressive de l'état général et à une diminution de l'anxiété.

L'auteur croit qu'il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle des glandes surrénales en rapport avec le surmenage physique et émotionnel ou avec diverses intoxications que l'on retrouve dans les antécédents de certains malades dont l'hypotension peut diparaître en même temps que l'anxiété sous l'influence de l'opothérapie ou de l'adrénaline.

2° **Accès de dépression mélancolique avec anxiété et tentative de suicide chez une démente précoce ou au cours d'une psychose maniaque dépressive atypique.** — Présentation d'une jeune femme de 35 ans qui, après avoir fait pendant 3 ans une crise d'agitation symptomatique d'une démence précoce, a présenté pendant 9 mois un état mélancolique avec idées d'indignité et de culpabilité, tentative de suicide et sitiophobie. Comme dans la présentation précédente la durée de la crise dépressive paraît avoir été diminuée par l'adrénaline, mais ensuite la malade est redevenue tout à fait indifférente, agitée et incohérente comme auparavant.

Communication de M. le Dr Pierre-Robin, Stomatologiste de l'Hôpital des Enfants malades. — Le Dr Pierre-Robin lit un travail très documenté, où après avoir exposé les relations qui lient les irrégularités des dents, de la face et du crâne aux altérations fonctionnelles de la vie végétative et psychique chez un grand nombre de malades, il montre à la Société des photographies et des modèles ayant trait à des dysmorphiques, *mimus habens*, mais non déments. Cependant, quelques-uns peuvent être considérés comme plus ou moins dégénérés.

D'après ses travaux et ses résultats, le Dr Pierre-Robin nous formule l'espoir d'améliorer, guérir quelquefois, par sa méthode, à la fois l'état psychique et végétatif chez certains de nos enfants dégénérés. Il se met, d'ailleurs, à notre disposition pour recevoir et traiter dans son service de l'Hôpital des Enfants malades, tous les *jeudis matin à 9 heures*, les malades que nous voudrons bien lui confier.

Présomption légale d'origine et pensions militaires (Présentation de malade), M. Cénac (Service de l'Admission).

©BIUM

— L'auteur présente un déséquilibré constitutionnel, alcoolique invétéré, objet de nombreuses condamnations, ayant déserté trois fois et subi plusieurs internements. Ce malade réformé n° 1 bénéficie d'une pension de 100 0/0 pour troubles mentaux.

Syphilis et troubles mentaux (Présentation de documents), M. CÉNAC (Service de l'Admission). — L'auteur publie les résultats des réactions de Bordet-Wassermann dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, et de la réaction de Guillain, observés pendant un an sur 188 malades du Service du Dr Trénel (Villejuif)

Israélite dromomaniaque devenu persécuté migrateur (Présentation de malade), Paul ABÉLY et CÉNAC (Service de l'Admission). — Les auteurs présentent un malade israélite, marchand ambulant, ayant voyagé pendant de longues années à travers le monde, chez lequel un délire de persécution a précipité le rythme et le cours de ses voyages et l'a amené en France pour demander aide et protection.

©BIUM

VARIÉTÉS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Nous recevons de notre collègue et ami M. le Dr Henri Meige, ancien Président du Congrès, la lettre suivante :

22 juin 1923.

A M. le Docteur Henri Colin, Rédacteur en chef des « Annales médico-psychologiques ».

MON CHER COLLÈGUE,

J'ai cru pouvoir compter sur l'esprit libéral qui anime les *Annales médico-psychologiques* pour demander d'y insérer quelques remarques à propos d'une question qui ne saurait laisser leurs lecteurs indifférents.

Depuis quelques années, et tout récemment encore, une campagne a été menée pour provoquer certains malentendus entre des travailleurs qui ont tout intérêt à unir leurs efforts, en vue d'un même objectif scientifique : Les Aliénistes et les Neurologistes.

Le but de cette manœuvre reste obscur, ses moyens sont insidieux, son succès serait néfaste.

C'est un double devoir que de défendre les Neurologistes contre des attaques injustifiées, et de mettre en garde les Aliénistes contre des propos dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils sont inconsistants.

Mais si l'on est tenté d'abord de considérer ceux-ci comme négligeables, il n'est pas permis d'oublier la leçon de Beaumarchais.

Je me contenterai de prendre deux exemples :

Parmi les griefs imaginés contre les Neurologistes, il y a celui que la Société de Neurologie invite les Aliénistes à ses réunions annuelles. La situation d'*invité* a, paraît-il,

©BIUM

quelque chose d'humiliant. C'est de la fabulation pure. Vit-on jamais quelqu'un se froisser d'avoir été invité quelque part, tandis que l'inverse n'est pas rare ?

Au surplus, dans les réunions neurologiques annuelles, en dehors des membres de la Société de Neurologie, il n'y a que des *invités*.

Les psychiatres et les neurologistes de l'étranger qui y viennent ne sont nullement humiliés par les invitations qu'on leur adresse. Certains même les sollicitent.

Pour leur part, les Neurologistes ont bien montré au Centenaire de Bayle qu'ils regardaient, ainsi qu'il convient, une invitation des Aliénistes comme une marque de déférence : ils ont répondu avec plaisir et en grand nombre à leur appel.

Le reproche adressé aux Neurologistes est donc aussi injuste que vain.

Mais voici qui montre mieux encore l'inanité de ce genre d'insinuations :

Une lettre, que j'avais écrite jadis, a paru dernièrement sous la rubrique « Actualité psychiatrique », — actualité un peu défraîchie, il est vrai, car cette lettre date de deux ans.

Je me félicite d'ailleurs qu'elle n'ait pas été jetée au panier, car, s'ils l'ont lue, les Aliénistes ont pu se convaincre que les Neurologistes, loin de les tenir à l'écart, — comme cela s'est dit trop souvent, — ont, au contraire, manifesté à plusieurs reprises leur désir de sceller une collaboration utile aux uns comme aux autres.

Cette lettre ne fut pas publiée en son temps... Si elle paraît aujourd'hui, c'est afin que sa teneur soit mise en contradiction avec la date fixée cette année pour la réunion neurologique. On voudrait trouver là une preuve que les Neurologistes ont perdu le souci de rapprocher leurs travaux de ceux des psychiatres. Quelqu'un, croit-on, a voulu jouer aux Aliénistes ce « mauvais tour »... Mais qui ?

Je n'hésiterai pas à révéler le nom du coupable : c'est Pasteur.

Cette année, en effet, la réunion neurologique a dû être plus écartée que les années précédentes, de certaines réunions d'Aliénistes. Mais chacun sait que, dans les derniers

©BIUM

jours de mai et les premiers jours de juin, ont eu lieu, tant à Paris qu'à Strasbourg et dans le Jura, des cérémonies en l'honneur de Pasteur. Plusieurs de nos collègues de France et de l'étranger avaient le devoir ou le désir d'y participer. Choisir ces jours-là, pour tenir la réunion neurologique annuelle, eût été une faute d'organisation et un manque de déférence envers l'illustre savant que l'on glorifiait.

Voilà pourquoi il fut décidé que cette réunion n'aurait lieu qu'après les fêtes pastoriennes ; le n° de janvier de la *Revue Neurologique* en fait foi.

Les Aliénistes, d'ailleurs, n'ont-ils pas eu spontanément le même souci que les Neurologistes, puisque l'inauguration du monument Magnan a été fixée après la fin des cérémonies consacrées à Pasteur ?...

Eh bien ! je le demande : présenter la date de la réunion neurologique, date imposée par la même pensée respectueuse, comme un « mauvais tour » joué aux Aliénistes, quel nom faut-il donner à cela ?...

En semant, comme à plaisir, de tels germes de discorde entre les Aliénistes et les Neurologistes, on ne fera jamais qu'œuvre stérile, car vouloir soulever la Psychiatrie contre la Neurologie, c'est méconnaître l'évolution contemporaine.

La Psychiatrie est une noble science, justement fière de son glorieux passé. Seuls, les Aliénistes, grâce à une observation patiente et à leur contact permanent avec des aliénés, ont pu révéler les caractères et la marche des maladies mentales. Pour ces mêmes raisons, leurs études sont restées assez longtemps un peu hermétiques. Mais aujourd'hui, très heureusement, la psychiatrie se fait au grand jour : elle a pénétré toute la médecine et toute la médecine la pénètre.

Avec la neurologie surtout, sa plus proche parente, l'union est désormais indissoluble.

Au lieu d'encourager les larges vues et les efforts concordants, s'employer à soulever des dissentiments mesquins et sans fondement entre ceux qui ne demandent qu'à collaborer en paix vers un même but scientifique et humanitaire, c'est, sciemment ou non, vouloir enrayer la marche du progrès.

©BIUM

En signalant le danger de telles manœuvres, j'ai la conviction de servir autant la cause des aliénistes que celle des neurologistes.

Veuillez agréer, Mon cher Collègue, l'assurance de mes sentiments distingués et dévoués, les meilleurs.

Henri MEIGE.

FACULTÉS DE MÉDECINE

CONCOURS D'AGRÉGATION

RÉSULTATS GÉNÉRAUX. — Les divers concours d'agrégation des Facultés de Médecine viennent de se terminer par les désignations suivantes :

ANATOMIE (postes de *Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy* et *Toulouse*). — MM. Mutel. — Olivier. — Clermont. — Cordier. — Villemin.

HISTOLOGIE (postes de *Paris, Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nancy* et *Toulouse*). — MM. Verne. — Noël. — Turchini. — Romieu. — Lacoste. — Watrin.

CHIRURGIE. — *Paris ;* MM. Mondor. — Cadenat. — Moure. — *Lille :* Jeanneney. — Delannoy. — *Lyon :* MM. Santy. — Dunet. — Chalier. — *Nancy :* M. Harmant. — *Strasbourg :* M. Simon. — *Toulouse :* M. Miginiac.

MÉDECINE. — *Paris :* MM. Aubertin. — Harvier. — Lian. — Foix. — Brulé. — *Alger :* M. Porot. — *Bordeaux :* M. Bonnin. — *Lille :* M. Doumer. — *Lyon :* M. Chalier. — *Montpellier :* MM. Giraud. — Boudet. — Carrieu. — *Toulouse :* M. Tapie. — Mlle Condat.

OPHTALMOLOGIE. — *Paris :* M. Velter. — *Montpellier :* M. Villard.

MALADIES MENTALES. — *Paris :* M. Lhermitte.

PHYSIOLOGIE (postes de *Paris* (2), *Lille, Montpellier*) : MM. Richet. — Binet. — Combemale. — Hédon.

PHARMACOLOGIE. — *Paris :* M. Busquet.

OBSTÉTRIQUE. — *Paris :* MM. Ecalle. — Vaudescal. — *Alger :* M. Laffont. — *Lille :* M. Paquet. — *Lyon :* M. Rheuter.

PHARMACIE (postes d'*Alger* et *Lyon*) : MM. Golse. — Leullier.

©BIUM

PHYSIQUE MÉDICALE (postes de *Montpellier* et *Nancy*) : MM. Lamarque. — Lamy.

CHIMIE MÉDICALE. — *Alger :* M. Portes. — *Bordeaux :* M. Hervieu. — *Toulouse :* M. Valdiguié.

HYGIÈNE. — *Nancy :* M. de Lavergne.

PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — *Bordeaux :* M. Ségalas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Paris :* M. de Jong. — *Nancy :* M. Cornil.

MÉDECINE LÉGALE. — *Lyon :* M. Mazel.

Maladies mentales. — Le jury était composé de M. P. Marie, Président ; MM. Claude, Cestan, Abadie, Euzière.

Exposé de titres. — MM. Lhermitte et Logre, 30 ; Alajouanine et Ceillier, 28 ; Benon, 27.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — MM. Alajouanine, 27 ; Ceillier, 28 ; Lhermitte, 30 ; Logre, 28.

Epreuve pratique. — MM. Lhermitte et Logre, 29.

M. Lhermitte est proposé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le service psychiatrique des prisons. — D'accord avec M. Colrat, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui avait étudié lors de son voyage en Belgique l'organisation du Service de psychiatrie dans les prisons, a décidé de rechercher ce qui peut être fait, en France, dans cet ordre.

MM. les docteurs Marcel Briand et Raymond Mallet ont été chargés des travaux préliminaires ; ils commenceront incessamment leurs recherches dans les prisons de la Santé, de Saint-Lazare et de Fresnes.

HOPITAUX DE PARIS

A la suite du concours qui s'est terminé le 18 juin, M. le Dr Heuyer, médecin de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, a été nommé médecin des Hôpitaux.

©BIUM

LA LIGUE D'HYGIÈNE MENTALE

La Ligue d'Hygiène mentale a tenu, le 29 mai après-midi, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre, en l'honneur de M. Beers, secrétaire général du Comité national d'hygiène mentale des Etats-Unis, et des délégués étrangers, MM. les professeurs Ley (de Bruxelles), Ladislas Hascovec (de Prague), Ferrari (de Bologne), Chistiaensen (de Copenhague), Belarmino Rodriguez (de Barcelone), une assemblée solennelle que présidait M. Justin Godart, ancien ministre et président d'honneur de la Ligue.

Après une allocution de M. Toulouse, président de la Société, qui traita la question de l'Hygiène mentale individuelle, M. le professeur Ley (de Bruxelles), puis M. Clifford W. Beers rendirent compte du mouvement international soulevé par l'Hygiène mentale. M. Clifford W. Beers est l'auteur d'un livre écrit après une douloureuse expérience personnelle et intitulé : *A Mind that found itself* (Un esprit qui se retrouve) dont le succès en Amérique a été fort grand. Mme Jane Catulle-Mendès fit ensuite une communication sur l'éducation morale par le beau et M. le professeur Claude prit la parole pour une conférence dans laquelle il traita la question des poisons sociaux (morphine, cocaïne).

Il fut aussi donné lecture d'une adresse de M. Paul Bourget, après quoi M. Justin Godart entretint l'assistance de la question de l'Hygiène mentale collective.

Une partie de concert, termina la cérémonie.

ASILE CLINIQUE (STE-ANNE)

Dispensaire de prophylaxie mentale. — Visite du service et du dispensaire le lundi matin. — Lundi, 10 h., Neurologie, M. Tinel (et vendredi 10 h.). — Mardi, 9 h., Psychiatrie générale, MM. Toulouse, Roger Dupouy (et tous les matins). — Mercredi, 14 h., Psychothérapie, M. Mignard. — Jeudi, 9 h., Psychiatrie générale, M. Rogues de Fursac ; 10 h., enfants arriérés, M. Roubinovitch (et samedi 14 h.). — Vendredi, 14 h. Epileptiques, M. Marchand. — Samedi, 9 h., Psychiatrie générale, M. Vurpas ; 14 h., M. Capgras.

©BIUM

VIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès s'est tenu à Paris, les 24, 25 et 26 mai 1923, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Parisot.

Les rapports suivants ont été discutés :

MM. Courtois-Suffit et Giroux : Réglementation internationale de la vente de la cocaïne ; MM. Balthazard et Piédelièvre : Etude critique de la loi sur les maladies professionnelles.

M. le professeur Lattes, de Modène : l'Origine individuelle du sang.

MM. Etienne-Martin et Mazel : Traumatismes de la colonne vertébrale et accidents du travail.

Les rapports présentés au Congrès ont éte publiés dans le numéro du 10 mai 1923 des *Annales de Médecine légale, de Criminologie et de Police scientifique.*

Le 24 mai, sous la présidence de M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, a eu lieu l'inauguration officielle de l'Institut médico-légal.

ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE

Le 82e Congrès annuel se tiendra à Londres, du 9 au 13 juillet 1923, sous la présidence du Dr E. Goodall.

LA RETRAITE DE SIR FREDERICK MOTT

Après 18 ans d'exercice, Sir Frederick Mott, médecin des Hôpitaux de Londres, Directeur du Laboratoire Central et des services d'anatomie pathologique des asiles du Comté de Londres, vient de prendre sa retraite. Il avait été atteint par la limite d'âge en 1918, mais avait consenti à rester en activité jusqu'au 31 mars 1923. Le County Council a décidé de majorer sa retraite de 6 années, en raison de ses services exceptionnels, et Sir F. Mott a bien voulu accepter le titre de Directeur Honoraire du laboratoire d'Anatomie Pathologique des Asiles et de Professeur de Psychologie pathologique de l'Université de Birmingham.

©BIUM

Les travaux de Sir F. Mott sont trop connus pour qu'il soit besoin de les rappeler. Signalons aussi que c'est en grande partie à lui qu'on doit la création du Maudsley Hospital et la fondation de la Conférence Victor Horsley (*in Memoriam*), conférence qui sera faite tous les 3 ans sur un sujet médical, afin de perpétuer la mémoire de l'éminent neurologiste anglais.

INAUGURATION DU MONUMENT MAGNAN

L'inauguration du Monument Magnan à l'Asile Clinique (Ste-Anne) devait avoir lieu dans la dernière semaine de mai (voir *Annales M.-P.*, mars 1923, p. 288), et, plus exactement, le dimanche 27 mai. A ce moment, M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, se trouvait dans l'obligation d'assister aux fêtes de Pasteur, à Dôle, Arbois et Strasbourg. C'est pourquoi il demanda que la cérémonie qu'il nous faisait l'honneur de présider fût reportée au mercredi 6 juin.

Nous publierons dans le prochain numéro des *Annales* un certain nombre des discours qui ont été prononcés.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (1)

Année 1923

Prix Aubanel. — 1.500 francs. — Question : *Les états maniaques.*

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique.*

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,

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, février 1923, p. 136.

©BIUM

momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

NOTA. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1923, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri COLIN, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 1, rue Cabanis, Paris, 14e. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. - Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

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

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 27.851

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Vieux Documents à propos d'un Procès récent

Le procès des toxicomanes, dont il a été question dans une chronique précédente, vient de se terminer. La dixième Chambre correctionnelle a rendu son jugement, et prononcé des condamnations, dont le détail a été publié dans les journaux.

Ces sanctions contre l'abus des stupéfiants sont récentes, et pourtant l'usage des sucs des plantes toxiques est bien ancien.

En feuilletant les vieux livres, on y trouve ample matière à glaner ; l'antique société n'était pas exempte de nos libertinages et de nos crimes. Les récits du passé nous font connaître les débauchés, avides de sensations nouvelles, et aussi les criminels.

©BIUM

Aux temps anciens on n'ignorait pas les effets de certaines plantes sur l'organisme. On connaissait les propriétés toxiques des infusions de ciguë, de jusquiame, d'aconit, de pavot. On savait préparer des breuvages meurtriers, et on s'efforçait aussi de combiner des mélanges antidotes préservateurs des poisons, venins ou virulences, aussi bien pour le traitement des maladies que dans un but de prophylaxie.

Les propriétés euphoristiques des larmes du pavot de la Thébaïde n'étaient pas inconnues ; il n'apparaît pas cependant que les Sociétés antiques eussent à souffrir d'un prosélytisme des opiophages comparable à celui des morphinomanes de notre époque.

Mithridate, Roi de Pont, est un opiophage célèbre, et, s'il a fait des prosélytes, les historiens n'en font pas mention. Le mélange, l'électuaire, ou mieux l'opiat, dont il faisait usage, composé, dit-on, par le médecin Damocratès, avait pour véhicule du vin de Chypre, du miel de l'Attique, et renfermait une notable proportion d'opium. C'était un merveilleux antidote, suivant l'opinion commune. Galien en donne la formule compliquée sous le nom d'antidote Mithridaton. « Ce Mithridat, dit-il, fortifie les organes, donne du ressort à l'esprit, et par la variété du mélange procure la sécurité contre les maladies, à ce point même que le corps reste insensible aux poisons. »

On ne saurait dire si Mithridate prenait sa drogue pour se mettre à l'abri d'une tentative d'empoisonnement ou bien s'il y trouvait une excitation intellectuelle, ou une voluptueuse langueur.

Mithridate ayant perdu sa dernière bataille, ré-

©BIUM

duit à toute extrémité, préférant mourir plutôt que d'apparaître à Rome aux fêtes triomphales de Pompée victorieux, but une forte dose de poison, mais sans résultat ; il était immunisé. Ses deux jeunes filles, Mithridatia et Nyssa, par affection pour leur père, voulurent disparaître avec lui ; elles burent du même breuvage et aussitôt rendirent l'âme. Mithridate comprenant alors que le toxique ne pouvait rien contre lui donna l'ordre à Python, un de ses officiers, de lui couper les jugulaires ; et Python, d'un coup d'épée accomplissant l'œuvre du poison, força Mithridate à mourir (Galien).

Martial, dans une de ses épigrammes, se moquant de Cinna, gros mangeur, fait allusion à cette immunité de Mithridate :

Profecto poto Mithridates sœpe veneno
Toxica ne possent sœva nocere sibi.
Tu quoque cavisti, cœnando tam bene et semper,
Ne posses unquam, Cinna, perire fame.

Le mithridat n'était pas le seul antidote officinal. L'antidote thériaque, composé plus tard, était un électuaire du même genre, renfermant une notable proportion d'opium, destiné principalement à combattre les venins des vipères, les morsures des chiens enragés ou des bêtes féroces. Comme l'indique d'ailleurs son nom : Θηριακη, sous-entendu ἀντιδοτος du radical Θηρ, bête féroce ou lion, si j'en crois le *Jardin des racines grecques*. La formule en fut donnée par Andromachus, le père, médecin de Néron.

On peut supposer qu'à cette époque nombre d'amateurs goûtaient à la thériaque, pour se préserver d'un péril, ou peut-être pour le plaisir.

©BIUM

L'empereur Antonin avait, dit-on, l'habitude d'avaler, le matin, à jeun, une pilule de thériaque.

Dezeimeris raconte que Galien guérit le philosophe péripatéticien Endémus, souffrant d'une fièvre triple quarte, causée par l'usage immodéré de la thériaque, par l'emploi du remède même qui avait causé le mal. N'est-ce pas là, avec le recul du temps, le morphinomane en état de besoin réconforté par une nouvelle dose ?

Cette thériaque était une sorte de panacée universelle, comme plus tard l'orviétan. Son usage devint très à la mode, et dans les temps plus rapprochés de nous, au XVI[e] et au XVII[e] siècles, on en faisait usage comme moyen préventif contre la peste, soit seule, soit associée à d'autres substances.

DE PARIS

« La thériaque et le mithridat, fidèlement composés, sont les principaux de tous les remèdes et les plus approuvés », écrit Ambroise Paré, dans son chapitre de la peste. Il recommande d'en prendre gros comme une aveline et boire par-dessus un doigt ou deux de bon vin. Galien avait déjà recommandé : « Avellanæ nucis magnitudine » et « epotum vinum vétus generosumque ».

Comme exemple d'accoutumance aux poisons, on trouve dans Galien l'histoire d'une vieille femme d'Athènes qui mangeait de la ciguë, et progressivement par dose considérable sans être incommodée en aucune façon : *adeo Consuetudo videtur esse adscititia natura.*

Philibert Guybert, dans son ouvrage « Le médecin charitable » (1659), raconte qu'un certain homme nommé Lysis mangeait souvent une demi-once d'opium sans aucun danger, et qu'un savant médecin de Paris, M. Renon, a témoigné avoir vu à Ne-

©BIUM

mours une femme qui mangeait tous les jours un demi-drachme d'opium sans aucune offense ni inconvénient.

L'extrait d'opium n'était pas encore parfaitement préparé. Moyse Charras, qui, dans sa pharmacopée royale galénique et chimique (Lyon, 1693), donne la formule du mithridat et de la thériaque, modifiée par d'Aquin, indique d'autre part sa manière personnelle de préparer l'extrait d'opium. Il essaya sur lui-même l'effet de sa nouvelle préparation en avalant une pilule d'environ 12 grains en présence d'un médecin de Provence, fort curieux, dit-il, et effrayé de son audace. « Je ne fus pas autrement incommodé, raconte Charras, je mangeais bien ma soupe, comme à l'ordinaire, et je passais la nuit dans un agréable repos ; mais ce qui est le plus remarquable c'est que je n'eus jamais envie de dormir, et que je fus toujours éveillé de même que si j'eusse été debout. » — « La nuit suivante, je dormis comme j'avais accoutumé avant que j'eusse pris l'opium. »

On ne sait guère quelles étaient les mesures prises par les Pouvoirs Publics de Rome relatives à la surveillance de la boutique ou *taberna* des marchands de drogues de l'antiquité. Au sens primitif du mot, *apotheca* désignait une sorte de réduit, d'office ou de resserre pour les denrées ou provisions du ménage, les comestibles, le vin en amphores. Telle l'*apotheca* que Pline le Jeune avait fait aménager dans sa villa du bord de la mer, aux environs de Naples.

Les *medicamentarii*, sortes d'herboristes, vendant des simples (*herbæ medicinæ*) ou des remèdes tout préparés (*medicamina*), n'avaient pas une très bonne réputation ; et le vocable est souvent pris dans le sens d'empoisonneur.

©BIUM

Quant aux *pharmacopolæ* que cite Horace, vendeurs d'onguents sur la place publique, ils étaient considérés comme des charlatans, analogues aux marchands d'orviétan (la préparation italienne d'Orvieto) du temps de Molière.

Il faut remonter jusqu'à Charles VIII pour trouver des mesures de prévoyance et de sauvegarde de la santé publique en ce qui a trait aux drogues délivrées par les apothicaires. Par la suite, les rois de France confirmèrent ces règlements ou en édictèrent de nouveaux.

Le Prévôt de Paris faisait inspecter les épiceries et les apothicaireries. Les experts devaient s'assurer que des drogues altérées, corrompues ou sophistiquées ne fussent mises en vente au grand détriment de la santé publique. L'opium le plus estimé venait de la Thébaïde, mais il était l'objet de falsifications nombreuses.

Cette Commission d'experts d'apothicaireries se composait de quatre Maîtres Jurés Gardes apothicaires de la Ville de Paris et de deux Docteurs en médecine de la Faculté. La « visitation » des boutiques avait lieu deux fois par an : le lendemain de la mi-carême et le lendemain de la mi-août. Il était enjoint aux apothicaires de montrer loyalement leurs médicaments, sans essayer de cacher les drogues mauvaises ou d'en exhiber de bonnes empruntées à un confrère complaisant, sous peine d'une amende de deux cents marcs d'argent, de prison et de punition corporelle. Les produits pernicieux à l'usage étaient brûlés publiquement. C'étaient là des sanctions sévères et efficaces.

Sous François Ier, il y eut un procès entre les Maîtres Jurés Gardes apothicaires de Paris et les

©BIUM

religieux de l'abbaye de Sainte-Geneviève du Mont de Paris.

Les apothicaires du faubourg Saint-Marcel vendaient, paraît-il, de mauvaises drogues et le Prévôt de Paris voulait envoyer ses experts, les Maîtres Jurés, procéder à l'inspection de ces officines suspectes. Les religieux de l'abbaye, prieur en tête, prétendaient que leur abbaye ayant été fondée par Clovis, le premier Roi Chrétien, ils avaient droit de haute, moyenne et basse justice sur le territoire de l'abbaye. Le faubourg Saint-Marcel en faisait partie et les Maîtres Jurés apothicaires de la Ville de Paris n'avaient pas à connaître des agissements des apothicaires du faubourg Saint-Marcel. Un arrêt du Parlement du 3 août 1536 mit les moines à la raison : « les apothicaires du faubourg Saint-Marcel pouvaient bailler de ces fausses drogues à quelque malade, ou sain, qui en eût usé et tombé en danger de sa personne. Le Procureur du Roy remontre qu'en toute la Ville et Fauxbourgs de Paris il appartient au Roy et à son Prévost la connaissance de toute Police et que le cas était de l'intérêt de la chose publique, *intererat reipublicæ utilitatis* » et l'Arrêt du Parlement ordonne l'inspection des officines sises sur le territoire de l'abbaye par les Maîtres Jurés apothicaires de la Ville de Paris. Comme fiche de consolation l'abbé de Sainte-Geneviève du Mont de Paris pouvait adjoindre à la Commission des Experts de Paris un maître apothicaire du détroit et juridiction des dits religieux, abbé et couvent.

Les apothicaires convaincus d'avoir dans leurs boutiques des remèdes sophistiqués ou corrompus étaient passibles d'une amende ou de la prison,

©BIUM

mais par contre les experts chargés de l'inspection encouraient des sanctions s'ils étaient négligents de leurs devoirs. C'est ainsi que, sous Henri IV, Girard Mozac, Dominique Lardières et Nicolas Deschamps, jurés et gardes des apothicaires de la Ville de Paris, furent blâmés et condamnés à une amende, par un arrêt du Parlement du 15 novembre 1597 pour n'avoir pas fait de visitations pendant l'année, et l'arrêt leur ordonna de faire ces inspections « à peine de cent écus d'amende, et autre plus grande s'il échet ».

En résumé, l'abus des stupéfiants, tel que nous l'envisageons aujourd'hui, n'existait pas dans les temps anciens. Peut-être pouvait-on compter quelques cas rares d'opiophagie. Les sucs de plantes vénéneuses étaient surtout préparés pour un usage criminel. L'aconit, entre autres, dont il est question dans les *Satires* de Juvénal :

Qui dedit ergo tribus patruis aconita, vehetur
Pensilibus plenis, atque illinc despiciet nos.

Quoi ! cet empoisonneur qui fit périr trois de ses oncles par l'aconit sera porté sur de moelleux coussins, d'où il nous regardera avec mépris.

Ce même satirique décrit la femme empoisonneuse :

.....Sed clamat Pontia : Feci,
Confiteor, puerisque meis aconita paravi,
Quæ deprensa patent : facinus tamen ipsa peregi...

...mais Pontia s'écrie : je l'ai fait ; je l'avoue ; moi-même je préparai l'aconit pour mes enfants ; on me surprit, et j'achevai...

D'ailleurs, si le poison est impuissant, on égorge, ajoute Juvénal.

©BIUM

Sed tamen et ferro, si prægustavit Atrides
Pontica ter victi cautus medicamina regis.

...le fer est là d'ailleurs, si le prudent Agamemnon s'est prémuni d'antidote, comme le Roi de Pont vaincu dans trois batailles.

Sans doute, Juvénal avait confiance en la vertu préservatrice du mithridaton, le fameux électuaire opiacé de Damocrates.

Au siècle dernier, on ne connaissait guère que l'extrait d'opium comme calmant thérapeutique. Puis on a isolé la morphine et les alcaloïdes des autres plantes, et la chimie moderne nous a donné les hypnotiques, le chloral, le véronal, le sulfonal, etc. On constate parfois quelques abus dans l'emploi de ces cachets calmants, de même on cite, de temps en temps, des observations de chloralisme, d'éthéromanie, d'ivresse avec des alcoolats de parfumeur, de dégustateurs d'alcool camphré (après précipitation du camphre par un peu d'eau), de buveurs d'absinthe au vin blanc, mais l'alcoolisme est une autre histoire. Pour nous en tenir aux seuls stupéfiants en cause, morphine et cocaïne, la contagion moderne a eu pour origine un emploi thérapeutique justifié ; puis l'abus dû à l'imitation, au snobisme, au désir d'une sensation nouvelle, a été favorisé par l'appât du gain chez l'intermédiaire qui procure la poudre blanche ou la solution. Il convient de reconnaître que cet abus de la drogue se rencontre, dans le plus grand nombre des cas, chez des sujets d'une mentalité défaillante.

J.-M. DUPAIN.

©BIUM

LA MALPROPRETÉ CORPORELLE ET LES FONCTIONS SPHINCTÉRIENNES

Par M. Paul COURBON

La malpropreté corporelle a été scientifiquement étudiée bien plus dans ses conséquences hygiéniques que dans ses principes mêmes. Et pour désigner ses formes pathologiques les plus graves, le vocabulaire médical ne dispose guère que de trois termes : incontinence, gâtisme, barbouillage, visant tous la souillure par les excréments et employés parfois indistinctement, comme s'ils étaient synonymes. D'autre part, à en juger par le peu de lignes que les ouvrages classiques consacrent aux symptômes ainsi nommés, la souillure excrémentitielle serait toujours un indice de gravité indiquant soit l'existence d'une lésion organique du système nerveux, soit une déchéance énorme, généralement irrémédiable, de l'état mental.

L'objet de cette étude est d'exposer les conditions psycho-physiologiques de la malpropreté et de distinguer parmi ses manifestations celles qui sont pathologiques de celles qui ne le sont pas. Pour ce faire, il convient tout d'abord d'envisager la propreté elle-même et le mécanisme biologique qui la conditionne, c'est-à-dire pourquoi et comment l'homme peut être propre. Il sera ensuite plus aisé de comprendre pourquoi et comment il ne l'est pas.

I. La propreté et ses conditions psycho-physiologiques

La propreté corporelle est constituée par l'absence sur la surface du corps de tout objet sale. Elle a pour condition psychologique un sentiment qui, précisément, rend le sujet intolérant pour la saleté. Elle a pour condition physiologique l'intégrité des organes

©BIUM

nécessaires à la satisfaction de ce sentiment, c'est-à-dire, d'une part, l'intégrité des sens qui fournissent la sensation répugnante et, d'autre part, la continence des sphincters, qui empêche la souillure par les excréta.

1. PSYCHOLOGIE DE LA PROPRETÉ. — Pourquoi l'homme est-il propre ? Ce sentiment de propreté inspire le souci de la discipline des fonctions d'évacuation, afin qu'elles s'accomplissent sans éclaboussure, et le souci de l'effacement de toute souillure, quelle qu'en soit l'origine.

La base physique en est le malaise sensoriel que produisent les impressions tactiles, olfactives et visuelles de certains objets qualifiés sales, parmi lesquels sont les excrétions corporelles. Ce facteur physique est essentiellement individuel, l'acuité des sens variant d'un sujet à l'autre, et reçoit toute son importance de la vie collective. En effet, l'incommodité des évacuations corporelles est d'autant plus grande que les individus groupés appartiennent à des races plus différentes ; parmi des nègres, même sortant du bain, le séjour du blanc est pénible, et inversement. D'autre part, dans la même race, les sens s'émoussent ou s'affinent suivant le milieu où ils s'exercent. L'odorat ne devient pas aussi chatouilleux dans une chaumière insalubre que dans une villa hygiéniquement bâtie, dans une tannerie que dans une parfumerie. Dans les pays du nord, où la rigueur du climat oblige les hommes à vivre renfermés, les inconvénients de la saleté corporelle sont intenses ; aussi les pratiques de propreté y sont-elles plus en honneur que dans le midi, où l'on vit dehors, au grand air et au soleil, qui purifient tout.

Le facteur psychique de ce sentiment est le malaise moral que produit la perception des objets sales, soit qu'ils évoquent une assimilation avec l'animal, dont souffre la vanité humaine, soit qu'une convention sociale, que le sujet a la prétention de respecter, exige l'intolérance à l'égard de tels objets. Là, plus encore que sur l'élément physique, le rôle de la collectivité est important. C'est en effet l'utilité des

©BIUM

pratiques de propreté, et non pas une instinctive répulsion pour la saleté, qui a donné naissance aux conventions suivant lesquelles se règle la conduite des individus vis-à-vis des choses sales.

L'utilité commandait de neutraliser des émanations incommodantes pour autrui, de ne pas choquer les sentiments d'une élite et même de paraître les éprouver afin de lui être incorporé. Ainsi s'est établi l'usage de la clandestinité et de la discipline des évacuations productrices de souillure, ainsi que l'usage de l'enlèvement de toute souillure éventuelle. Avec les complications progressives de la vie sociale, la discipline des évacuations se fit de plus en plus sévère, Aujourd'hui encore, le campagnard n'a pas sur ses sphincters la même maîtrise que le citadin, et les haltes d'un bataillon de tirailleurs sénégalais en marche sont moins des instants de repos que des périodes de soulagements viscéraux (1). Par contre, certaines mondaines à la fois très affairées et anxieuses de tout ce qui pourrait diminuer leur prestige acquièrent sur les leurs un pouvoir frénateur allant jusqu'à la rétention.

Quant au procédé employé pour faire disparaître la saleté, il fut pendant longtemps un simple palliatif de celle-ci, et non un nettoyage véritable. Durant des siècles, au lieu de se laver le corps, on se le badigeonna d'huiles ou de pommades. On n'enlevait pas les desquamations, mais on noyait leur fétidité sous les parfums. L'élégante de l'ancien régime, sous ses fanfreluches et ses falbalas, n'était pas mieux décrassée que son soupirant derrière le jabot de ses dentelles et les frisures de sa perruque. L'un et l'autre traversaient sans répugnance les cloaques qu'étaient alors les couloirs du Louvre dépourvu de latrines, pour venir échanger œillades et madrigaux dans des salons étincelants de dorures et pompeusement parés. Ce n'est qu'avec les progrès récents de l'hygiène que, dans notre civilisation moderne, le goût de la propreté se manifesta réellement, et que le nettoyage se substitua au camouflage. Et, là encore, la raison d'uti-

©BIUM

lité favorisa la diffusion de ce goût dans les masses, par la connaissance qu'elles prirent des dangers que la saleté fait courir à la santé. C'est alors que le lavage entra en vigueur, que l'eau, le savon et la brosse remplacèrent les cosmétiques et les fards, que l'architecture créa dans l'habitation la possibilité matérielle des ablutions, en un mot que le culte de la propreté entra dans les mœurs.

Il faut donc reconnaître qu'instinctivement l'homme n'est pas un animal propre. Bien loin d'avoir eu primitivement horreur des déjections corporelles, il leur attribua un pouvoir tutélaire, tant sur sa santé physique que sur sa santé morale. Physiquement, elles entrèrent dans la composition des onguents qui, pendant des centaines de générations, constituèrent presque toute la thérapeutique en cours. Aujourd'hui, la persistance de cette superstition est encore manifeste. Plus d'une main crevassée pendant l'hiver cherche sous l'arrosage d'urines la cicatrisation de ses fissures. La crasse du cuir chevelu des nourrissons est, dans bien des pays, respectée comme préservatrice de méningite. Dans certaines régions, notamment dans les campagnes de l'Ouest de la France, on n'a garde d'oublier, aux vendanges, la fabrication du vin de chutes. Dans une bouteille pleine de jus de raisin, on met à macérer de la fiente de chien, et cette précieuse liqueur servira de baume pour frictionner et de boisson pour réconforter la victime éventuelle d'un traumatisme.

Moralement, la malpropreté corporelle fut considérée longtemps comme une vertu. Elle fut sanctifiée par l'Eglise dans la personne de saint Benoist Labre, qui gagna ses titres en vivant dans la vermine. Elle est encore regardée dans certains milieux contemporains comme la gardienne de la chasteté et, de fait, la conduite ou plutôt la conversation de beaucoup de personnes chastes par état ou par profession dénotent de leur part une grande tolérance de la malpropreté. Les Goncourt insistaient avec raison sur l'appétit des prêtres et des jeunes filles pour les plaisanteries scatologiques.

©BIUM

Si pour nos sens et notre esprit, affinés par l'éducation hygiénique, l'union de la malpropreté et de la pudeur paraît vraisemblable, cette union n'exista pas toujours. Il n'était pas rare autrefois qu'un personnage donnât audience sur une chaise percée (33), et la collocation d'un lavement était une cérémonie plus ou moins publique.

La propreté donc, comme la politesse, dont elle n'est qu'une variété, est plus un effet de la culture qu'une donnée de l'innéité. Elle varie avec l'espace et le temps. C'est à sa commodité sociale qu'elle doit d'être en usage. A part de rares exceptions, elle est plus tournée vers autrui que vers l'individu lui-même. Même en Flandre, patrie légendaire de la propreté, l'entrée de la maison est plus astiquée que ses derrières. En Alsace, les plantes et pots de fleurs sont placés entre la vitre de la fenêtre et les rideaux, dont le beau côté s'expose au regard des passants et non de celui des habitants. Quelquefois, comme en Lorraine, où le désir de politesse s'allie à l'ostentation, le tas de fumier, symbole de richesse, se dresse fièrement devant la façade parfaitement lavée de la maison. Tout médecin que sa profession amena à faire se déshabiller inopinément ses clients sait fort bien quel contraste violent peut parfois exister entre les dehors immaculés d'une toilette et la malpropreté sous-jacente du corps et du linge.

En réalité, même après les progrès accomplis par l'hygiène, le respect de la propreté n'est le plus souvent, dans l'état actuel des mœurs, qu'une façade, derrière laquelle il est sage de ne pas regarder. Un simple coup d'œil jeté dans la cuisine, sur les ongles ou les gants ou la serviette des serveurs suffirait à détruire l'illusion que donnent certaines maisons raffinées. Combien de mondaines, même parmi les plus coquettes et les plus scrupuleusement nettoyées, savent se moucher proprement ? Souvent, le gracieux chiffon de batiste qui leur sert de mouchoir, et qu'elles ne savent pas corectement replier après usage, semble faire l'office d'une houpette destinée à puiser dans leurs

©BIUM

gracieuses narines de quoi badigeonner le sac parfumé où elles l'enferment. Et si l'on voulait s'assurer par soi-même de la propreté réelle des choses et des gens, on en serait peut-être réduit à imiter la malade, dont l'histoire est rapportée ailleurs (2). Cette psychasthénique, dans sa phobie de ne pas s'être assez parfaitement lavé les mains n'avait pas trouvé le temps pendant plusieurs années de changer de linge, ni même de quitter ses chaussures. La passion de la propreté l'avait donc conduite à la plus hideuse saleté.

La pratique de la propreté peut exister chez l'animal, où ce n'est certainement pas la répugnance physique qui la conditionne, puisque c'est avec sa langue et en les déglutissant, comme il déglutit ses aliments préférés, que la bête fait disparaître les objets qui la souillent. De même, le rôle de l'utilité sociale semble nul, puisque les espèces les plus sociables ne sont pas les plus propres. Le chat, par exemple, qui est beaucoup plus individualiste que le chien, procède à sa toilette avec un soin beaucoup plus méticuleux. Il semblerait donc que chez l'animal le sentiment esthétique, ou goût du beau, soit plus en jeu que le sentiment de la propreté ou répulsion pour la saleté.

Des considérations précédentes, on peut donc conclure que le sentiment de la propreté chez l'homme est plus artificiel que naturel, et que par conséquent les infractions commises à la propreté n'indiquent pas forcément une atteinte considérable de la personnalité psychique de celui qui les commet.

2. PHYSIOLOGIE DES FONCTIONS D'ÉVACUATIONS. — Comment l'homme peut-il être propre ?

Les processus vitaux de désassimilation font de l'organisme lui-même une source d'objets doués au plus haut point des propriétés répugnantes que nous avons vu caractériser la saleté. Le sentiment de propreté qui naît de cette répulsion n'a pu se développer qu'à la faveur d'une disposition anatomo-physiologique permettant l'éloignement des produits malpropres du corps, sans qu'il soit souillé par ceux-ci. Cette disposition est réalisée par l'existence de réservoirs et la

©BIUM

subordination de leurs évacuations à la volonté. Et voici le résumé schématique du fonctionnement de ces réservoirs.

Les centres cellulaires qui président à l'innervation des réservoirs vésicaux et rectaux ont été identifiés à côté les uns des autres, grâce aux travaux de Budgé (3), de Masius (4), de Goltz (5) et d'Ewald (6) dans la moelle lombaire et dans la moelle sacrée. Depuis longtemps, von Zeissl (7), Courtade et Guyon (8) ont affirmé l'antagonisme fonctionnel entre l'étage lombaire et l'étage sacré.

Au point de vue moteur, l'innervation des réservoirs et des sphincters qui en sont, pourrait-on dire, les robinets, est fournie par les deux systèmes antagonistes, sympathique et parasympathique (9), qui régissent à eux deux toute la vie organique. *a*) Le système sympathique est fourni par les cellules médullaires correspondant aux trois premiers segments lombaires. Les fibres sortant de ces racines vont dans le ganglion mésentérique supérieur et, après passage dans le plexus hypogastrique, vont innerver les fibres musculaires circulaires des réservoirs. Le sympathique contracte donc les sphincters et ferme les réservoirs, et les centres lombaires président à la rétention. — b) Le système parasympathique est fourni par les cellules médullaires des trois derniers segments sacrés. Les fibres qui en émergent forment le nerf pelvien ou érecteur d'Eckardt et le nerf hémorrhoïdal. Elles passent dans les ganglions disséminés dans le plexus vésical et dans le plexus colorectal, pour aller innerver les fibres musculaires longitudinales des réservoirs. Le parasympathique dilate donc les sphincters et ouvre les réservoirs et les centres sacrés président à l'expulsion.

A ces fibres nerveuses, qui s'interrompent dans les ganglions et conduisent la motricité réflexe, il s'en ajoute d'autres, qui vont directement aux fibres musculaires striées des sphincters externes, et qui conduisent les incitations volontaires.

Le rôle des ganglions sympathiques dans l'innerva-

©BIUM

tion motrice a été révélé par les expériences de Skovodin (17), de Goltz et Ewald (9), d'Arloing et Chantre (10). Après section de tous les filets nerveux qui relient les sphincters directement à la moelle, le fonctionnement des réservoirs n'est pas entravé, tant qu'ils reçoivent les filets émanés de ces ganglions. Certains auteurs, dont Müller (11) avaient même contesté l'existence des centres réflexes de la moelle et n'admettaient que celle des centres ganglionnaires. Mais des expériences de Roussy et Rossi (12) ont démontré que l'ablation du cône terminal amène une paralysie persistante de la vessie et du rectum.

Au point de vue sensitif, les nerfs centripètes émanent de la muqueuse des réservoirs et des sphincters, remontent le long des filets moteurs, s'en séparent pour passer par la racine postérieure et atteignent la moelle. Là, leurs terminaisons entrent en contact *a*) d'une part avec les dentrites des cellules motrices, dont les cylindraxes constituent les nerfs moteurs ci-dessus décrits, ce qui assure le jeu automatique des évacuations, sans que le sujet en ait conscience, par exemple, après section de la moelle, — *b*) d'autre part avec les dentrites des cellules à cylindraxe ascendant, qui transmettent l'impression des réservoirs aux étages supérieurs de l'axe médullo-encéphalique et permettent la transformation de l'impression en besoin conscient.

Le fonctionnement de ces centres médullaires est soumis aux influences des parties sus-jacentes. C'est par l'action des cylindraxes descendants de l'encéphale, du cervelet et de toute la colonne que les muscles reçoivent des incitations, faisant varier leur tonus. Ce tonus variable se superpose au tonus résiduel (Piéron) (31), qui est fourni par les cellules médullaires, d'où partent les fibres sympathiques et parasympathiques. Parmi ces fibres descendantes, une place importante revient au faisceau pyramidal, grâce auquel la volonté peut retarder ou permettre l'obéissance des sphincters au besoin perçu par le sujet. Les expériences de Mosso (14) et Pellacani sur les

©BIUM

cordons latéraux, de Valentin (16) sur le pédoncule cérébral, de Bechterew (15) sur l'écorce du gyrus sygmoïde du chien, de Sherrington (16) sur celle du singe, ont montré que l'excitation de tous les étages de l'axe médullo-cérébral peut amener des mouvements sphinctériens.

En résumé : Le fonctionnement des évacuations sphinctériennes, réduit à son expression la plus rudimentaire, se passe entre la fibre musculaire lisse et les neurones végétatifs de l'extrémité terminale de la moelle. La tonicité de la fibre lisse permet l'accumulation des déchets jusqu'à ce qu'ils exercent sur la muqueuse une pression suffisante pour impressionner les fibres centripètes. Celles-ci stimulent alors les neurones moteurs, qui relâchent les fibres circulaires des sphincters, contractent les fibres longitudinales du réservoir, et l'évacuation a lieu automatiquement, sans qu'aucune perception du besoin n'ait eu lieu dans la conscience, sans aucune intervention de celle-ci.

Il se complique, chez l'animal supérieur, par l'adjonction de la fibre musculaire striée et des neurones du système cérébro-spinal. La réplétion du réservoir sollicite alors les neurones moteurs de divers étages, qui amènent la collaboration d'une foule de muscles autres que ceux des sphincters (périné, diaphragme, sangle abdominale) et surtout avertissent la conscience du sujet, qui, dans une certaine mesure, discipline l'automatisme des évacuations.

Au total, dans le mécanisme des fonctions d'évacuation, qui constitue la condition primordiale de la propreté corporelle, il y a lieu de distinguer la continence et la discipline sphinctériennes.

La continence est d'ordre purement physiologique. Elle a pour seule condition l'intégrité des organes viscéraux et nerveux. Elle consiste dans l'étanchéité des sphincters en dehors du moment de leur réplétion. Son insuffisance donne naissance, comme on verra, au syndrome d'incontinence.

La discipline sphinctérienne est purement psychologique. Elle a pour conditions les diverses influences

©BIUM

psychiques : émotions, représentations suggérées ou spontanées, décisions volontaires susceptibles d'agir sur le tonus sphinctérien. Elle consiste dans la maîtrise du sujet sur ses sphincters. Elle dépend du fonctionnement mental et ne s'acquiert qu'à la longue. Nulle chez l'enfant, variable chez les adultes, sa puissance est toujours limitée. Parfois, elle aboutit à un tel asservissement de l'automatisme évacuateur que l'individu paraît, selon l'expression populaire, n'aller à la selle que lorsqu'il en a le temps. Mais, le plus souvent, un tel asservissement n'est que passager et aboutit à la paralysie de la fonction (rétention). Son insuffisance donne naissance aux syndromes de gâtisme, négativisme, négligence, indiscipline et émotivité des sphincters, étudiés plus loin.

II. La malpropreté corporelle et sa sémiologie

La malpropreté corporelle résulte soit d'une simple insuffisance de nettoyage du corps, dont on a vu que les excrétions et la desquamation engendrent la saleté, soit de sa souillure par les excréments. C'est de cette dernière forme qu'il sera ici question, à cause de la diversité des conditions qui peuvent la produire, conditions dont toutes ne sont pas de nature morbide.

Dans la souillure excrémentitielle, il faut distinguer celle qui est la simple conséquence d'une incorrection de la fonction d'évacuation (coprochésie), et celle qui résulte de l'utilisation des excréments (coprochrèse).

A. Coprochésie. — Etymologiquement, ce terme signifie répandre des ordures, κοπρος χευσειν. Il évoque donc l'idée de la perte des excréments, en dehors des conditions psycho-physiologiques normales, puisque, dans le langage courant, on dit d'un vase qui a perdu son étanchéité qu'il répand. On peut donc l'employer génériquement pour désigner toutes les insuffisances vraies ou fausses des sphincters. Remarquons qu'en agissant ainsi, on ne crée qu'un demi-néologisme, puisque le terme de chésie est devenu synonyme de défécation, depuis que Robert Barnes et

©BIUM

M.-A.-F. Hurst appellent dyschésie la difficulté d'évacuation rectale.

Qu'elle porte simultanément sur les excréments vésicaux et rectaux, ou sur l'un des deux seulement, c'est-à-dire le plus souvent sur l'urine, la coprochésie n'a pas toujours une valeur pathologique.

1. LA COPROCHÉSIE PHYSIOGÈNE, OU INCONTINENCE, dépend d'une lésion organique siégeant en un point quelconque des réservoirs ou de leur innervation. Elle résulte d'un trouble dans la mécanique de l'instrument, dont les robinets, si l'on peut ainsi parler, ne ferment plus, ne sont plus étanches. L'incontinence peut donc se définir : la perte des urines ou des matières par insuffisance sphinctérienne.

Tout d'abord, cela se produit en cas d'atteinte directe du viscère lui-même : *rectopathies* ou *cystopathies* par dysenterie, tuberculose, syphilis, tumeurs, calculs, etc. Dans ce cas, le traitement consiste, outre la thérapeutique générale indiquée par la nature de l'affection, en applications ou interventions locales. Cela se produit ensuite en cas d'atteinte des neurones qui commandent le tonus et les mouvements des sphincters. Et l'on distingue les syndromes suivants :

Le syndrome de la queue de cheval, quand l'atteinte porte sur les trois dernières racines lombaires et les racines sacrées. On a de l'incontinence fœcale ou urinaire avec douleurs subjectives et anesthésie objective en garniture, quand ce sont les dernières sacrées qui sont atteintes. A ces signes s'ajoute une parésie flasque douloureuse des muscles innervés par le sciatique, avec anesthésie de la face postéro-externe des membres inférieurs et abolition des réflexes achilléens, quand les autres racines ont été également touchées. — *Le syndrome du cône médullaire* consiste en incontinence avec absence d'érection, anesthésie en garniture et absence du réflexe anal, sans trouble moteur, sensitif ou réflexe des membres inférieurs, quand la lésion intéresse l'extrême pointe inférieure de la moelle, d'où partent les trois dernières racines sacrées. — *Le syndrome de l'épicône* est déterminé par

©BIUM

une lésion siégeant entre la 3e racine sacrée et la 4e lombaire. Il y a paralysie des muscles fessiers et des fléchisseurs de la jambe et des orteils avec abolition des réflexes achilléens et plantaires, et anesthésie de la face postéroexterne du membre inférieur ; mais le réflexe rotulien est conservé, ainsi que la motricité du quadriceps crural, des adducteurs et la sensibilité de la face antéro-interne du membre inférieur. — Les lésions situées plus haut donnent plutôt de l'incontinence par regorgement, cest-à-dire qu'il y a primitivement rétention, ce qui est la règle dans les paraplégies spasmodiques. Plus on s'élève, et moins les troubles sphinctériens sont considérables, puisqu'on s'éloigne davantage des cellules sacrées et lombaires, où naissent les fibres des systèmes sympathiques et parasympathiques. L'atteinte des fibres descendantes de l'encéphale et du cervelet conditionne plutôt une insuffisance dans l'incitation motrice volontaire et dans les synergies des muscles qui collaborent aux évacuations, d'où l'imperfection de celles-ci.

Rappelons que la guerre a montré avec abondance que, malgré une section complète de la moelle, l'automatisme des réservoirs peut continuer à fonctionner très bien. M. Souques avait déjà insisté sur cette possibilité. Les travaux d'André Thomas, de Haed et Reddoch, de L'hermitte, de Guillain et Barré, de Foix (18) sur les traumatismes de guerre confirment tous cette indépendance du système autonome à l'égard des sections et compressions médullaires.

Chez les psychopathes qui sont atteints d'incontinence vraie, c'est la syphilis, le tabes et la paralysie générale qui sont les principales causes à incriminer.

Enfin, les *convulsions* du tétanos ou de l'épilepsie peuvent provoquer une coprochésie par compression métanique des réservoirs. De même, au cours du *coma* ou d'un *ictus* non convulsif, il se peut que la coprochésie se produise automatiquement pendant la perte de connaissance, si à ce moment les réservoirs étaient en état de réplétion.

2. LA COPROCHÉSIE PSYCHOGÈNE est celle qui dépend

©BIUM

d'une perturbation psychique du sujet. L'instrument lui-même est bon, le réservoir et ses robinets sont étanches, mais le mécanicien est mauvais ; il ne sait plus ou ne veut plus les commander. On distingue les formes suivantes :

Gâtisme. — C'est la perte des urines ou des matières fécales par absence de contrôle psychique sur les sphincters. Le sujet est mentalement trop troublé pour percevoir les appels de son organisme et pour régler sa conduite en conséquence. Il est pour ainsi dire décérébré. L'automatisme médullaire fonctionne à son insu. Mais précisément la conservation de cet automatisme permet au personnel infirmier de prévenir les souillures, par l'installation régulière, à heures fixes, du malade sur la chaise percée. C'est ce que l'on voit dans les états de stupeur, dans les confusions mentales et les démences profondes.

Négativisme sphinctérien. — C'est la perte des urines et des matières par perversion pathologique de la volonté. Il est dû à la résistance aveugle du sujet aux besoins qu'il éprouve. La coprochésie, ainsi produite, se fait par regorgement, lorsque l'accumulation des matières est suffisante pour forcer la fermeture volontaire des sphincters. On le rencontre dans les états démentiels, surtout dans la démence précoce. On ne peut pas le prévenir, comme on fait du gâtisme, puisque le sujet, atteint de ce que l'on a appelé folie d'opposition, résiste aussi bien aux sollicitations d'autrui qu'à ses propres sollicitations instinctives.

Emotivité sphinctérienne. — C'est la perte des urines et des matières sous l'influence de l'inhibition émotionnelle. Elle existe avec une étanchéité sphinctérienne parfaite, ce qui la distingue de l'incontinence ; elle est involontaire, ce qui la distingue du négativisme ; elle est consciente, ce qui la distingue du gâtisme.

Elle existe dans les états de peur, comme le prouve l'expression populaire « de faire dans sa culotte ». — Elle peut se présenter d'une façon plus ou moins incomplète comme une des manifestations de la

©BIUM

constitution psychasthénique. C'est le cas de ces sujets étudiés par Paget, Guyon et Jules Janet (19), qui ne peuvent uriner que dans des conditions de calme moral extraordinaire. Si on les regarde, ou si même ils font trop attention à leur miction, celle-ci se fait mal, avec des retards et des saccades. Il faut qu'ils soient loin de tout témoin, qu'ils lisent un journal pour mettre un terme à leur bégaiement urinaire. Celui-ci a souvent pour complication la souillure des vêtements ou du lit par évacuation précipitée ou retardée. Il en est de même chez quelques hypocondriaques urinaires, où il est de règle de rencontrer concomitamment des troubles d'ordre génital (pertes séminales, absence d'érection, etc.), et dont les réactions, comme l'a montré Gilbert Ballet (20) sont celles d'un mélancolique autoaccusateur ou d'un persécuté persécuteur susceptible d'assassiner le chirurgien imprudent qui consentit à les opérer. Le traitement de cette coprochésie est celui de l'émotivité et de la psychasthénie elle-même.

Négligence sphinctérienne. — C'est la perte des urines et des matières par simple négligence du sujet à l'égard des besoins évacuateurs. Elle constitue à elle seule tout le tableau et ne présente rien de vraiment pathologique. Le plus souvent, seule la vessie est intéressée, à cause des nombreuses corrélations qui existent entre la contraction de la vessie et les excitations psychiques que Mosso et Pellacani (14) ont longuement décrites, et qui conditionnent comme une indiscipline latente de la vessie. Mais le rectum peut fort bien être également l'objet de cette négligence. Cela n'est pas rare chez des enfants, même très intelligents, dans les dernières années de la seconde enfance. Et cela peut se produire accidentellement beaucoup plus tard. Dans l'ardeur du jeu, au cours d'une discussion passionnée, pendant un spectacle palpitant d'intérêt, le sujet croit pouvoir retarder l'obéissance à des besoins qui sont plus forts que lui. Il s'agit donc là d'une forme de distraction, dont la répétition dénote une diminution du sentiment de

©BIUM

la propreté. Pour la combattre, il faut stimuler tous les ressorts capables de déterminer la vigilance du sujet sur ses sphincters. Les remèdes sont inutiles. Ces stimulants sont d'ordre moral et varient avec le caractère de l'enfant. Un garçon de 9 ans ne se corrigea que le jour où on l'obligea à sortir habillé avec une jupe de fille.

La négligence sphinctérienne existe également chez certains psychopathes qui, par paresse (maniaques ou déments), par mortification (mélancoliques), par idées délirantes (persécutés ou hypocondriaques), tardent trop longtemps à obéir à leurs besoins et se salissent. Elle est justiciable alors de l'intimidation.

Indiscipline hypnagogique sphinctérienne. — C'est la perte des urines ou des matières pendant le sommeil. Le terme hypnagogique υπνος sommeil αγωογς qui amène, est meilleur que celui d'incontinence nocturne, car le phénomène se produit aussi bien le jour que la nuit, quand le sujet est endormi. Généralement, la vessie est seule en cause. L'évacuation peut se produire à l'occasion d'un rêve, aussi Henoch et Jules Janet (19) assimilent-ils la miction nocturne à la pollution nocturne. Elles peuvent au contraire, suivant l'opinion défendue par J.-L. Petit (22), être la conséquence de la profondeur du sommeil, qui supprime la perception du besoin d'uriner. Pour Janet, le premier mécanisme serait à incriminer chez des sujets qu'une mauvaise éducation a habitués à la pollakisurie. — Une psychothérapie adroite et indulgente, pour ne pas ancrer dans la subconscience de l'individu la phobie de mouiller son lit, doit être pratiquée, en même temps qu'on diminuera les ingurgitations liquides au repas du soir et qu'on espacera les mictions du jour. Les injections épidurales de sérum artificiel, à la dose d'une dizaine de centimètres cubes, en tiraillant les racines nerveuses, ont d'heureux effets sur la tonicité sphinctérienne. Jaboulay préconisait une pointe de feu périanale pour redonner du tonus au sphincter anal en cas de perte des matières fécales. Avant de porter le diagnostic d'indiscipline nocturne

©BIUM

sphinctérienne non pathologique, il faut avoir soin d'éliminer l'épilepsie. « Tout adulte, non porteur d'une lésion uréthro-vésicale, qui pisse au lit la nuit sans le sentir est un épileptique », disait Trousseau.

Simulation. — Enfin, en l'absence de toutes les raisons ci-dessus indiquées qui légitiment la coprochésie, celle-ci peut n'avoir d'autre cause que la supercherie.

Ainsi donc, la perte des excréments ne saurait à elle seule constituer un élément de diagnostic, ni de pronostic, puisqu'on la rencontre dans les états les plus opposés, depuis ceux dans lesquels l'atteinte organique des réservoirs et du système nerveux ou psychopathique des facultés mentales est le plus profonde, jusqu'à ceux dans lesquels le physique et le psychique ne présentent aucune autre anomalie.

B. Coprochrèse. — Il s'agit d'étudier maintenant la forme la plus accusée de la malpropreté corporelle, celle qui se caractérise par l'utilisation des excréments, par leur emploi plus ou moins conscient à des fins plus ou moins déterminées. Le terme coprochrèse pourrait assez bien englober l'ensemble de ces faits, le radical chrèse (*) n'étant que la traduction du mot χρησις usage. Cette utilisation des déjections peut consister soit dans leur simple manipulation ou barbouillage, soit même dans leur manducation, ou coprophagie.

1. Le barbouillage. — C'est la manipulation des excréments. Il peut n'avoir aucun rapport avec le sentiment de la propreté (barbouillage inconscient) ou au contraire être déterminé par une perversion de celui-ci (barbouillage systématique).

Le barbouillage inconscient est celui qui n'est qu'une des diverses manifestations de l'activité inconsciente d'un être qui ne se rend plus compte de ce qu'il fait. Il se présente sous deux formes différentes : *a*) Le *barbouillage carphologique* est celui

(*) La catachrèse est une figure de rhéthorique qui consiste à employer un mot dans un sens différent de son sens propre κατα contre χρησις l'usage.

©BIUM

qui survient dans les états de démence ou de confusion mentale profondes, chez des individus grabataires, incapables de tout processus intellectuel et gâteux. Leur manipulation s'exerce au hasard sur ce que leurs mains rencontrent, et ils se barbouillent à la façon du nourrisson dans ses langes. Ils ne savent pas plus ce qu'ils font que ne le savent les fébricitants obnubilés qui exécutent ces mouvements automatiques des doigts et des mains, auxquels les anciens cliniciens donnaient le nom de carphologie, parce que le malade paraît vouloir saisir dans le vide de menus objets, καρφος λεγειν cueillir des flocons.

b) Le *barbouillage apraxique* est celui que l'on rencontre chez certains affaiblis artérioscléreux atteints d'apraxie ou d'agnoscie. Ne sachant plus identifier les objets, ils ont oublié ce à quoi sert leur vase de nuit, ou bien ils ont perdu le souvenir de la formule des actes nécessaires pour s'en servir.

Le barbouillage systématique est celui dans lequel l'excrément est recherché intentionnellement, à cause de la volupté (coprophilie) ou de l'utilité qu'il procure.

α Le *barbouillage décoratif* est celui qui semble avoir un but esthétique par la disposition des applications sur les murs, ou même sur le visage. On le trouve dans les états d'agitation démentiels, ou même maniaques. Une de mes malades, cyclothymique, femme appartenant à la noblesse la plus authentique, de mœurs rigoureusement propres en périodes intercalaires, délayait dans son urine, pendant ses accès, le plâtre des cloisons pour s'en farder la figure. D'ailleurs, il n'est pas besoin d'entrer dans un asile d'aliénés pour trouver semblable ornementation. Les graffiti qui décorent les parois de la plupart des latrines publiques prouvent qu'à chaque instant, sans qu'on s'en doute, on peut coudoyer dans la rue quelque artiste de cette école.

β Le *barbouillage agressif* est celui qui a pour but la vexation du personnel infirmier chargé de le faire disparaître. Il n'est pas très rare chez les excités

©BIUM

maniaques ou déments. Lui aussi est en usage chez des gens réputés sains d'esprit, puisqu'il est coutume dans le peuple d'enduire d'ordure le loquet de la personne à qui l'on en veut.

γ Le *barbouillage symbolique* est celui qui a pour but de stigmatiser celui sur qui on le constate. C'est celui des délirants mélancoliques ou mystiques. Mais il a, lui aussi, son analogue dans la pratique de certains peuples, où la façon de témoigner son chagrin ou son humilité est de se couvrir de poussière ou de boue. Ne peut-on pas voir dans l'imposition des cendres des catholiques, au début du carême, la forme purifiée de ce barbouillage ?

δ Le *barbouillage érotique* est celui qui a pour but la satisfaction génitale, celle-ci étant liée à la perception des excréments. Les sujets qui le présentent sont ceux que l'on décrit encore sous le nom de coprolagnes, de stercoraires, de renifleurs (Tardieu) (23). On peut distinguer les variétés suivantes : *a*) la scatophilie pure de Blondel (22), quand la perception visuelle ou olfactive d'un excrément quelconque est la seule condition anormale pour l'obtention de la volupté ; — *b*) le masochisme scatophile, quand le barbouillage a pour objet le sujet même, et a pour fin de lui infliger l'humiliation nécessaire pour atteindre la volupté ; — *c*) le sadisme scatophile, quand le barbouillage a pour objet le partenaire et a pour fin d'infliger à ce dernier la souffrance nécessaire pour que le malade atteigne la volupté ; — *d*) le fétichisme scatophile, quand l'excrément barbouillant doit provenir du partenaire.

Ces diverses formes du barbouillage érotique seraient la simple résultante, d'après Binet (25) et Krafft-Ebbing (26), de l'association qui se forma lors de la première sensation voluptueuse du sujet, entre cette sensation et la perception fortuite d'un excrément. Pour la plupart des auteurs, ce barbouillage n'existe que chez des individus fortement et constitutionnellement tarés, ayant des obsessions, des tics, des impulsions, des phobies. C'est l'avis de Magnan, Sérieux (27),

©BIUM

Legrain (28), Moreau de Tours (29). Garnier (30) l'a signalé au début de la démence, et Tarnowsky (31) a décrit ses accès chez les cyclothymiques. — Sans épiloguer davantage sur le nombre et la gravité des tares mentales surajoutées que peuvent présenter ces érotiques, rappelons simplement que la sodomie n'est pas à l'abri d'un barbouillage éventuel et que cette éventualité n'a pas empêché l'auteur des *Chansons de Bylitis* de qualifier d'immortels les amants qui, « par la porte d'occident », accèdent aux beautés de leurs maîtresses.

ε Le barbouillage enfin, comme le gâtisme ou l'incontinence peut être un procédé de *simulation.*

2. La coprophagie. — C'est la manducation des excréments. Fréquemment associée avec le barbouillage, on la trouve dans les rangs les plus déchus de la population des asiles d'aliénés. Des idiots, des déments, ne peuvent être arrachés aux cuvettes des cabinets, où ils se régalent avec voracité.

Mais il est de par le monde toute une foule de sujets qui sont friands d'objets hétéroclites plus ou moins malpropres et ne présentent pas d'autre anomalie mentale bien appréciable. On les dit atteints de malacie (du grec μαλαχια mollesse, sous-entendu d'estomac) ou de pica (du latin *pica,* pie, animal mangeant toute espèce de choses). Ils ont existé de tout temps, comme l'affirme cette phrase d'Ambroise Paré (32) : « Aucunes ont appétit dépravé avec nausée, dit des anciens pica, faisant qu'elles dédaignent les bonnes viandes et quelquefois appètent choses contre nature. » Les jeunes filles d'une intelligence vive et d'une propreté corporelle parfaite, qui croquent avec délices ongles, cheveux, desquamations cutanées, excrétions nasales, mouches, papier, gomme, crayons ne sont pas rares. Et les penseurs qui ne sauraient suivre leur rêve ou leur méditation sans mâchonner avec ravissement la pâte qu'ils décrochent au fond de leur nez, ne sont, hélas ! pas aussi exceptionnels qu'on le voudrait. Ces descendantes des mercenaires carthaginois que Flaubert rendit célèbres

©BIUM

sous le nom de « mangeurs de choses immondes » étaient nombreuses dans l'école de Claudine. On les qualifie parfois d'hystériques. En réalité, ce sont des déséquilibrées dont l'état ne comporte aucune gravité pronostique. Le pire qui puisse leur arriver est de se provoquer une obstruction intestinale. C'est ainsi que j'ai vu opérer une jeune fille de 18 ans, envoyée pour cancer stomacal dans un service de chirurgie, et de l'estomac de laquelle on enleva un magmat en forme de cornemuse, qui était formé par du papier buvard, des crayons et des cheveux. Si de tels sujets contractent une psychose, il y a des chances pour que leur appétence perverse se donne plus libre cours encore.

En dehors de toute perversion de l'appétit, certains pèlerins, dans une ardeur mystique, se livrent à la plus authentique coprophagie, lorsqu'ils boivent l'eau des piscines, où surnagent le pus et les déjections des malades incontinents ou gâteux qu'on y plongea (34).

Enfin, dans certaines campagnes, la confection du vin de chute, signalée plus haut, constitue une boisson coprophagique. Et dans tous les pays, la préparation de certains gibiers, qu'on n'apprête que lorsqu'ils tombent en pourriture, et qu'on ne vide pas de leurs intestins, réalise la plus complète coprophagie qu'on puisse imaginer.

Conclusions

I. Le goût de la propreté corporelle n'est pas inné chez l'homme qui, de par sa physiologie même, est une source de saleté. Il n'est qu'une acquisition relativement récente de la vie en société, issue d'une part des incommodités physiques que les émanations d'autrui exercent sur l'individu, d'autre part de la suggestibilité qu'exercent sur la masse les conventions fixées par une élite. — Pendant des siècles, ce goût de la propreté se contenta de masquer sous le fard et les parfums la perception de la saleté. Il n'exigea que tardivement la disparition réelle de celle-ci par la

©BIUM

pratique d'un nettoyage véritable. Et dans la civilisation contemporaine, ce n'est qu'avec le progrès de l'hygiène que cette pratique devint générale.

II. La possibilité pour l'homme de réaliser la propreté corporelle a pour condition physique l'existence de sphincters régulateurs des évacuations, et pour condition psychique la maîtrise de la volonté sur ses sphincters. — Les actes de malpropreté résultant de l'incorrection de cette fonction psycho-sphinctérienne, constituent une première catégorie : LA COPROCHÉSIE. Elle se présente sous deux formes, de nature différente :

A. *La coprochésie organique* ou *incontinence* est celle qui a pour cause une lésion des organes sphinctériens (cystopathies, rectopathies) ou des neurones innervateurs de ces organes (radiculites, névrites, myélites, convulsions, ictus, coma).

B. *La coprochésie psychique* est celle qui a pour cause un défaut dans l'action de la volonté sur les sphincters : *a*) *gâtisme,* quand le sujet n'a ni perception des besoins ni volonté ; — *b*) *négativisme,* quand la volonté résiste aux besoins cependant perçus ; *c*) *négligence,* quand la volonté tarde trop à obéir aux besoins ; — *d*) *émotivité,* quand la volonté est inhibée par l'émotion ; *e*) *indiscipline hypnagogique,* quand la profondeur du sommeil entrave la surveillance inconsciente de la volonté sur les sphincters ; — *f*) *simulation,* quand la volonté commande l'incorrection du jeu des sphincters. — Tandis que la coprochésie organique est toujours pathologique, seules les deux premières formes de la coprochésie psychique le sont, les autres pouvant exister chez des individus non malades.

III. Une deuxième catégorie d'actes de malpropreté corporelle est constituée par l'utilisation des excréments ou COPROCHRÈSE. Elle se présente sous deux formes : A. *le barbouillage,* ou manipulation des excréments, qui peut être : *a*) *carphologique,* quand le sujet a perdu toute espèce de conscience ; — *b*) *apraxique,* quand le sujet se trompe sur l'identification des

excréments ; — c) *décoratif*, quand le sujet vise un but esthétique ; — d) *agressif*, quand le sujet veut vexer l'entourage ; e) *symbolique*, quand le sujet veut exprimer son indignité ; — f) *érotique*, quand le sujet en a besoin pour atteindre la volupté.

B. *La coprophagie* ou manducation des excréments.

Barbouillage et coprophagie peuvent se rencontrer non seulement dans toutes les formes de psychose, mais encore chez des sujets apparemment sains d'esprit.

Donc les pires pratiques de la malpropreté corporelle ne suffisent pas à faire conclure à l'existence d'un état pathologique chez celui qui s'y livre. Et cela n'est pas surprenant, étant donnée la date récente de l'apparition du sentiment de la propreté dans l'humanité.

Bibliographie

(1) Courbon : Psychologie du tirailleur sénégalais. *Iconogr. de la Salpêtrerie*, 1917. — (2) Courbon : Séquestration volontaire à domicile par misanthropie psychasthénique. *Revue neurol.*, 1922, t. I. — (3) Budge : Heulés et Pefeuffers. *Zeitschr. f. anat. médic.*, 1864 et *Pflügersarchiv*, 1872. *Archiv. f. d. gesetzl. Phys.*, 1872. — (4) Masins : *Bulletin acad. royale des sciences de Belgique*, t. XV et XVI. — (5) Goltz : *Arch. f. d. ges. Phys.*, 1872. — (6) Goltz et Ewald : *Archiv. f. d. ges. Phys.*, 1896. — (7) von Zeissl : *Wiener Klin Woche*, 1896, et *Pflüger. Arch.*, 1893. *Wiss. Klin. Woche*, 1894. — (8) Courtade et Guyon : *Journ. de phys. et de pathol. générale*, 1893. Biologie, 1896. — (9) Guillaume : *Le sympathique et les systèmes associés*, Masson, 1920. — (10) Arloing et Chantré : *Comptes rendus Acad. des sciences* 1897-98. — (11) Müller : *Traité de physiologie*. — (12) Roussy et Rossi : in Déjerine : *Séméiologie des affections du syst. nerveux*, 1914, page 1052. — (13) Piéron : Du mécanisme physiol. du tonus muscul., *Pres. méd.*, 1918. — (14) Mosso et Pellacani : *Giorn. d. R. Acc. di medic. di Torino* (1881).

©BIUM

— *Arch. et al. de biologie* 1882. — (15) Bechterew : *Neurol. Centrabl.*, 1893. — (16) Morat et Doyon : *Physiologie (fonctions de nutrition,* p. 554). — (17) Morat et Doyon : *Physiologie,* p. 551. — (18) Foix : Les compressions médullaires, *Réunion neurol.,* 1923. — Manheimer-Gommes : *Le gâtisme,* th. de Paris, 1897. — (19) Jules Janet : *Les troubles psychopath. de la miction, th. de Paris,* 1890. — (20) Gilbert Ballet : *Leçons de clinique médic.,* Doin, 1897. — (22) J.-L. Petit : *Œuvres chirurgicales.* — (23) Tardieu : *Anomalies, aberrations et perversions sexuelles chez les dégénérés,* Paris, 1835. — (24) Blondel : La scatophilie : *Congr. des alién. et neur.,* Bruxelles, 1910. — (25) Binet : *Le fétichisme et l'amour,* 1891. — (26) Krafft-Ebbing : *Psychopathia sexualis,* 1895. — (27) Sérieux : *Les perversions sexuelles,* th. de Paris, 1888. — (28) Legrain : *Anomalies de l'instinct sexuel,* Paris, 1896. — (29) Moreau de Tours : *Aberration du sens génésique,* 1880. — (30) Garnier : *Fétichisme, pervertis et invertis sexuels,* 1876. — (31) Tarnowky : *L'instinct sexuel,* 1904. — (32) Amb. Paré : ch. XVIII, p. 64. — (33) Saint Simon : *Mémoires sur le duc de Vendôme Alberoni.* — (34) Zola : *Lourdes.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 JUIN 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

Assistent à la séance : MM. Guiraud, Minkowski, membres correspondants.

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

MM. Semelaigne et René Charpentier s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Bussard remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire.

M. Parant remercie la Société de lui avoir donné le Prix Esquirol.

Inauguration du Monument Magnan

M. le Docteur Antheaume, Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé le 6 juin, au nom de la Société médico-psychologique.

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de la Société médico-psychologique, dont j'ai le très grand honneur d'être le président, que je viens apporter à V. Magnan, le Maître illustre de la psychiatrie, l'hommage de notre société à la renommée de laquelle il a si largement contribué par l'importance de ses travaux.

La Société médico-psychologique s'enorgueillit à juste titre d'avoir compté le grand aliéniste de Sainte-Anne au nombre de ses membres les plus actifs et les plus assidus pendant près d'un demi-siècle (1871-1916).

Et bien qu'il s'agisse là d'un passé déjà lointain,

©BIUM

l'activité féconde qu'il imprima jadis aux travaux de notre Compagnie, notamment à l'époque de sa présidence, persiste encore actuellement.

Pour ne citer que quelques-uns de ses travaux, c'est en 1885 qu'il fit ses mémorables communications sur « les signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire », où il exposait la doctrine de la dégénérescence mentale, qui a joué depuis dans l'histoire de la nosologie psychiatrique un rôle si considérable.

C'est de 1887-1888 que datent les importantes discussions de la Société médico-psychologique sur les délires systématisés, au sujet des célèbres communications de Magnan sur le délire chronique à évolution systématique.

C'est de la même époque que datent ses travaux sur la nosologie des maladies mentales.

Nous devons à ce novateur génial, à cet esprit méthodique et généralisateur, la première vue d'ensemble, la première classification rationnelle des maladies mentales. Sa conception, devenue classique, répandit à l'époque une clarté bien française dans l'état d'anarchie nosologique qui régnait auparavant.

D'autres et d'autres travaux de Magnan ont illustré nos sociétés savantes, les aliénistes de tous les pays connaissent ses mémoires sur la folie intermittente, sur l'alcoolisme, sur les psychoses des dégénérés (délire d'emblée — délire polymorphe — délire systématisé, etc...).

Expérimentateur et physiologiste remarquable, ainsi qu'en témoignent ses belles recherches initiales sur la toxicité des alcools, de l'absinthe, du furfurol, anatomopathologiste d'une conscience rare, dont les recherches sur les lésions de la paralysie générale ont fait époque, clinicien merveilleux, professeur excellent, Magnan fut un type de savant complet portant ses investigations heureuses aussi bien dans le domaine de la science pure que de la science appliquée, de la pratique psychiatrique et médico-légale.

A ce dernier point de vue, je rappellerai que, dès

©BIUM

le début de sa carrière, Magnan s'est intéressé aux questions d'anthropologie criminelle et de médecine légale psychiatrique. Dans ses rapports médico-légaux, il a étudié les questions de responsabilité, de capacité civile soulevées par les paralytiques généraux, les délirants systématisés, les aphasiques, les enfants anormaux. On connaît ses travaux sur l'obsession criminelle morbide, sur la simulation de la folie, sur la folie méconnue. Il a le premier en France, en collaboration avec Charcot, publié en 1882 un travail sur l'inversion du sens génital, et sur les autres inversions sexuelles.

Dans le domaine de la thérapeutique mentale, qui est en liaison étroite avec ce qui a trait à l'assistance des aliénés, à l'organisation des services médicaux, Magnan a marqué son passage d'une empreinte ineffaçable.

Soignant ses malades avec une sollicitude affectueuse et persévérante, il nous a donné à tous le bon exemple, il a été l'apôtre le plus convaincu et le plus agissant de la suppression des moyens de contrainte, persuadé avec raison que l'emploi de toutes les méthodes de force doit être évité dans le traitement des psychoses, si l'on veut conserver au patient le maximum de chance de curabilité. Il a limité à de justes mesures la pratique de l'isolement cellulaire, vulgarisé le traitement des psychoses aiguës par l'alitement continu et systématique (la clinothérapie).

La cohorte innombrable des victimes du cerveau lui doit une reconnaissance infinie.

A tous ces titres, à tous ces points de vue, je salue en Magnan, au nom de la Société médico-psychologique, le grand savant dont l'œuvre scientifique a jeté sur la psychiatrie française un lustre éclatant, l'homme de cœur qui aimait ardemment sa profession, qui aimait ses malades, leur donnait sans compter son temps et sa science, poursuivant sans relâche, jusqu'à la fin de sa longue carrière, l'amélioration de leur sort.

Aussi, en présence de l'orientation nouvelle de

©BIUM

l'assistance psychiatrique que le Conseil général de la Seine a réalisé dans cet établissement, est-ce pour moi un devoir agréable de rendre hommage à la grande et noble figure de Magnan, qui apparaît comme un apôtre de l'hygiène mentale, comme le précurseur du mouvement social en évolution, de ce mouvement, qui, dans tous les pays, réclame l'emploi des méthodes de plus en plus libérales dans l'organisation des asiles, dans l'assistance et le traitement de toutes les catégories de psychopathes.

Trois cas de démence précoce survenue chez des épileptiques après disparition des crises convulsives

par L. MARCHAND et G. THOMAS

Il est établi, d'une part, que des crises épileptiques peuvent apparaître au cours de la démence précoce (1), d'autre part, que la démence épileptique peut prendre l'aspect de la démence précoce (2). L'un de nous a également montré que le développement de la démence épileptique n'est pas toujours lié à la fréquence des crises convulsives, puisqu'il existe des cas dans lesquels les accès comitiaux deviennent plus rares à mesure que la démence progresse.

A côté de ces formes morbides montrant les rapports que l'épilepsie peut présenter avec les états démentiels, il existe un groupe de faits encore peu étudiés concernant des sujets qui, atteints d'abord d'épilepsie, présentent le syndrome de la démence précoce après la suspension des crises.

Falret et Charpentier (3) avaient bien observé ces

(1) L. MARCHAND. — De l'épilepsie chez les déments précoces. *Revue de Psychiatrie*, Juin 1908.

(2) L. MARCHAND. — De l'idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques, *Revue de Psychiatrie*, Juin 1907.

(3 CHARPENTIER. — Les démences précoces. *Congr. ann. méd. ment.*, Rouen, 1910, p. 247.

©BIUM

cas, mais comme la nosologie psychiatrique ne comprenait pas encore la démence précoce, ces auteurs ne savaient comment classer leurs sujets, qui ne pouvaient rentrer dans le groupe des déments épileptiques, puisqu'ils ne présentaient plus d'accidents comitiaux.

M. Chaslin (1), dans ses *Eléments de sémiologie et clinique mentales,* rapporte le cas d'une femme âgée de 27 ans, épileptique depuis l'âge de 12 ans, qui ne présente plus d'accès depuis quelques années et qui est atteinte de démence avec stéréotypies.

Nous présentons à la Société trois observations répondant à cette forme de démence précoce consécutive au mal comitial. Nous ne donnons ici que les résumés de ces cas, qui seront exposés avec tous les détails qu'ils comportent dans la thèse de l'un de nous (2).

⁂

Notre première observation a trait à une demoiselle âgée actuellement de 39 ans. Son hérédité est très chargée. Les premiers accidents épileptiques sous forme de vertiges sont apparus à l'âge d'un an. Comme le fait se rencontre fréquemment au cours de l'évolution du mal comitial, les grandes crises ne firent leur apparition qu'à l'âge de 10 ans et se reproduisirent plusieurs fois par mois. Les crises cessèrent définitivement à 16 ans ; à cette époque survinrent des troubles psychiques consistant en troubles du caractère, crises de colère et de désespoir, idées de transformation corporelle. La malade est internée à l'âge de 18 ans. On constate alors un ralentissement des facultés psychiques avec idées de persécution, idées hypocondriaques, impulsions violentes. A l'âge de 25 ans, le syndrome mental revêt les caractères de la démence précoce : affaiblissement intellectuel répondant au niveau mental de 9 ans, écholalie, perte des sentiments affectifs, gestes stéréotypés, rires sans motif, crises de colère. La réaction de Wassermann est négative. Après une période

(1) Asselin et Houzeau, édit., 1912.

(2) J. Thomas. — De la démence précoce consécutive au mal comitial. *Thèse de Paris,* Juillet 1923.

©BIUM

pendant laquelle on note une légère amélioration de l'état mental, l'affaiblissement intellectuel progresse de nouveau. Actuellement, la malade est gâteuse. Au point de vue physique, on ne constate aucun symptôme organique. aucun trouble des grands appareils.

⁂

Dans notre deuxième observation, il s'agit d'une malade âgée actuellement de 50 ans. Son hérédité est également très chargée. Les crises d'épilepsie débutèrent à l'âge de 30 ans, sans cause apparente, trois mois après son mariage. Elles se reproduisirent ensuite irrégulièrement tous les mois environ, et ne cessèrent transitoirement que pendant une grossesse qui eut lieu quatre ans après son mariage. Pas de fausse couche. A l'âge de 41 ans, des troubles mentaux caractérisés par de l'incohérence du langage, des idées vagues de persécution, des hallucinations auditives, des troubles du caractère, des impulsions violentes survinrent et nécessitèrent l'internement.

Les crises épileptiques se manifestèrent encore pendant plusieurs années, mais devinrent de plus en plus rares. Elles cessèrent complètement à l'âge de 47 ans.

L'état mental, depuis plusieurs années, revêt les caractères de la démence précoce : affaiblissement intellectuel, incohérence du langage, disparition des sentiments affectifs, gestes et mouvements stéréotypés, éclats de rire sans motif, périodes d'agitation catatonique avec bris d'objets, violences vis-à-vis des personnes de l'entourage ; la malade déchire ses vêtements et se barbouille de matière fécale. Comme symptôme physique, on ne note qu'une légère inégalité pupillaire. La réaction de Wassermann est négative.

⁂

Chez la malade qui fait l'objet de notre troisième observation, nous n'avons pu relever de tares héréditaires. Elle fut atteinte de chorée à l'âge de 13 ans et resta nerveuse. Elle se maria à l'âge de 22 ans, eut deux enfants qui sont actuellement bien portants. A 24 ans, sans cause apparente, elle présenta une première crise d'épilepsie. Les accès se renouvelèrent dans la suite et augmentèrent de fréquence au point de survenir plusieurs fois par jour. A 26 ans, nouvelle grossesse ; la malade accoucha d'un

©BIUM

enfant mort-né ; à 27 ans, quatrième grossesse, qui se termina de la même façon. Les crises, qui avaient continué à se manifester pendant ces grossesses, disparurent spontanément à l'âge de 32 ans. A 33 ans apparaissent des troubles mentaux qui nécessitent immédiatement l'internement. Rapidement, en quelques mois, le syndrome mental revêt les caractères de la démence précoce. Un traitement spécifique est appliqué sans résultat. Depuis quatre ans la malade présente des périodes de torpeur cérébrale avec mutisme et refus des aliments, alternant avec des périodes de demi-agitation au cours desquelles la malade parle sur un ton agressif, prononce des mots incohérents, frappe les infirmières, brise les objets. A de rares moments, on observe des intervalles de calme qui permettent d'apprécier son état mental. On constate un affaiblissement intellectuel profond, des idées délirantes polymorphes, des idées de grossesse, des illusions de fausse reconnaissance. L'examen physique ne décèle aucun symptôme d'une lésion organique du système nerveux, aucune lésion des grands appareils. La réaction de Wassermann est négative.

⁂

Les cas que nous venons d'exposer ne peuvent être classés dans le groupe des déments épileptiques. Les troubles psychiques, non seulement n'ont pas débuté après des crises comitiales, mais ils sont apparus dans deux cas au moment où disparaissaient les crises convulsives, et dans un cas au moment où celles-ci devenaient de plus en plus rares. On ne peut admettre que les lésions corticales diffuses, substratum de tout état démentiel, ont été déterminées chez nos malades par les crises comitiales.

Nos observations ne peuvent être considérées comme des cas de démence précoce avec épilepsie, puisque le mal comitial a disparu au moment où s'installait l'état démentiel. Si l'on ignorait les antécédents convulsifs de nos sujets, cliniquement on n'aurait aucune hésitation à les considérer comme des déments précoces. C'est d'ailleurs le seul diagnostic que l'on peut poser en présence de tels malades.

©BIUM

Leur état mental ne peut être assimilé aux troubles psychiques qui sont consécutifs aux accès épileptiques et qui sont en relation immédiate avec eux, ou aux accidents mentaux transitoires qui constituent l'épilepsie larvée. La continuité même des troubles s'oppose à ce diagnostic. De plus, le syndrome mental n'a rien de commun avec les délires violents, les crises de colère ou de fureur, les accès maniaques, les impulsions qui sont des équivalents des crises convulsives. De nombreux auteurs ont publié des observations très intéressantes d'épileptiques chez lesquelles les crises convulsives cessent à un certain moment et sont remplacées ensuite uniquement par des accès d'épilepsie psychique. On a même décrit des cas d'attaques prolongées d'épilepsie larvée sous forme de lypémanie avec mutisme (Franzolini et Celotti) (1), sous forme de délire paranoïde durant quelques semaines et caractérisé par l'apparition d'une série d'idées délirantes plus ou moins systématisées (Bianchini) (2). Nos cas diffèrent complètement de ces observations puisque les troubles mentaux sont chroniques et revêtent le syndrome de la démence précoce. Notre première malade est démente depuis 19 ans, la seconde depuis 9 ans, la troisième depuis 4 ans. Il est une particularité intéressante à retenir, c'est que nos sujets continuent à présenter, malgré leur déchéance intellectuelle, des impulsions violentes si communes chez les épileptiques, mais aussi, il faut le reconnaître, chez les déments précoces.

Il ne reste donc à discuter que les deux points suivants : n'y a-t-il eu chez nos malades qu'un simple rapport de succession entre le mal comitial et la démence précoce ? Peut-on admettre un lien pathologique entre les deux formes mentales ?

---

(1) F. Franzolini et F. Celotti. — Attaque prolongée d'épilepsie larvée sous forme de lypémanie et de mutisme. *Arch. Ital. per la malattie nervose*, 1881.

(2) Levi Bianchini. — Epilepsie paranoïde. *Arch. di psich. neurop. antrop. crim. e med. leg.*, juillet 1904, et *Revue neurol.*, T. XII, 1904, p. 15.

©BIUM

Il n'est pas facile de répondre à ces deux questions et on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses.

L'épilepsie et la démence précoce sont deux affections qui se développent sur un terrain dégénératif. Les auteurs qui, dans la pathogénie des névroses et des psychoses, attribuent la plus grande part à la prédisposition, interprèteraient ainsi la succession de l'épilepsie et de la démence précoce chez nos sujets. Cette explication pourrait être admise d'autant plus facilement que nos malades, par leurs antécédents héréditaires et personnels, qui chez tous sont chargés, rentrent évidemment dans le groupe des grands prédisposés.

Parmi les formes morbides qui constituent le groupe des psychoses des prédisposés, certaines sont très voisines, telles par exemple l'épilepsie, la démence précoce, la psychose périodique. De plus, les cas de transition entre ces syndromes sont si nombreux qu'on peut les confondre et qu'au début de leurs manifestations on ne peut prévoir dans quelle direction se fera l'évolution de l'affection mentale (d'Orméa et Alberti) (1). Ces considérations permettent d'expliquer comment, chez le même malade, on peut observer soit la succession, soit la coexistence de divers syndromes dégénératifs, entre autres l'épilepsie et la démence précoce.

Tout en attachant ainsi une grande influence au terrain, ne peut-on pas envisager le problème sous une autre face et chercher une explication basée sur des considérations anatomo-cliniques ?

L'épilepsie n'est plus considérée comme une entité morbide, mais comme un syndrome pouvant apparaître au cours de différentes maladies cérébrales (2). Les lésions cortico-méningées qui se traduisent si souvent chez les jeunes sujets par des crises épilep-

---

(1) A. D'Orméa et A. Alberti. — Sur les affinités cliniques entre la démence précoce, l'épilepsie et la folie maniaque dépressive. *Note e Riv. de Psich.*, Vol. 2, n° 2, avril-juin 1909, p. 145.

(2) De l'épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 2 février 1909, p. 147.

©BIUM

tiques, au lieu de se fixer, peuvent évoluer, devenir plus profondes, plus diffuses et se traduire cliniquement par les symptômes de la démence précoce. Ainsi, on peut comprendre que les mêmes lésions cérébrales cortico-méningées peuvent se rencontrer dans des syndromes mentaux aussi divers que la démence précoce avec épilepsie, la démence épileptique à forme de démence précoce, le mal comitial précédant l'évolution de la démence précoce.

Il resterait à préciser la pathogénie des lésions méningo-corticales chez nos sujets ; nous ne pouvons encore faire à ce sujet que des hypothèses. L'épilepsie a débuté chez notre première malade à l'âge de 1 an et a évolué tout d'abord comme un cas d'épilepsie dite idiopathique. La réaction de Wassermann est négative et on ne note chez elle aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Il semble bien que dans ce premier cas on peut invoquer un trouble cérébral dystrophique en rapport avec les tares présentées par les parents au moment de la conception. Dans les deux autres cas l'hypothèse d'une infection syphilitique acquise peut être envisagée. En faveur de cette pathogénie, nous avons l'âge tardif auquel l'épilepsie a débuté (24 ans et 30 ans), l'apparition du mal comitial trois mois après le mariage dans un cas, deux ans après dans l'autre, les deux morts-naissances chez la malade qui fait l'objet de notre troisième observation. Contre cette hypothèse nous avons la constatation d'une réaction négative de Wassermann, l'absence de stigmates hérédo-syphilitiques chez les enfants des deux malades, l'inefficacité du traitement spécifique institué dans un cas au début des troubles mentaux. Le problème reste donc en suspens. Cette question mérite cependant d'autres recherches car si l'infection syphilitique peut être invoquée comme cause de l'épilepsie dans des cas tels que les nôtres, le problème s'étendrait à la possibilité d'une démence précoce d'origine syphilitique.

©BIUM

Discussion

M. Dupouy. — Les relations de l'épilepsie et de la syphilis sont à mon avis des plus étroites, et j'estime que la très grande majorité des épileptiques dits constitutionnels ou essentiels sont des hérédo-syphilitiques, à la première ou parfois à la deuxième génération. Toutefois, la réaction de Bordet-Wassermann est habituellement absente chez eux. Il n'y a pas lieu d'attacher à ce fait une grande importance. Nous avons constaté, en effet, dans le service de Prophylaxie mentale de M. Toulouse qu'un certain nombre de malades atteints d'une affection incontestablement syphilitique du système nerveux, telle par exemple qu'un tabès, présentaient un B.-W. négatif dans le sang et dans le L. C.-R., alors qu'au contraire la réaction de flocculation s'affirmait positive.

M. Chaslin dit avoir vu à Bicêtre 3 ou 4 « déments précoces » qui avaient eu ou avaient des crises à apparence épileptiques en même temps que le trouble mental s'était installé. C'était donc différent du cas de la jeune fille d'abord épileptique puis exclusivement démente. A la Salpêtrière, il n'a plus retrouvé de cas analogues à ceux de Bicêtre.

M. Marchand. — Je suis complètement de l'avis de M. Dupouy, et je vais même plus loin. Je n'attache aucune importance à une réaction de Wassermann négative et, dès que je soupçonne la syphilis dans la pathogénie de troubles nerveux, j'institue le traitement spécifique. D'ailleurs, chez les sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique qui se présentent à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale, la réaction de Wassermann et la réaction de floculation sont négatives, même chez des enfants présentant des stigmates d'hérédo-syphilis.

©BIUM

Hallucinations gullivériennes et dysthyroïdie

Par Roger DUPOUY et Paul SCHIFF

Nous avons l'honneur de soumettre à la Société Médico-psychologique les observations de deux malades examinées au Dispensaire de Prophylaxie mentale du Dr Toulouse. Ces malades ont présenté un syndrome hallucinatoire d'un type particulier, et dont nous n'avons pu retrouver la description exacte dans les traités spéciaux ni dans les comptes rendus des diverses sociétés psychiatriques et psychologiques. C'est un syndrome qui se rattache en partie à celui que M. Raoul Leroy a isolé sous le nom d'hallucinations lilliputiennes (1) ; il en diffère par la co-existence dans l'espace et dans le temps d'images hallucinatoires gigantesques associées aux images minuscules. Si l'on veut, à la suite de M. Leroy, le désigner par un terme emprunté au livre de Swift, il faudrait donc le dénommer « syndrome d'hallucinations brobdingnaco-lilliputiennes » ; pour des raisons de brièveté et d'euphonie, nous vous proposons de parler, plus simplement, d'*hallucinations gullivériennes*.

OBS. I. — Mme B..., âgée de 26 ans, vient au Dispensaire de Prophylaxie mentale en mai 1923 pour des maux de tête, localisés dans la région frontale surtout, des bouffées de chaleur, des crises sudorales, un état de continuel « énervement », de l'inquiétude sans raison, des chants, des rires, des pleurs immotivés.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne présentent rien que de banal. Il y a six ans, elle a eu un goître exophtalmique avec exophtalmos unilatéral de l'œil gauche. Cet accès de Basedow aurait eu une origine émotive, selon les dires de Mme B... ; en réalité, il apparut quatre mois après une émotion minime. La malade devint de plus en plus nerveuse, ne se plaisait nulle part, était maladroite. A ce moment « rien ne lui pesait dans les

(1) *Société Médico-Psychologique*, juillet 1909, et *Monde médical*, 15 avril 1922 (Bibliographie).

©BIUM

mains, elle casse tout ». Un matin, l'œil gauche est gros, sa mère lui dit : « Ton œil va tomber dans ton assiette », cet œil ne se fermait même pas pendant la nuit. Puis le cou enfle, les mains se mettent à trembler, elle sent son cœur battre à coups précipités dans la poitrine. Mme B... fut traitée à l'hémato-éthyroïdine, dont elle prit une dizaine de flacons. Les phénomènes d'hyperthyroïdie régressèrent en deux ou trois mois. La malade, d'origine normande, a fait cet accès de Basedow dans l'Eure.

Depuis elle s'est mariée, a eu deux grossesses rapprochées. Ses enfants sont bien portants. Astreinte récemment à un surmenage intense par la mobilisation de son mari, elle a fait une nouvelle poussée basedowienne. Actuellement la malade ne présente pas d'exophtalmos, mais elle a, outre les phénomènes subjectifs pour lesquels elle vient consulter, un Græfe et un Stellwag positifs et de la lagophtalmie à gauche, un goître pulsatile très apparent, du tremblement et de la tachycardie (120). Elle est anxieuse. fond en larmes pendant l'interrogatoire. Elle est en proie à des obsessions-impulsions, se sentirait poussée malgré elle à tuer son mari, qu'elle aime beaucoup. Un jour, elle est allée jusqu'à ouvrir le tiroir où celui-ci dépose son rasoir ; elle a refermé ce tiroir rapidement et sans saisir l'instrument. Elle a maigri. Ses réflexes sont d'une vivacité exagérée. Son métabolisme basal est fortement augmenté, 53 calories au lieu de 39, chiffre normal (1), le réflexe oculo-cardiaque, inscrit au polygraphe de Boulitte, a une tendance à l'inversion. Sa dernière grossesse a été gémellaire, mais bi-vitelline ; le Wassermann du sérum est d'ailleurs négatif chez elle, ainsi que la réaction de floculation.

Cette malade nous rapporte spontanément des phénomènes oniriques assez curieux. Elle a, avant de s'endormir, des hallucinations d'un type spécial. Les murs de sa chambre s'agrandissent infiniment et elle y voit circuler une foule d'individus, les uns très grands, les autres minuscules. Les géants ont de 6 à 7 mètres de haut, les nains ont une taille presque lilliputienne, 25 à 30 centimètres, d'après l'objet qu'elle nous montre en comparaison. Les personnages de grande taille sont des êtres allongés, maigres, barbus, vêtus « comme tout le monde », sans cou-

(1 Mlle Suzanne Bernard a bien voulu se charger de déterminer, dans le service du Prof. Claude, le taux du métabolisme basal chez cette malade et chez la suivante. Nous lui en exprimons nos meilleurs remerciements.

©BIUM

leurs éclatantes ou spécialement sombres. Les petits sont « boulots », habillés « comme son mari » et sans couleurs vives également, coiffés de casquettes ou de chapeaux ronds. « Ce ne sont pas des clowns. »

Tout ce monde circule et se promène, il grouille, « les petits filent devant, glissent entre les jambes des grands ». La malade prétend avoir conscience de l'irréalité du phénomène et pourtant, si les « grands bonshommes » ne lui font pas peur, les « petits » lui inspirent un tel dégoût et une telle crainte qu'elle pousse des cris, se réveille de son demi-sommeil, se fait rassurer par son mari. Elle s'endort ensuite tranquillement.

La pathogénie de ces hallucinations demeure, dans le cas particulier, assez obscure. La malade ignore les « Voyages de Gulliver », n'a pas lu de contes de fées, prétend-elle, ni d'histoires où paraissent des lutins ou des farfadets. Il y a une dizaine d'années, elle était fillette, sa mère lui refusa, malgré ses prières, de lui laisser voir un géant qu'on exhibait dans une fête villageoise : elle avait beaucoup désiré voir ce géant. Par contre, elle a aperçu, il y a quelque temps, dans une foire, des nains qui lui ont causé un profond dégoût. Nous n'avons pu, chez cette cliente de consultation, approfondir beaucoup les éléments subconscients. La malade se déclare très heureuse en ménage, sans aucune déception d'ordre sentimental ou sensuel ; elle est une mère très attachée à ses enfants. Depuis une quinzaine de jours, d'ailleurs, époque où le retour de son mari lui permit de quitter son travail d'usine, ses hallucinations ont disparu.

Signalons encore qu'à sa première grossesse, il y a 2 ans, elle présenta également, au cours d'un séjour à l'hôpital, des phénomènes hypnagogiques, mais d'un type très différent. Elle revoyait avant de s'endormir les événements de la journée, et d'une manière conforme à la vérité : « la bande à Rigadin » défilait devant son lit, lui faisait peur. La « bande à Rigadin », c'étaient le Dr Bouffe, médecin-accoucheur de St-Antoine, ses internes, ses externes et surtout les stagiaires, qui apprenaient sur son abdomen découvert les éléments de l'obstétrique.

Obs. II. — Mme C..., 26 ans, a eu un enfant il y a 15 mois. Dès le début de sa grossesse, elle a présenté un petit goître qui, par la suite, s'est développé davantage et se montre plus volumineux au moment des époques menstruelles. Depuis environ 10 mois elle a maigri, malgré la

©BIUM

cessation de l'allaitement et le repos, et se plaint de différents troubles : mauvaises digestions, insomnie, battements de cœur, tressautements des paupières, etc. Le corps thyroïde est nettement hypertrophié, les battements du cœur très accusés, les mains moites et agitées d'un tremblement caractéristique. Pas d'exophtalmie, mais de la tachycardie (108). Les réflexes tendineux sont vifs ; le R. O.-C. faible (hypovagotonie), le métabolisme basal normal (37 calories au lieu de 39). Il existe enfin de la ptose gastro-colique, confirmée à l'examen radiographique, et un point douloureux d'appendicite chronique.

En l'interrogeant sur son sommeil, nous obtenons les confidences suivantes : avant de s'endormir, elle se sent gênée, oppressée, anxieuse ; elle voit à ce moment un « tout petit bonhomme » qui grossit, grossit et devient « comme un géant ». Il flotte dans l'espace. Elle se rend compte que cette image est irréelle, ne s'en affecte pas et s'endort généralement aussitôt après. Le « bonhomme », successivement nain, puis géant, a une grosse tête, un gros buste, de toutes petites jambes. Il n'offre aucune ressemblance avec des personnes connues du sujet, mais au contraire avec certains dessins qu'elle avait vus au musée Victor-Hugo, place des Vosges. Il est habillé de sombre et paraît suspendu dans l'espace au milieu duquel il flotte.

Voici comment la malade nous expose par écrit ce qu'elle éprouve. « Il m'arrive assez fréquemment de commencer à rêver avant même d'être endormie. Après une grande fatigue cérébrale et physique, lorsque je m'étends dans l'obscurité et ferme les yeux pour forcer mon esprit au repos et au sommeil, je commence par voir rouge, et puis noir. Puis j'aperçois une petite figure des dimensions de ma pupille, dont j'essaie de chasser l'image. Mais au contraire elle prend des proportions énormes, très vite, quoique graduellement. Bientôt, elle est si immense et si obsédante que j'ouvre grands mes yeux pour ne plus la voir. C'est surtout très fatigant, car avec l'image de ce petit bonhomme qui grandit démesurément ma pupille me fait l'effet de s'élargir en même temps, tant que j'ai l'impression que mes yeux sortent de leur orbite. J'ouvre les yeux grands et tâche de m'accoutumer à l'obscurité, et l'image disparaît bientôt. »

« J'ai souvent l'impression, lorsque je me couche et m'endors dans une mauvaise position, que je tombe dans un gouffre. Je me cramponne et me réveille avec de vio-

©BIUM

lents battements de cœur. Je rêve parfois, plus rarement depuis quelques mois, que je m'élève dans l'air, avec ou sans ailes. Je me vois également descendre les escaliers sans effleurer les marches de mes pieds, en glissant le long de la rampe. Lorsque j'étais enceinte, j'entendais assez souvent la voix de mon enfant, ce qui me réveillait. »

Cette voix de l'enfant lui paraissait sortir du ventre, au point que Mme C... nous dit : « la petite criait dans mon ventre ». Elle l'entendait le matin, immédiatement avant le réveil (hallucinations du réveil s'opposant aux hypnagogiques). Cela ne lui était point désagréable, mais la réveillait.

Il est à noter que la malade reconnaît avoir toujours été de nature émotive et inquiète, et que dans son enfance, c'est-à-dire avant le développement de son syndrome basedowien, elle rêvait d'anges flottants et présentait ces mêmes hallucinations hypnagogiques du type gullivérien que nous venons de rapporter. Mais nous savons que, longtemps avant les premiers signes d'hyperthyroïdie, se manifestent des troubles particuliers, irritabilité de l'humeur, nervosité extrême du caractère, tremblement, palpitations, crises sudorales, sensation d'hyperthermie et d'angoisse, cauchemars et terreurs nocturnes, etc..., dont l'origine sympathique est aujourd'hui discutée, sinon admise de tous. Notons, car nous aurons à y revenir, sa déclaration qu'elle aussi est parfaitement heureuse en ménage à tous les points de vue.

⁂

Comme on peut voir, ces deux observations offrent entre elles des points communs et des dissemblances. Occupons-nous tout d'abord de ces dernières.

Les images mentales de la seconde malade, Mme C., sont de type nettement hypnagogique : elles apparaissent quand le sujet est près de s'endormir, et leur disparition coïncide avec l'installation du sommeil véritable. C'est pour cette raison, croyons-nous, que ces hallucinations n'ont pas les caractères attribués par Leroy, dans la description classique qu'il en a faite, aux hallucinations lilliputiennes : hallucinations mobiles, colorées, généralement multiples, s'accompagnant d'un état affectif agréable. On comprendrait

©BIUM

mal en effet que des hallucinations remarquablement mobiles, animées, et de couleurs éclatantes, ne donnassent pas lieu à des réactions, ou tout au moins à des impressions propres à fixer davantage sur elles l'attention du sujet et par conséquent à faire fuir son sommeil. C'est ce qui se passe en effet chez les malades présentant des hallucinations lilliputiennes du type de M. Leroy : ils ne s'endorment qu'après avoir chassé, d'un effort volontaire, ces images hallucinatoires ou, au contraire, s'éveillent en les voyant apparaître. Tout autres sont les hallucinations qui précèdent immédiatement le sommeil (anges flottants par exemple ou bonshommes de taille progressivement croissante) ; elles s'accordent avec la quiétude et l'émoussement de l'excitabilité sensorielle nécessaires à l'endormissement. Les hallucinations hypnagogiques vraies sont ternes, grises, immobiles ou flottantes, de tonalité affective neutre ; elles sont fréquemment de grandeur progressivement croissante jusqu'à atteindre au gigantisme, le sommeil se produisant au moment précis où l'image démesurée semble pénétrer dans la personne du sujet, se confondre avec lui.

Les hallucinations de la première malade ont un caractère différent ; ce sont des images de tonalité peu accusée elles aussi, mais surtout très mobiles et « grouillantes ». Leur impression sur la malade est pénible ; elles provoquent le réveil, ce sont des hallucinations visuelles comparables aux hallucinations auditives de la seconde malade : hallucinations « égertiques » (1), pourrait-on dire, en les opposant aux hallucinations hypnagogiques. Chez Mme B., ces visions fourmillantes empêchent la malade de s'endormir, l'effraient ou la tirent en sursaut du demi-sommeil où elle était plongée ; elle ne s'endort qu'après leur disparition.

⁂

(1) De ἔγερσις, réveil.

©BIUM

L'imagerie mentale de ces deux malades offre par contre un certain nombre de points communs, que nous demandons la permission d'examiner méthodiquement.

Et tout d'abord, quant à la définition de ces images, nous pensons qu'elles doivent bien être qualifiées d'hallucinations. Nos deux malades sont d'accord pour nous dire, d'une part, qu'elles sont le plus souvent consciente de l'irréalité de leurs visions, ressenties dans un état de somnolence qui n'est pas le sommeil complet, mais, d'autre part, qu'elles éprouvent à les subir un sentiment pénible, allant, chez la première, parfois jusqu'à la terreur et aux cris : c'est là un nouvel exemple que les distinctions établies par quelques auteurs entre les hallucinations vraies et ce qu'ils appellent les pseudo-hallucinations sont souvent bien artificielles.

Pour ce qui est du caractère clinique de ces hallucinations, elles sont, chez les deux malades, des hallucinations « gullivériennes » : on a décrit les hallucinations gigantesques (Mignard) (1), les hallucinations lilliputiennes (Leroy). Nous n'avons pas trouvé mention jusqu'ici d'hallucinations simultanément colossales et minuscules.

Au point de vue du mécanisme psychologique de ces hallucinations, nos cas ne coïncident pas avec certaines interprétations des auteurs qui ont signalé des phénomènes analogues. M. Salomon, par exemple, admet que l'hallucination lilliputiennes est due au contraste d'une image mentale petite opposée à la perception d'une chambre de grandeur normale, bornée par quatre murs réels : son explication ne saurait s'appliquer à notre première malade, qui voyait au cours de ses hallucinations sa chambre s'agrandir jusqu'à l'infini. Pour M. Leroy (2), les hallucinations lilliputiennes seraient une réminiscence d'images enfantines conservées dans les profondeurs du subcons-

(1) *Société Médico-Psychologique*, 24 Avril 1922.
(2) *Journ. of nervous and mental Diseases*, Octobre 1922.

cient (contes de fées). La malade n'éprouverait pas d'angoisse ni de peur, parce que c'est son inconscient qui « s'amuserait » comme autrefois l'enfant. Or, nos deux malades, au contraire, ont éprouvé de la peur et la première, plus particulièrement, a eu peur des petits bonshommes. M. Leroy voit en somme, dans ces phénomènes, une sorte de retour aux imaginations enfantines. On sait que Freud a construit toute une théorie basée essentiellement sur une telle « régression infantile » ; et il est de fait que, pour un freudiste orthodoxe, les sensations de planement (Freud, Steckel, etc.), les rêves de petits gnômes progressivement agrandis jusqu'au gigantesque ne sauraient avoir qu'une signification érotique. Cette signification est, pour les hallucinations que nous rapportons, rien moins qu'évidente. Les rêves gullivériens surviennent, comme nous avons pu nous en assurer, également chez de tout jeunes enfants, encore ignorants des réalités sexuelles ; même ceux-là qui inclineraient à faire jouer un grand rôle à la sexualité inconsciente de l'enfant ne pourront admettre que celui-ci ait à refouler dans son inconscient des images que sa conscience claire ignore. Il est possible qu'une psychanalyse approfondie nous eût renseignés sur l'origine de ces hallucinations chez nos deux malades. Nous n'avons ni pu ni voulu leur imposer, dans un seul but de recherche, l'ébranlement psychique que constitue toute psychanalyse.

A défaut du mécanisme, en effet, la commune étiologie des hallucinations gullivériennes chez ces deux malades nous est connue. Le syndrome en est apparu chez elles au cours d'une poussée indubitable de Basedow. Dans le premier cas, il s'est agi d'un accès de basedowisme aigu ; le second cas a présenté une dysthyroïdie latente ancienne avec exacerbation récente, due très probablement à une grossesse. Cette apparition d'un syndrome hallucinatoire au cours d'un état thyroïdien est évidemment plus qu'une coïncidence. L'origine toxique ou toxi-infectieuse des hallucinations est bien connue, comme d'autre part

©BIUM

la fréquence des désordres mentaux au cours du goître exophtalmique. Cete dernière notion est actuellement admise partout ; nous rappellerons, sans y insister, les travaux de Ball, de Joffroy, de Raymond et Sérieux, de Régis, de Laignel-Lavastine. A l'émotivité extrême, à l'irritabilité, à l'instabilité mentale qui constituent le fonds même du syndrome psychique dans cette maladie, peuvent s'associer des troubles mentaux plus graves : obsessions, impulsions, accès de manie aiguë, délire hallucinatoire à type hypnagogique ou onirique, et la fréquence de tels signes est si grande que Dutil a pu dire : « Il n'existe pas de maladie de Basedow sans troubles psychiques » (1). Nous ne voulons pas, à propos de deux malades, soulever les questions si complexes des rapports entre les troubles endocriniens et les troubles du sympathique d'une part, entre le déséquilibre sympathique et l'émotivité ou la propension aux images hallucinatoires d'autre part. Nous nous contenterons de signaler que M. Leroy considère les auto-intoxications comme une des causes de son syndrome hallucinatoire à type lilliputien ; nous conclurons que nos deux cas de syndrome gullivérien doivent être, eux aussi, rapportés à une auto-intoxication d'origine dysthyroïdienne.

L'intoxication endogène, voilà le fait qui nous paraît importer le plus dans nos deux cas. Non seulement elle les a suscités, mais encore elle a donné à l'hallucination son caractère propre. Cette intoxication hallucinogène devait être peu profonde, la fugacité des phénomènes en témoigne. L'absence de coloris, les couleurs sombres présentées par les hallucinations de nos malades sont en rapport sans doute avec une faible imprégnation thyroïdienne : on sait que, de même, dans le délire hallucinatoire d'origine alcoolique, la vivacité des hallucinations est en fonction de la plus ou moins forte imprégnation toxique causée par l'alcool.

⁂

(1) in *Traité de Pathologie mentale*, de Gilbert Ballet, p. 1309.

©BIUM

Signalons pour terminer que nous nous sommes demandés si des phénomènes de ce genre avaient par hasard incité Swift à écrire son célèbre livre. On sait que Swift, névropathe durant toute sa vie, finit dans la démence. Mais nos recherches dans la correspondance et les biographies du Doyen Swift n'ont abouti à rien qui pût appuyer cette hypothèse. Les « Voyages de Gulliver » sont un pamphlet politique, écrit de façon très délibérée, après maintes discussions dans un cénacle littéraire dont faisaient partie Pope, Gay, Bolingbroke. Swift, pour la composition de son livre, s'est ouvertement inspiré des conteurs arabes, de Rabelais et surtout des « Voyages extraordinaires aux pays de la Lune et du Soleil », de Cyrano de Bergerac (1). Rien ne permet de croire que des hallucinations gullivériennes aient joué un rôle quelconque dans la genèse des « Voyages à travers plusieurs nations éloignées du globe, par M. Lemuel Gulliver, d'abord chirurgien, puis capitaine à bord de plusieurs navires ».

M. Chaslin demande quelle durée peuvent avoir les hallucinations. Il se demande quelles relations peuvent exister entre ces hallucinations, les hallucinations qui se produisent au début du sommeil et les secousses bien connues qui réveillent le dormeur.

Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'épiptoïdie)

Par Françoise Minkowska

« Les recherches sur l'hérédité et la biologie des races, dit le prof. Lundborg d'Upsala (2), doivent

(1) Cf. Pietro Toldo. — Les voyages merveilleux de Cyrano de Bergerac et de Swift et leurs rapports avec l'œuvre de Rabelais. *Revue des Etudes Rabelaisiennes*, 1907, 4e et 5e année, 4e et 1re fascicules.

(2) H. Lundborg. — Rassen u. Gesellschafts probleme in genetischer u. medizinischer Beleuchtung Hereditas, I, 1920.

©BIUM

faire la lumière dans les ténèbres de notre science. Les savants des laboratoires et les cliniciens étudient uniquement les individus malades, isolés de la souche familiale, à laquelle ils appartiennent ; ils n'apprécient pas d'habitude, de ce fait, à sa juste valeur, l'importance de l'hérédité et de la constitution. L'hérédité est le fil conducteur qui traverse tout ce qui est vie et est d'une importance capitale aussi bien pour la biologie que pour la médecine. C'est en comparant entre eux les individus normaux et malades, ainsi que les diverses souches du même arbre généalogique, qu'on parvient à faire ressortir les chaînes de cause à effet d'une façon bien plus nette qu'à l'aide des méthodes de laboratoire et de clinique. » J'ajoute que les paroles éloquentes du savant suédois que je viens de citer concernent les problèmes de la prédisposition pour la tuberculose, mais elles se laissent appliquer à bien d'autres problèmes similaires ; nous ne manquerons pas à en tirer profit dans le domaine des maladies mentales.

En prenant comme base une enquête concernant deux familles de cultivateurs suisses du canton de Zurich, je voudrais montrer comment le fil conducteur de l'hérédité traverse 7 générations, relie les souches différentes de la même famille, montre les liens qui existent entre les individus malades et les caractères anormaux et normaux, appartenant au même arbre généalogique, et comment il fait ressortir les traits essentiels des entités nosographiques.

Cette enquête avait été commencée en 1912 en Suisse et suivie jusqu'en 1915. Elle fut interrompue pendant la guerre. C'est grâce à l'initiative du prof. Bleuler et à l'appui de la Fondation de Jules-Klaus pour l'étude de l'hérédité, de l'anthropologie sociale et de l'hygiène des races, que nous avons eu la possibilité, le Dr Minkowski et moi, de reprendre l'enquête et de l'approfondir davantage.

Les deux familles en question ont été étudiées à partir de la deuxième moitié du XVIIIe siècle jusqu'à nos jours.

©BIUM

L'enquête a porté non seulement sur les malades mais aussi sur tous les individus sains d'esprit, en sorte qu'elle concerne près de 1.000 personnes. C'est dire que la majeure partie du travail a été faite en dehors de l'asile, dans les villes et les villages suisses où siègent les membres des familles étudiées.

Dans une communication présentée à la Société Méd.-Psych. au mois de mars 1920 (1) nous avons indiqué la méthode employée et discuté les problèmes multiples que cette enquête avait suscités. Je n'y reviens donc plus aujourd'hui.

J'indiquerai seulement en quelques mots quel a été notre point de départ.

Deux malades, le frère et la sœur F..., avaient été internés à plusieurs reprises à l'asile de Zurich ; il s'agissait dans les deux cas d'une forme atypique de schizophrénie ; la maladie évoluait par accès, dans lesquels se retrouvaient des caractères maniaco-dépressifs ; d'autre part, malgré la longue durée, les signes de démence schizophrénique étaient peu accusés.

Le prof. Bleuler avait émis l'hypothèse que cette forme atypique aurait pu être déterminée par une hérédité convergente : folie maniaque-dépressive d'un côté, schizophrénie de l'autre ; c'est dans ce sens que furent orientées les recherches ; l'hypothèse émise ne s'est pas cependant confirmée : dans la famille du père (qui était également interné à l'asile à cause d'un état dépressif à l'âge de 52 ans) on trouvait des cas de schizophrénie ; dans la famille de la mère (qui était une épileptique) il y avait surtout des cas d'épilepsie.

En poursuivant ces recherches, j'ai pu remonter jusqu'aux ancêtres des deux familles qui vivaient dans la deuxième moitié du XVIII[e] siècle, et dont l'un

(1) Françoise MINKOWSKA et E. MINKOWSKI. — Famille B. et famille F. *Annales Médico-Psychologiques*, Juillet-Août 1920.

Les résultats ultérieurs ont été publiés dans l'article : Françoise Minkowska et Eugène Minkowski : Les problèmes de l'hérédité des maladies mentales basés sur l'étude psychiatrique et généologique de deux familles. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie.* Vol. XII, fasc. 1, Zurich, 1923.

©BIUM

(F) était aliéné (irrsinuig), tandis que l'autre (B) était épileptique. Toute la descendance de ces deux malades fut ensuite étudiée.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai pu récemment compléter ces recherches.

Pendant l'intervalle de 1915-1922, notre science a réalisé de nouveaux progrès ; c'est ainsi qu'aux problèmes déjà étudiés antérieurement, comme ceux concernant la loi de Mendel, la dégénérescence et la régénérescence progressive (les moyens de défense naturelle contre la propagation des maladies mentales), la similarité, l'anticipation, les psychoses associées, etc., des problèmes nouveaux vinrent se joindre ; parmi ceux-ci, une place importante revient aux questions touchant aux caractères anormaux et normaux, dans leurs rapports avec la forme prédominante de la psychose dans la famille étudiée ; c'est de cette question que je voudrais parler aujourd'hui.

Le travail important de Kretschmer : « Structure du corps et caractère » (1) traite de ces questions, surtout en ce qui concerne la folie maniaque-dépressive et la schizophrénie ; M. Bleuler, à la suite de ce travail, introduit les notions de schizoïdie et de syntonie (2) qui ont été l'objet d'une communication à la Soc. Médico-Psych. dans la séance du mois de décembre 1922 (3). Ces travaux ont déterminé les lignes directrices de nos recherches.

Les notions de syntonie et de schizoïdie se montrèrent appropriées aux faits étudiés.

Quand il s'est agi de préciser les caractères dans la famille F..., c'est-à-dire dans la famille des psychoses schizophréniques, elles se sont montrées bien plus riches et maniables que celles d'introversion et d'extroversion, employées antérieurement ; elles nous ont permis de dépasser de beaucoup la caractéris-

---

(1) KRETSCHMER. — « Körperbau und Charakter », 1922.

(2) E. BLEULER. — Die Probleme der Schizoidie u. der Syntonic. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 88 Heft 4/5.

(3) E. MINKOWSKI. — Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich. *Annales Médico-Psych.*, 1923.

©BIUM

tique générale que nous avions donnée en 1920 du type F... Une différenciation bien plus subtile devient possible grâce à ces notions, elles ne semblent pourtant pas pouvoir épuiser les problèmes des caractères normaux et anormaux ; nous nous en apercevons dès que nous essayons de dégager les traits essentiels du type B., c'est-à-dire de la famille aux psychoses épileptiques ; nous nous trouvons en présence de faits psychologiques qui ne se laissent pas subordonner aux deux notions dont nous venons de parler.

Ces faits semblent constituer une entité indépendante qui doit être ajoutée aux précédentes ; nous proposons pour elle provisoirement, ne trouvant pour l'instant mieux, le nom d'épileptoïdie. Nous ne pouvons pas employer la dénomination plus simple : caractère épileptique, parce que cette expression sert à désigner les troubles permanents qu'on constate parfois à la suite ou simultanément avec des accidents comitiaux. Moi, par contre, j'ai en vue les traits essentiels du caractère que j'ai observé, même chez les individus normaux de la famille B., en dehors de toute manifestation de l'épilepsie clinique.

Comment pouvons-nous caractériser l'épileptoïdie ? Avant de formuler les conclusions, je voudrais indiquer la voie par laquelle j'y ai été amenée.

C'est en comparant les deux familles F. et B. aussi bien du point de vue individuel que dans leur ensemble que j'ai pu constater une différence importante. Cette différence s'accentuait de plus en plus, au fur et à mesure que le nombre d'observations devenait plus grand et que j'essayais de pousser plus à fond l'analyse des caractères.

En ce qui concerne la famille F., nous mentionnions déjà en 1920 l'existence de caractères anormaux et insistions sur leur ressemblance, ressemblance qui frappait même l'entourage ; il s'agissait d'individus bizarres, sombres et silencieux, méfiants, avec tendance à l'isolement.

Nos recherches récentes nous ont permis de développer encore davantage les données touchant aux

©BIUM

caractères dans la famille F., le tableau devenait plus riche et plus varié.

Nous y trouvons des « maniaques », sombres, renfermés et méfiants, qui fuient le contact avec l'ambiance ; des individus agressifs et querelleurs, se montrant hostiles à l'égard de tout le monde et ne se prêtant pas de ce fait à l'interrogatoire ; puis des gens qui, sous un aspect aimable, sont faux, ensuite des instables, qui se déplacent souvent, changent constamment de profession et négligent leurs devoirs envers leur famille, ou encore des débiles alcooliques qui ont une attitude associale ; d'autres membres de la famille réussissent dans la vie, grâce à leur énergie, ténacité et initiative, mais ensuite, à cause de leur orgueil et de leur vanité, se détachent entièrement de leur famille ; certains, enfin, sont des gens passifs, qui se détournent de la réalité, s'enfoncent de plus en plus dans un monde imaginaire et s'en vont à la dérive.

Dans une autre branche de la famille F., la plupart des membres voient tout en grand ; ils aiment l'éclat et cherchent à être remarqués. Père et fils abandonnent la culture, se déplacent beaucoup, font des affaires ; ce qui les attire, ce n'est pas tant la perspective de bénéfices que l'envergure de ce qu'ils entreprennent. Tante et nièce ne portent plus le costume paysan ; parmi la jeunesse du village aucun n'est assez bon pour elles ; elles choisissent leurs maris en dehors de leur milieu de cultivateurs et se laissent guider dans leur choix par des facteurs extérieurs, par ce qui brille et éblouit ; elles choisissent toutes les deux mal et finissent misérablement. C'est ainsi que les membres de ce groupe, malgré qu'ils soient loin de vouloir s'isoler, ne méritent pas au fond le nom de « syntones » ; ils sont tout le temps en opposition avec leur milieu, on ne les aime pas, on ne compatit pas avec eux quand ils essuient un échec, on les blâme, au contraire, et on leur reproche leur vanité.

C'est ainsi que, parmi cette diversité apparente,

©BIUM

nous retrouvons dans la famille F., comme trait prédominant, l'incapacité de vibrer à l'unisson avec l'ambiance. Ce sont des caractères schizoïdes.

Que trouvons-nous par contre dans la famille B ? De braves gens, pour la plupart des cultivateurs, qui sont attachés au sol natal, qui travaillent consciencieusement, qui sont bienveillants, accueillants, qui donnent facilement des renseignements ; ils se ressemblent tous beaucoup, ils n'ont rien de bien saillant dans leur façon d'être ; une impression de monotonie, d'uniformité se dégage tout d'abord de toute la famille, c'est pour cette raison que nous n'avons pas même mentionné dans notre communication de 1920 l'existence d'un type spécial dans la famille B.

Cependant, dès 1913, sur ce fond gris et uniforme, un membre de la famille attira plus particulièrement notre attention, c'était un certain Rodolphe B.

Etant jeune, il s'en alla dans le Tirol et devint là-bas contremaître dans une usine.

Sa famille disait de lui qu'il était très émotif, exubérant dans l'exprcssion de ses sentiments, oscillant souvent entre la dépression et l'exaltation, qu'il aimait lire, surtout les poètes, qu'il s'intéressait beaucoup aux problèmes d'ordre élevé. On mentionnait enfin qu'ébranlé par la maladie de sa femme, il fut interné pendant quelque temps dans un asile du Tirol. D'après cette description, on pouvait penser à un cas de cyclothymie. Le désir de trouver enfin un représentant de la psychose maniaque-dépressive était tellement vif (il ne faut pas oublier qu'au début de l'enquête le problème posé se rapportait à l'hérédité convergente, schizophrénie d'un côté, folie maniaque-dépressive de l'autre et orientait les recherches dans cette direction) que nous allâmes dans le Tirol.

Dans un village éloigné, dans les montagnes, nous trouvons Rodolphe B.

Il nous reçoit avec une certaine réserve et méfiance ; petit à petit, sous l'influence de souvenirs évoqués, il se laisse entraîner dans une conversation ; ceci une fois fait, il ne s'arrête plus, il continue à parler, s'attardant

©BIUM

aux détails, sans se laisser distraire par les excitations venant du dehors ; le sujet de ce récit est sa propre personne ; en prenant congé, il serre la main d'une façon collante et semble ne pas pouvoir se séparer de nous.

Nous le revoyons le lendemain ; il ne reste plus la moindre trace de méfiance, quoiqu'il connaît maintenant le but de notre voyage, il nous parle de sa vie, de ce qu'il a eu à endurer, étant le seul protestant dans un village catholique, décrit d'une façon un peu confuse le contenu de ses rêves, raconte ses visions, auxquelles il attribue une importance prophétique, et mentionne une maladie nerveuse qui l'a conduit à la clinique psychiatrique d'Innsbruck.

Au cours de la conversation, l'émotion le gagne, il parle avec attendrissement du village natal, de sa famille. Au moment de notre départ,, il a des larmes aux yeux et il nous fait des adieux comme si nous étions ses parents.

Cette attitude porte le cachet du caractère épileptique. L'observation qui nous fut envoyée de l'asile d'Innsbruck, avec le diagnostic « amentia », contenait une description détaillée d'un syndrome qui rappelait tout à fait un état crépusculaire d'origine épileptique et dans les antécédents étaient mentionnées : l'irritabilité, l'impulsivité, les colères violentes et la labilité d'humeur du malade. L'espoir de trouver enfin un cas de cyclothymie typique s'évanouissait de nouveau.

Quand, en 1922, nous reprîmes notre travail, nous nous intéressâmes bien davantage à la famille B. ; nos relations avec les membres de la famille furent bien plus suivies. Le problème de la transmission héréditaire de l'épilepsie nous tentait beaucoup.

Nos recherches étaient favorisées par les conditions suivantes :

La plupart des B. habitent le même village, s'intéressent beaucoup à l'arbre généalogique et au but de notre travail ; ils sont bien plus accessibles que la plupart des membres de la famille F. ; ceux-ci avaient souvent vis-à-vis de nous une attitude hostile.

©BIUM

Même les types schizoïdes de la famille B., s'ils se montraient renfermés et quelquefois pas très accueillants, différaient sensiblement des caractères anormaux de la famille F. : on parvenait à établir un contact plus intime avec eux grâce à un intérêt marqué de leur part pour les idées élevées, comme par exemple les problèmes moraux et religieux, le dévouement et la mission du corps médical, etc.

C'est ainsi que la monotonie et uniformité primitives des B. disparurent progressivement et qu'un tableau vivant se dressa devant moi. Ce tableau différait cependant sensiblement de celui de la famille F.

J'essaierai de préciser ces différences. Si nous remontons jusqu'aux ancêtres des deux familles, nous les trouvons vivant dans des conditions tout à fait semblables. Ils appartiennent tous les deux à la même génération : l'ancêtre F. était né en 1757, l'ancêtre B. en 1761. Tous les deux étaient cultivateurs, leurs propriétés étaient éloignées de 3 km. Nous ne savons évidemment rien sur leurs caractères ; ce qui importe, c'est qu'ils étaient malades tous les deux. F. était un aliéné et B. un épileptique, ici réside la différence entre ces deux individus ; cette différence est transmise à leur descendance et vient se refléter chez celle-ci, non seulement dans les traits essentiels des troubles mentaux et des caractères anormaux, mais encore dans toute l'évolution et dans les destinées de ces deux familles.

Pour faire mieux ressortir cette différence, nous comparerons les familles F. et B. en ce qui concerne 1) l'intensité de procréation ; 2) le lieu de résidence ; 3) la profession ; 4) les rapports avec la famille et les différences sociales ; 5) les tempéraments.

1) Globalement, les familles F. et B. sont presque aussi nombreuses l'une que l'autre ; mais, dans la famille F., il existe une différence notable dans le nombre des descendants de chaque branche ; tandis que pour l'aîné des fils de l'ancêtre F. nous trouvons le chiffre de 340 personnes, la descendance de ses deux filles cadettes est représentée par 10 et 16 indi-

©BIUM

vidus, de sorte que ces branches sont en voie de disparition ; des différences aussi grandes entre les diverses branches n'existent pas dans la famille B.

2) La descendance de la famille F. s'est éloignée de son village natal et même du canton de Zurich ; nous la trouvons disséminée dans les autres cantons — Bâle, Berne et Grison ; il y a des branches entières qui ont émigré en Amérique. Leur ferme est vendue, quoique le dernier propriétaire avait 3 fils mais aucun ne voulait rester sur place et aucun n'est resté cultivateur.

Au contraire, la majeure partie des B. se trouve toujours dans le même village ; s'ils s'en vont, ils cherchent à y revenir ; quelques-uns seulement sont partis pour l'Amérique.

3) En ce qui concerne la profession, pas mal de F. sont restés cultivateurs, mais il y en a beaucoup qui sont devenus ouvriers, commerçants, employés ; on les retrouve aussi dans les carrières libérales, comme techniciens, ingénieurs ; les instituteurs sont rares.

La plupart des B. continuent à cultiver la terre et ils aiment leur travail ; s'ils quittent la terre, c'est pour devenir avant tout instituteurs et, dans ce domaine, ils atteignent parfois un échelon supérieur. Les ouvriers restent dans les petites usines de leur village ; un B. est vétérinaire, très estimé dans la contrée ; il consacre ses loisirs à la culture.

4) Les différences sociales sont très accentuées dans la famille F. ; nous trouvons des riches à côté d'existences humbles et modestes.

Le niveau social dans la famille B. est beaucoup plus uniforme.

En ce qui concerne les sentiments familiaux, nous voyons un contraste complet entre les F. et les B. Chez les F. les liens sont rompus, les riches ne veulent rien savoir des pauvres ; ceux qui réussissent oublient leurs parents, qui restent dans l'ombre ; ceux-ci par contre parlent avec jalousie et haine de ceux-là. Combien de fois m'est-il arrivé d'entendre des phrases telles que : « Nous sommes pauvres, mais

bien portants ; eux, ils sont riches, mais malades » (ce qui d'ailleurs correspond à la vérité). Ils ne s'intéressent pas du tout à leur arbre généalogique ; au contraire, ils s'isolent et renient les liens de parenté ; les cousins germains ne se connaissent souvent pas ; pour obtenir des renseignements, il faut user de ruses et de diplomatie avec eux et éviter de blesser leur amour-propre.

Quelle différence avec les B. ; ceux-ci s'intéressent à notre enquête ; ils connaissent très bien les degrés de parenté et prennent part, d'une façon active, à la reconstruction de l'arbre généalogique ; ils restent unis, ils se voient et s'entr'aident.

Ils ne se laissent pas influencer par les différences sociales ; une femme plutôt riche s'en va voir sans façon une parente pauvre, qui la reçoit avec dignité et sans haine. Un professeur évoque d'une façon tout à fait naturelle ses parents à la campagne ; même quand ils sont loin les uns des autres, ils cherchent à se voir de temps en temps. Nous pouvons dire de façon générale que les F., en raison de leur tendance à se détacher de leur milieu, ne font qu'accentuer les différences sociales existantes. Les B., par contre, nivellent celles-ci par leur affectivité particulière. Un F. cherche avant tout à affirmer son moi ; il détruit ainsi les liens familiaux ; chez un B., par contre, le facteur personnel reste à l'arrière-plan, il cherche avant tout un point d'appui dans la famille.

5) En ce qui concerne les tempéraments, une grande variété règne dans la famille F., comme nous l'avons vu déjà ; nous avons l'impression de quelque chose de décousu, d'une sorte de mosaïque désordonnée ; la famile B., elle, par contre, est, dans son ensemble, uniforme.

Kretschmer dit, dans son livre « Le caractère et la structure du corps » : « les schizoïdes représentent un type de tempérament qui se manifeste par sauts, leur ligne affective n'est pas arrondie et onduleuse, comme chez les syntones, mais est abrupte et anguleuse ». Cette ligne traduit très bien, d'une

©BIUM

façon imagée, l'évolution et le sort de la famille F. ; tous les sauts, toutes les surprises sont possibles ici.

Voyons maintenant les B. ; ici, nous trouvons une continuité surprenante, pas de sauts, mais aussi pas de ligne arrondie et onduleuse, par contre une adhésivité particulière ; ils ne sortent pas de leurs cadres, ils se concentrent autour de leur famille, de leur profession, de leur sol natal.

Si j'essaie de me faire une image de la famille B., j'ai l'impression d'être en présence de quelque chose de continu et de stable ; il n'y a ni sauts, ni ondes, mais une condensation et une concentration des facteurs affectifs. Une comparaison vient à l'esprit : celle avec une ligne qui est parallèle à la surface de la terre et qui, par endroits, est fixée au sol par des poids qui l'empêchent de vibrer à l'unisson avec l'ambiance.

Citons maintenant quelques représentants typiques de la famille B.

Prenons comme exemple un vétérinaire, dont nous avons déjà parlé : c'est un homme intelligent et instruit, connaissant très bien son métier, qu'il exerce très consciencieusement ; c'est un excellent père et mari.

Il donne volontiers les renseignements qu'on lui demande ; ses descriptions sont justes, mais souvent il s'attarde aux détails et passe à côté des traits saillants ; d'autre part, l'appréciation morale des gens ressort toujours à nouveau ; il veut remplir sa tâche et, sous l'influence de cette mission, les couleurs vives disparaissent de son récit. Il est modeste et ne cherche à rien imposer, mais sa voix devient involontairement solennelle et, en fin de compte, on dirait qu'il ne donne pas des renseignements mais qu'il enseigne quelque chose.

Il est un excellent mari, mais le souci de remplir son devoir lui fait oublier parfois que sa femme a besoin de repos et de distraction ; il aime ses enfants, leur laisse beaucoup de liberté, n'a rien du despote en lui, mais, en imposant partout l'idée du devoir, il n'a pas souvent assez d'égards pour ceux qui sont plus

©BIUM

sensibles et plus fragiles que lui. Comparons-le avec sa femme, qui est sa cousine germaine, mais qui n'appartient pas à la famille B ; elle n'a pas beaucoup d'instruction, mais quand il s'agit de décrire quelqu'un, elle ne s'attarde pas aux détails, elle fait ressortir les traits essentiels et intercale parfois un épisode vivant, qui fait revivre devant nous l'individu en question ; elle travaille beaucoup, s'adapte à chacun, traite ses enfants d'une façon individuelle, est mobile et vive ; on la surnomme « vif argent », elle vibre avec l'ambiance et n'a aucun trait commun avec l'attitude visqueuse et concentrée de son mari.

Un oncle de notre vétérinaire est devenu directeur d'usine, grâce à ses qualités ; on dit de lui « qu'il était très aimable, sociable, de caractère excessivement droit, très consciencieux dans son métier et un ami dévoué » ; mais il renie sa fille, qui blesse ses sentiments moraux en épousant un homme dévoyé, et ne lui pardonne pas jusqu'à la fin de ses jours.

La sœur de nos sujets d'épreuve, dont la mère, comme nous savons, était une épileptique, ne ressemble pas du tout à ceux-ci ; elle ne voit pas en grand comme eux ; au contraire, depuis des années déjà, elle reste comme bonne dans la même famille, fait son travail consciencieusement, mais avec une grande lenteur et, à cause de son dévouement, est considérée par ses maîtres comme membre de la famille ; elle est seule parmi ses frères et sœurs qui reste attachée à la famille de sa mère, c'est-à-dire aux B. ; elle profite de ses vacances pour aller voir ses parents ; tout le monde l'appelle la « bonne » Aline ; on insiste toujours à nouveau qu'elle n'a rien de commun avec ses frères et sœurs.

Une simple paysanne qui travaille toute la journée aux champs, lit le soir avec beaucoup d'intérêt les journaux et apprécie les événements politiques d'un point de vue éthique ; l'idée de la paix universelle sur terre lui sert de leit-motiv.

Un membre malade de la famille, en voie d'amélioration après un accès catatonique, présente une atti-

©BIUM

tude paranoïaque, mais, d'autre part, s'intéresse beaucoup aux orphelins de guerre, voit en eux des victimes du sort injuste et, malgré sa situation modeste, donne pour eux des sommes assez importantes. Tout en se sentant persécuté, il parle avec emphase de la mission des médecins et, passant facilement du sentiment de méfiance à celui de gratitude, il leur exprime sa reconnaissance.

Nous retrouvons les mêmes traits, mais beaucoup plus accentués chez Rodolphe B., dont nous avons parlé plus haut et qui, lui, est déjà un épileptique avéré. Nous avons devant nous un individu ralenti, restant accroché aux détails, d'une affectivité visqueuse et collante, un mystique, qui attribue à ses rêves et visions une portée prophétique, qui se croit chargé lui-même d'une mission particulière, d'une mission morale et religieuse.

Tels sont les faits observés dans la famille B.

Bleuler dit : le schizoïde se détache de trop de l'ambiance, le syntone le fait d'une façon suffisante, l'épileptoïde ne le fait pas assez.

Nous pouvons dire en conséquence que ce défaut de mobilité, cette incapacité de se détacher de l'ambiance, cette concentration affective traversent toute l'évolution de la famille B., qui descend d'un épileptique. Nous ne voyons pas ici de sauts ni de grandes différences sociales, comme dans la famille F. ; les B. ne produisent rien de nouveau, ils n'ont pas d'initiative et s'accrochent à ce qu'ils ont déjà, ils cultivent avec amour leur terre, conservent les traditions et maintiennent ainsi dans la vie une ligne continue, ligne qui va sans interruption de l'ancêtre jusqu'aux arrière-arrière-petits-enfants et qui retrouve ceux-ci, après 170 ans, dans le même village et dans les mêmes conditions.

Mes résultats ont été publiés en partie dans le volume dédié à mon maître Bleuler à l'occasion de son jubilé (1). Le manuscrit avait été envoyé déjà à

(1) Franziska MINKOWSKA. — Charakterologische Probleme in Lichte psychiatrischer und genealogischer Hereditätsforschung. *Zeitschrift f. die ges. Neur. u. Psych.*, vol. LXXXII.

©BIUM

l'impression quand j'ai reçu une confirmation inespérée de mes conclusions. Un collègue suisse, Dr Wyrsch, sachant que je venais d'étudier une famille d'épileptiques m'envoya, sans avoir vu mes résultats, une lettre contenant la description d'une famille qu'il connaissait de très près et depuis longtemps et dont un membre présentait des crises épileptiques ; voici en abrégé le contenu de la lettre.

« Le sens familial est très développé. Il ne se perdent guère de vue et restent de préférence dans leur village natal, ou cherchent, tout au moins, à y revenir. Ils ont beaucoup d'enfants et s'en occupent avec zèle. Ils s'intéressent vivement au passé de la famille. Ils ont un bon contact avec leurs semblables, se sentent cependant surtout à l'aise quand ils sont avec les leurs.

« Les idées patriotiques et conservatrices déterminent leur attitude politique. Ils respectent les traditions ; le sens pour les choses nouvelles, surtout pour les idées révolutionnaires leur fait entièrement défaut.

« On dirait qu'ils naissent déjà avec un amour spécial de l'ordre ; ils veillent non seulement à ce que tout soit en place chez eux, mais cherchent à ce que leur vie soit bien ordonnée en général.

« Avant d'agir, ils cherchent à tout prévoir ; de là une certaine lenteur qui n'est ni indécision, ni ambivalence.

« L'incertitude leur est insupportable, mais ils s'attardent volontiers aux détails.

« L'idée de justice guide leurs actes ; ils exigent la même attitude de leurs semblables et leur imposent ainsi leur ligne de conduite. Il ne s'agit cependant pas d'un désir de dominer ; c'est bien davantage l'idée du devoir à remplir qui détermine cette attitude ; ils se comportent comme s'ils avaient une mission à remplir.

« Ils sont religieux, mais sans exagération, et ne se rallient guère aux sectes nombreuses qui existent en Suisse. La religion à laquelle ils appartiennent satisfait le besoin d'ordre qui caractérise toute leur vie.

©BIUM

« Les associations sont lentes et restent limitées à l'objet immédiat. Ils ne font preuve ni d'humour, ni d'esprit, ni de fantaisie. L'adaptation à une nouvelle situation demande toujours un temps assez long. Les facultés affectives semblent en général être plus développées que les facultés intellectuelles. »

D'autre part, au cours d'un séjour récent à Zurich, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec quelques membres plus instruits de la famille B. des problèmes touchant aux caractères, et j'ai eu la satisfaction de constater qu'ils étaient frappés par mes conclusions, et ceci non seulement en ce qui concerne le caractère individuel mais aussi l'aspect global de la famille, qui s'était dégagé au fur et à mesure de mes recherches.

Essayons de résumer ce qui vient d'être dit et d'en tirer quelques conclusions d'ordre théorique et pratique. Notre enquête a fait ressortir un fait très important : l'existence dans une famille où se produisent des cas d'épilepsie d'individus qui se signalent par un caractère particulier, sans présenter le moindre trouble clinique.

Ce caractère forme probablement la véritable base sur laquelle viennent éclore les manifestations de l'épilepsie essentielle. Il est probablement l'expression d'une constitution biologique particulière qui crée, d'autre part, une prédisposition spéciale aux accidents convulsifs. Je désigne provisoirement le caractère de ces individus normaux, par analogie avec la schizoïdie et la syntonie, du nom d'épileptoïdie.

Pour délimiter celle-ci, je prends comme point de départ la façon d'être affective de l'individu.

Il s'agit d'une affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse, qui adhère aux objets de l'ambiance et ne s'en détache pas aussi facilement que l'exigent les variations du milieu ; elle ne suit plus le mouvement de celui-ci et est pour ainsi dire toujour en retard. L'épileptoïde est un être par excellence affectif (ce qui le distingue du schizoïde), mais cette affectivité est visqueuse et manque de mobilité.

En éprouvant de la difficulté de vibrer à l'unisson

©BIUM

avec les personnes (comme le font les syntones), ces individus fixent de préférence leur affectivité sur les objets ; de là l'amour de l'ordre ; d'autre part, ne pouvant pas se dépenser sur la variété des personnes, ils concentrent leur affectivité sur les groupements (comme la famille et le pays), ainsi que sur les idées d'ordre général à teinte sentimentale et mystique (comme la paix universelle, religion) ; dans leurs rapports avec leurs semblables, la note individuelle fait défaut ; par contre, prédomine l'appréciation morale des sujets ; ils se conduisent ainsi, sans s'en rendre compte, en porteurs d'une mission morale et quelquefois religieuse.

Dans le domaine intellectuel, ce sont des ralentis ; ils s'attardent aux détails et perdent de vue l'ensemble ; le changement et les choses nouvelles ne les attirent pas ; ils aiment ce qui dure et ce qui est stable ; ce sont des travailleurs, mais ils ont peu d'initiative et ne créent rien de nouveau ; par contre, ils gardent avec piété les traditions et représentent le facteur stable et conservateur, dans le bon sens du mot.

En s'exagérant, ces traits de caractère aboutissent à la bradypsychie morbide (Ducosté), ainsi qu'à l'affectivité doucereuse et collante et enfin à l'égocentrisme (là où l'affectivité se concentre sur la propre personne de l'individu comme sur l'objet le plus proche et demandant le moindre effort d'adaptation) ; ils ne sont pourtant jamais des égoïstes proprement dits. A cause de leur affectivité doucereuse et visqueuse, ils produisent souvent l'impression de gens faux, sans l'être en réalité.

L'affectivité, devenant de plus en plus visqueuse, accompagnée d'une bradypsychie croissante, suit de moins en moins les appels venant du dehors ; la décharge devient de plus en plus insuffisante et mène en fin de compte à une véritable *stase* ; celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité. C'est ensuite le tonnerre et les éclairs. La stase provoque des décharges explo-

©BIUM

sives, contre lesquelles l'individu reste impuissant ; elles l'envahissent tout entier d'une façon subite, provoquant l'obnubilation de la conscience et se distinguant par la soudaineté et la violence ; les *ralentis deviennent* des *excités,* ce sont des accès de colère violente, des actes impulsifs, des fugues, enfin des états crépusculaires de longue durée, caractérisés par un état d'angoisse intense, par un délire de nature impersonnelle, des visions, des idées mystiques et l'extase, traits dont il n'est guère difficile de reconnaître la parenté avec l'épileptoïdie.

C'est de cette façon que je m'explique les alternances, contradictoires en apparence, dans l'attitude des épileptiques ; ces alternances ont été déjà décrites d'une façon remarquable par J. Falret dans « L'état mental des épileptiques » (1), je pourrais citer ici des passages entiers. J'indique simplement que Falret a insisté tout particulièrement sur la nécessité d'étudier les caractères spéciaux de l'état mental des épileptiques pour pouvoir déterminer leur nature, même en l'absence d'attaques convulsives, étude qui, selon lui, devait avoir une grande importance aussi bien pour la psychiatrie que pour la médecine légale ; « au lieu de remonter de l'épilepsie au délire, on doit chercher à remonter du délire à l'épilepsie », disait-il.

Mes études généalogiques m'ont amené tout naturellement à élargir les cadres de ces recherches en posant le problème de l'existence d'un caractère particulier chez les individus normaux, ne présentant aucun trouble clinique, mais apparentés à un épileptique. Peut-être, en transcrivant les paroles de Falret, aurons-nous le droit de dire un jour : au lieu de conclure de l'épilepsie au caractère épileptoïde, nous devons remonter de ce caractère à l'épilepsie, et nous pourrons alors utiliser les constatations faites dans ce sens tant au point de vue clinique que médico-légal.

---

(1) Dr Jules FALRET. — *De l'état mental des épileptiques,* 1861.

©BIUM

Discussion

M. Claude. — L'exposé que vient de nous faire Mme Minkowska est des plus intéressants. Il y a certainement peu d'exemples, s'il en existe, d'une étude psychiatrique ayant suivi depuis la moitié du XVIIIe siècle les différents membres de deux familles dont les caractères sociologiques comme les manifestations morbides soient aussi tranchés. Il conviendrait de connaître l'histoire de chacune de ces personnes pour affirmer quels sont les facteurs pathologiques ou autres qui ont pu avoir une influence sur le développement de ces deux familles. J'ai demandé à Mme Minkowska combien il y avait eu d'épileptiques dans la famille B... La proportion de 10 sur 400 membres ne paraît pas très élevée. — Il n'est pas douteux que le contraste avec la famille F..., dans laquelle il n'existe aucun épileptique, est saisissant. Mais, le fait que dans la famille B... les personnes ont une tendance à la stabilisation, à se contenter de situations modestes, avec une descendance régulièrement croissante, et garde des liens de famille étroits, ne me paraît pas constituer un caractère propre à l'hérédité épileptique. — On peut penser qu'une enquête poursuivie dans les familles de paysans français qui sont restés, comme certains, attachés au domaine familial depuis des centaines d'années donnerait des résultats similaires sans qu'il soit possible de retrouver des épileptiques en plus grand nombre chez eux que dans d'autres familles. — Néanmoins, l'enquête de Mme Minkowska me paraît très originale et très suggestive, surtout en ce qui concerne l'opposition des deux types de famille. Le terme épileptoïde me paraît seulement criticable, car on ne voit pas ce qui rappelle l'épilepsie chez les membres de la famille qui n'ont eu aucun accident comitial. Je l'aurais compris si l'on nous signalait chez ces derniers un caractère impulsif, instable, insociable, en un mot ces tendances que l'on observe si souvent chez les épileptiques à crises nettes ou frustes, ou même chez les collatéraux

©BIUM

de ces sujets. Or, ici, c'est précisément le caractère inverse qui est mis en relief.

M. DELMAS. — Je tiens à rendre hommage d'abord au labeur considérable que représentent les recherches résumées devant nous par Mme Minkowska. J'avoue toutefois ne pas être très convaincu par l'interprétation qu'elle donne des faits, et je crains pour ma part que son épileptoïdie ne soit une synthèse aussi imprécise et discutable que celles de la schizoïdie et de la syntonie qu'elle entend ainsi compléter. Je crois qu'il serait de toute importance que nous puissions discuter largement ici, dans une séance de rentrée, sur les notions de l'école de Zurich, et je souhaiterais que M. et Mme Minkowski nous apportassent, pour ouvrir cette discussion, un tableau aussi succinct que précis des caractéristiques nettes de chacun des trois tempéraments auxquels ils ramènent les tendances des différents individus.

Pour en revenir à la communication même de Mme Minkowska, je ferai une critique générale de méthode. Il n'est pas démontré que les caractères généraux de la famille « épileptoïde » étudiée ne soient pas les caractères habituels les plus fréquents, par conséquent les caractères banaux ou dits normaux, et qu'ils ne s'opposent plus ou moins à ceux de la famille schizoïde prise comme terme de comparaison, que comme le normal s'oppose à l'anormal. Dix cas d'épilepsie — y compris surtout les cas discutables d'états crépusculaires — sur 400 sujets, ne suffisent pas à entacher une famille d'une tare névropathique, car ce n'est là qu'une moyenne bien proche de la normale. Il aurait fallu comparer cette famille avec plusieurs autres familles normales prises au hasard. Je sais bien que c'eût été là une tâche formidable, et je me garderai bien de reprocher à Mme Minkowska de ne pas l'avoir entreprise, après la puissance de travail dont elle a fait preuve. Mais il en résulte la nécessité de rester extrêmement réservé quant à la portée des conclusions auxquelles elle peut arriver.

©BIUM

M. CLAUDE. — Je m'associe au vœu formé par M. Delmas au sujet de la mise à l'ordre du jour de la question de la Schizoïdie et de ses rapports avec la Démence précoce. J'estime, pour en avoir rapporté des exemples avec mes élèves, que bien des états psychopathiques que l'on aurait classés dans les délires chroniques, ou à qui l'on aurait appliqué l'étiquette vague de dégénérescence mentale et de débilité psychique, instabilité, etc., méritent d'être étudiés plus complètement quant à leur genèse et que, d'autre part, le diagnostic de démence précoce ou de folie discordante doit être réservé à des troubles psychiques dont la nature et l'évolution sont parfois fort différentes de ces états dits schizoïdiques et schizophréniques. C'est une question qui n'a pas seulement une importance doctrinale mais qui doit retenir l'attention aussi au point de vue social, médico-légal et même thérapeutique. Il convient donc de discuter certaines conceptions qui ont pris naissance à l'étranger et de rechercher en se gardant de fâcheuses tendances au misonéisme, si les faits rapportés par les observateurs français s'accordent avec ce qui a été vu ailleurs, et dans quelle mesure, ou s'il nous faut rester irréductiblement fidèles aux grands types cliniques de la psychiatrie française traditionnelle.

Mme MINKOWSKA. — 1. Le nombre des malades atteints d'épilepsie dans la famille B... paraît relativement peu élevé. Dans l'appréciation, cependant, de la transmission héréditaire de cette affection, il y a lieu de tenir compte de ce que certaines branches restent entièrement libres de l'épilepsie, (par contre, l'élément schizophrène y pénètre, apporté par les éléments étrangers à la famille B... et se manifeste par quelques cas de schizophrénie et des caractères schizoïdes) ; d'autre part, il y a lieu de tenir compte de la haute mortalité des enfants en bas âge.

Si nous considérons tous ces facteurs, la transmission héréditaire d'épilepsie ne semble pas faire le moindre doute.

2. Il est évident que nous ne considérons ni l'atta-

©BIUM

chement à la terre ni à la famille comme absolument caractéristique pour l'épileptoïdie ; bien d'autres facteurs psychologiques peuvent aboutir au même résultat ; cependant, cette façon d'être étayée par l'étude individuelle des membres de la famille donne un tableau d'ensemble qui semble présenter une entité particulière ; aucun des traits de ce tableau ne pourrait cependant être considéré comme un trait absolument distinctif.

3. Nous avons plus d'une fois insisté que les conclusions de ces recherches auraient intérêt à être confirmées par l'étude d'autres familles ; d'ici-là, certaines questions étudiées doivent être considérées davantage comme problèmes que comme affirmations définitives.

4. Je ne crois pas que mes considérations sur l'épileptoïdie bouleversent entièrement la conception actuelle de cette affection ; l'épileptoïdie ne présente qu'un terrain particulier sur lequel vient éclore, sous l'influence des conditions défavorables, l'épilepsie clinique. Le rôle des facteurs exogènes dans la pathogénie ne se trouve aucunement diminué de ce fait.

5. En ce qui concerne le caractère épileptique, le ralentissement psychique en fait partie certainement, et il a été souligné plus d'une fois (1) ; nos recherches n'apportent rien de nouveau de ce point de vue ; nous avons seulement essayé de rattacher le ralentissement à l'impulsivité et d'envisager ces deux traits, qui paraissent se contredire, comme diverses manifestations du même mécanisme fondamental.

6. Je crois que le débat proposé par M. Delmas contribuera à préciser les notions de schizoïdie, de syntonie et d'épileptoïdie.

La séance est levée à 18 h. 30.

Le secrétaire de séance,
J. CAPGRAS.

---

(1) Voir p. le récent article de MM. MAILLARD et MEIGNANT. « Le traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée ». *Presse médicale*, 1923, 1/6.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

Manuel de psychiatrie, par le Dr Rogues de Fursac (sixième édition, revue et augmentée, avec 4 planches hors-texte, 1 vol., 906 pages, Félix Alcan, Editeur).

La sixième édition de ce manuel est devenue un volume important, le lecteur y trouvera les plus récentes acquisitions de la pathologie mentale exposées avec la clarté et la précision qui ont fait le succès des précédentes éditions et qui restent la caractéristique de l'enseignement de M. Rogues de Fursac.

Ce manuel est divisé en trois parties. La première traite de la psychiatrie générale et comprend : l'étiologie, la séméiologie et la thérapeutique générale des troubles mentaux, la deuxième se rapporte à la psychiatrie spéciale, c'est-à-dire à l'étude individuelle des différentes psychoses. Dans la troisième, consacrée à la médecine légale psychiatrique, l'auteur a voulu donner à la criminologie morbide la part qui lui revient.

Après avoir rappelé la multiplicité des causes provocatrices des troubles mentaux, M. Rogues de Fursac insiste, à juste titre, sur l'importance des infections, des intoxications endogènes ou exogènes, il mentionne la nécessité, de plus en plus reconnue, de rechercher les modifications des sécrétions internes.

Dans un exposé séméiologique méthodique et concis, l'auteur décrit les différents troubles mentaux, en rapport avec des altérations organiques, dont il importe de rechercher les causes, afin d'essayer de leur appliquer un traitement approprié.

Le lecteur trouvera ensuite quelques notions pratiques très précises : examen du malade, placement à l'asile ou à la maison de santé, traitement de l'agitation, des idées de suicide et du refus d'aliments. Dans un chapitre sur

©BIUM

la prophylaxie générale des maladies mentales, l'auteur indique les mesures énergiques qu'il conviendrait de prendre pour lutter contre les facteurs de dégénérescence, les intoxications et la syphilis.

Tout en reconnaissant le caractère artificiel et provisoire de toute classification, l'auteur a adopté celle de Krœpelin avec quelques modifications.

Il étudie les psychopathies dans l'ordre suivant :

Psychoses d'épuisement : confusion mentale ; délire aigu.

Troubles psychiques liés aux infections aiguës (communément appelés *psychoses infectieuses*) : Délire fébrile. — Délire infectieux non fébrile. — Rage. — Chorée aiguë.

Troubles psychiques liés aux affections inflammatoires du cerveau et des méninges : méningites aiguës, abcès du cerveau, encéphalite épidémique.

Psychopathies d'origine toxique : Intoxication alcoolique aiguë et chronique. — Morphinomanie. — Opiomanie. — Cocaïnomanie. — Caféisme. — Intoxication par l'éther, le chloral, le haschisch. — Intoxication saturnine. — Intoxication oxycarbonée.

Psychopathies par auto-intoxication : Urémie délirante. — Psychose polynévritique. — Psychopathies d'origine thyroïdienne (myxœdème, crétinisme, goître exophtalmique).

Hébéphréno-catatonie (*schizophrénie*).

Psychose systématisée hallucinatoire chronique.

Psychopathies syphilitiques : Syphilis secondaire et tertiaire. — Troubles mentaux dans le tabes. — Paralysie générale.

Psychopathies liées aux affections cérébrales dites organiques et non considérées comme syphilitiques : Artériosclérose cérébrale. — Paralysie agitante. — Sclérose en plaques. — Tumeurs cérébrales. — Chorée chronique.

Psychose d'involution : démence sénile.

Etats maniaques dépressifs.

Psychose systématisée à forme interprétative.

Psychopathies constitutionnelles : Arrêts de développement (idiotie, imbécillité, débilité mentale). — Déséquilibre psychique. — Psychasthénie. — Phobies et obsessions. — Tics. — Excitation psychique constitutionnelle. — Anomalies psycho-sexuelles. — Perversions instinctives (folie morale). — Délires épisodiques des dégénérés.

Troubles mentaux liés à l'épilepsie.

Troubles mentaux liés à l'hystérie.

Psychoses traumatiques et émotionnelles. Psychoses dites commotionnelles de la guerre.

©BIUM

En présence de cette classification, le médecin non spécialisé ne se sentira pas trop dépaysé, il pourra reconnaître dans ce manuel un chapitre de la pathologie générale.

Pour M. Rogues de Fursac, il n'y a pas de *vésanies*, c'est-à-dire de *psychoses essentielles*, les troubles mentaux proviennent toujours d'une altération passagère ou définitive du cerveau.

Dans la description minutieuse des troubles somatiques que l'on observe dans les diverses psychopathies, l'auteur montre son souci constant d'aboutir à des résultats pratiques et d'essayer de traiter, par tous les moyens en notre pouvoir, des affections qui ne sont sans doute incurables que grâce à l'insuffisance de nos connaissances actuelles. M. Rogues de Fursac a délibérément abandonné la dénomination de *démence précoce*, il lui préfère celle de *schizophrénie* qui signifie *désagrégation psychique* ou *dissociation psychique* et rappelle le processus psychopathique fondamental de la maladie. La *schizophrénie* comprend l'hébéphrénie et la catatonie. La *forme paranoïde* de la démence précoce est confondue avec la *psychose systématisée hallucinatoire chronique*.

La *paralysie générale* est classée dans les psychopathies syphilitiques, la syphilis étant la cause essentielle à laquelle viennent s'ajouter des causes secondaires : prédisposition, traumatisme, surmenage physique et émotionnel, etc... L'auteur combat avec vigueur le dogme de l'inefficacité et de la nocivité du traitement antisyphilitique, il montre au contraire combien les résultats du traitement sont encourageants et permettent d'espérer mieux encore.

L'étude très détaillée des états psychopathiques constitutionnels nous conduit insensiblement sur le terrain de la criminologie et devant l'important problème d'assistance et de défense sociale qui se pose, en présence des déséquilibrés pervers, que l'on ne peut considérer légalement comme des aliénés.

M. Rogues de Fursac établit la distinction entre les psychoses traumatiques vraies et les troubles mentaux survenant à l'occasion d'un traumatisme.

A côté des accidents psychiques, qui sont en rapport avec des lésions cérébrales manifestes, on observe de nombreux cas, dans lesquels le traumatisme est insignifiant et cependant le choc émotionnel intense, pour l'auteur, les psychoses dites *commotionnelles* de la guerre ne sont, en réalité, le plus souvent, que des psychoses *émotionnelles*

©BIUM

atteignant des individus prédisposés (déséquilibrés de l'affectivité ou hyperémotifs).

La troisième partie de ce manuel est entièrement nouvelle, elle comprend l'application de la psychiatrie aux questions d'ordre judiciaire, elle représente le résultat des observations d'un expert très averti.

Pour M. Rogues de Fursac, le rôle du médecin doit être, de plus en plus, celui d'un conseiller technique exposant au tribunal : « les réactions futures d'un délinquant psy-« chiquement anormal et les effets que l'on peut attendre « sur sa conduite à venir de l'indulgence ou de la sévé-« rité. »

En effet, le rapport de l'expert concluant à l'irresponsabilité ou à la responsabilité atténuée d'un individu doit être considéré, non pas comme un simple renseignement, mais comme un avis autorisé que le juge peut apprécier librement.

Dans une statistique personnelle, basée sur 1.168 expertises criminelles, l'auteur relate les solutions médico-légales en rapport avec les infractions commises.

Le scepticisme qu'il manifeste à l'égard de la *kleptomanie* est basé sur une longue expérience et sur des exemples particulièrement démonstratifs.

Dans quelques pages sur *l'hystérie* et les *états hypnotiques*, sont exposées les difficultés que peut rencontrer l'expert et la prudence qu'il doit apporter dans ses conclusions. Comment admettre l'allégation d'un état hypnotique au moment d'une infraction, alors que la supercherie est généralement reconnue dès que les faits attribués à l'hypnose sont contrôlés par des procédés vraiment scientifiques ? L'auteur rappelle, à cette occasion, qu'il est impossible de trouver dans la littérature médicale un seul cas probant de crime commis sous l'influence de l'hypnotisme.

Un autre chapitre est consacré à l'exposé des conditions dans lesquelles se pratiquent les *expertises psychiatriques civiles*, les *expertises pour les accidents du travail* et pour les *assurances sur la vie*. L'ouvrage se termine par l'étude de la *psychiatrie militaire*, de la *psychiatrie médico-légale infantile*, de la *simulation* et de la *dissimulation*.

Le succès de cet ouvrage me paraît assuré, il présente, avec les qualités des précédentes éditions, une mise au point de toutes les questions de médecine mentale qui sont susceptibles d'intéresser aussi bien les aliénistes que les médecins non spécialisés.

G. NAUDASCHER.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 18 Juin 1923

Président : M. le Dr Arnaud

Drs Marie et Bernadou. — **Un cas de dégénérescence mentale avec hypertrichose.** — L'hypertrichose a été rattachée à l'hyperfonction surrénale (hirsutisme d'Apert et d'Achard), aux génitales (Lucien et Parisot), à l'hypophyse, à la pinéale et à un complexe pluriglandulaire (Gallais, L. Lévy, H. de Rotschild). On a incriminé la syphilis et l'hérédosyphilis vasculo-glandulaire chez les dégénérés velus (Leredde). Ledouble a étudié des cas curieux d'hypertrichose et dystrichoses locales ou générales ; nous-mêmes en avons publié des cas dans la P. G., où les lésions spécifiques des glandes endocrines s'observent et l'hypertrichose parfois rapide. Dans le traité international de Psychopathologie V. I., A. Marie a signalé l'hypertrichose en caleçon des dégénérés épileptiques, celle du sacrum rappelant les satyres et faunes antiques. Dupré a étudié les vieilles délirantes barbues ; les auteurs rapportent un cas d'hypertrichose généralisée chez un héréditaire aliéné, fils de spécifique, mort à l'Asile. Les glandes endocrines qui semblent plus particulièrement atteintes chez le malade sont la surrénale et l'hypophyse ; toutes deux paraissent présenter un fonctionnement excessif. L'hypertrichose est surtout attribuable à l'hypersurrénalisme.

Evolution démentielle post-traumatique au cours d'un état de déséquilibre habituel à type manie chronique (Présentation de malade). — MM. H. Claude, A. Borel et G. Robin présentent une malade âgée de 39 ans, internée depuis novembre 1922 à la suite d'un traumatisme cranien ayant entraîné une large trépanation de la table externe, région pariétale postérieure droite. L'état mental de cette malade est caractérisé par une légère excitation intellectuelle, euphorie vague, orientation incomplète, indifférence affective, inconscience de sa situation, dysmnésie avec lacune complète de toute la période correspondant au trau-

©BIUM

matisme. Fabulation, idées vagues de grandeur et de satisfaction, sans systématisation, ornements bizarres, décorations. Les renseignements obtenus sur l'état antérieur de cette malade ayant montré que de tous temps cette femme a présenté des signes de déséquilibre avec excitation à type hypomaniaque, qui remonteraient à l'enfance et seraient postérieurs à une affection fébrile (méningite survenue à l'âge de 4 ans), les auteurs pensent qu'il s'agit ici d'un état conditionné à une double cause :

Le déséquilibre à type hypomaniaque, qui constitue le fond de l'état observé, auquel se surajoute un affaiblissement intellectuel — conséquence du traumatisme — affaiblissement nettement caractérisé par l'indifférence affective, l'inconscience de la situation, la désorientation et les troubles profonds de la mémoire.

Présomption légale d'origine et pensions militaires (Présentation de malades). — M. CÉNAC (Service de l'Admission) présente :

1° Un malade ayant eu en 1912 des crises convulsives. A la suite d'une chute en service commandé ces crises ont réapparu et ont augmenté de fréquence. La pension de 100 0/0 obtenue ne nous paraît pas en rapport avec l'aggravation du fait de l'accident en service commandé.

2° Un déséquilibré constitutionnel alcoolique chronique se livrant à des actes de violence sur les siens, inculpé dans une affaire d'outrages publics à la pudeur et ayant bénéficié d'un non-lieu à la suite d'une expertise médico-légale. — Pensionné à 100 0/0 pour commotion par éclatement d'obus.

Fugueur récidiviste amputé des deux jambes, par MM. R. TARGOWLA et H. CODET. — Malgré une double amputation de jambes, datant de l'âge de 6 ans, un déséquilibré constitutionnel a pu se livrer à divers sports et accomplir de nombreuses fugues. Dans leur cours, on observait, en plus d'une certaine hyperactivité motrice, de l'excitation intellectuelle qui prenait la forme, utilitaire, d'une mythomanie paroxystique. Malgré la conduite correcte à l'Asile pendant plusieurs mois, on ne peut affirmer de pronostic de réadaptation à la vie en commun.

Etat parkinsonien post-encéphalitique et psychose dépressive. — MM. J. CUEL et CÉNAC (Service de M. le Dr Trénel à l'Asile de Villejuif) présentent une malade de 32 ans, chez laquelle s'est développé, après une atteinte d'E. E.,

©BIUM

un syndrome akinéto-hypertonique, accompagné de brady-phrénie, de répugnance à l'effort, de phénomènes dépressifs avec paroxysmes anxieux, s'étant traduits par deux tentatives de suicide qui déterminèrent l'internement.

Les troubles neurologiques et psychiques ont paru aggravés par une grossesse survenue il y a un an et demi. Actuellement, malgré l'accentuation progressive des symptômes parkinsoniens, l'état dépressif est plutôt amélioré.

Il semble qu'il s'agisse d'une de ces rémissions spontanées et temporaires signalées par M. Naville dans les séquelles psychiques de l'E. E.

Lymphocytome du cerveau, noyau secondaire du foie chez une délirante chronique, par M. G. NAUDASCHER (Présentation de préparations histologiques et de micro-photographies en couleurs). — Volumineuse tumeur trouvée chez une malade de 61 ans atteinte de psychose hallucinatoire chronique internée depuis 8 années.

D'après l'examen histologique, il s'agit d'un lymphocytome qui s'est développé dans la paroi osseuse, au niveau de la suture temporo-pariétale, d'où il a envahi le muscle temporal et le cerveau.

La tumeur est formée d'une masse bourgeonnante et friable qui s'étale à la surface de l'hémisphère droit et pénètre dans la substance cérébrale à la partie moyenne de la scissure de Sylvius. La malade, alitée seulement pendant 7 jours, est morte d'urémie sans avoir présenté de signes susceptibles de faire poser le diagnostic de la tumeur cérébrale.

Sclérose du ganglion semi-lunaire, chez une mélancolique anxieuse, par M. G. NAUDASCHER (Présentation de préparations histologiques et de microphotographies en couleurs). — Il s'agit d'une femme de 48 ans qui, depuis une opération d'hystérectomie, présentait un état de dépression avec idées hyponcondriaques et anxiété très vive. Cette malade refusait de s'alimenter parce qu'elle prétendait que son estomac et son intestin ne fonctionnaient plus. Le laudanum à doses progressives (jusqu'à 110 gouttes) n'a eu aucune influence sur l'anxiété ; la malade est morte de septicémie à la suite d'un volumineux abcès à la tête.

L'auteur attire l'attention sur la sclérose assez avancée du ganglion semi-lunaire, qui lui paraît susceptible d'expliquer certains troubles cœnesthésiques qui ont pu provoquer les idées de négation d'organes et la sitiophobie.

©BIUM

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DE V. MAGNAN

Discours du Dr Marcel Briand, Président du Comité d'exécution. — Remise du monument au département.

MONSIEUR LE MINISTRE,

Par surcroît à la lourde charge de fonctions ministérielles particulièrement absorbantes, vous avez été appelé à représenter le Gouvernement dans la plupart des manifestations qui ont eu lieu à Paris, dans le Jura et en Alsace, pour fêter le centenaire de la naissance de Pasteur.

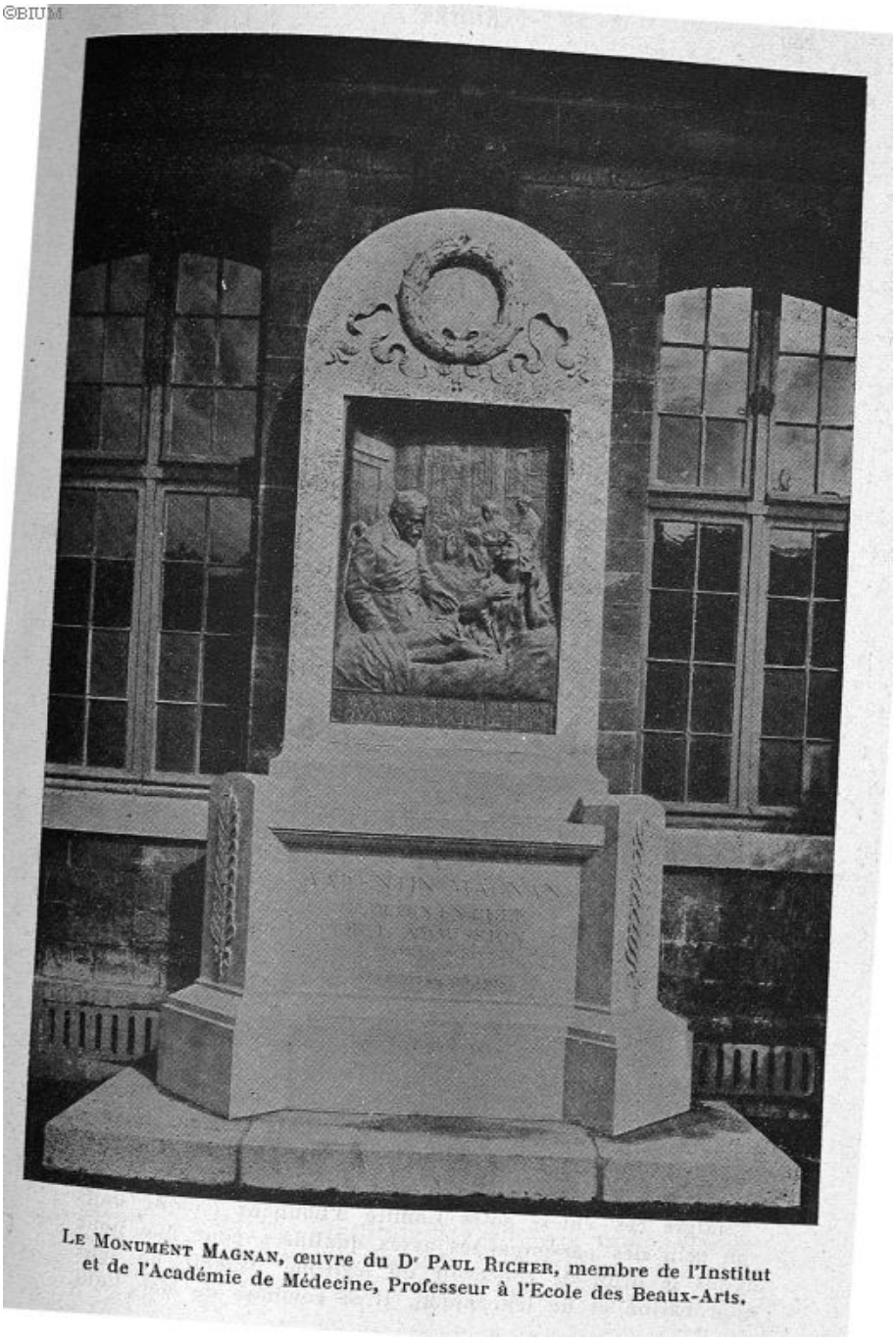
A votre retour de Strasbourg où, à côté du Président de la République, vous inauguriez l'exposition d'Hygiène, à la réussite de laquelle vous avez si efficacement contribué, vous êtes venu dans cette maison, chère à beaucoup d'entre nous, avec le désir d'apporter à Valentin Magnan le témoignage de votre haute estime pour le Savant et pour l'homme de bien que fût ce grand maître de la Psychiatrie française. Nous comptions sur vous parce que, comme lui, vous éprouvez une pitié à la fois profonde et agissante pour toute souffrance humaine. Nous trouvons une nouvelle preuve de votre commisération réalisatrice dans une loi sur le Régime des Aliénés qui sera bientôt « la loi Paul Strauss ».

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de la cérémonie qui nous réunit et je m'excuse de vous avoir dérobé un temps précieux.

MONSIEUR LE MINISTRE,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL,
MONSIEUR LE PRÉFET DE LA SEINE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

Nous sommes réunis à l'Asile Clinique (Sainte-Anne) pour inaugurer un Monument érigé en l'honneur du Docteur Valentin Magnan qui, pendant près d'un demi-siècle,

©BIUM



Le Monument Magnan, œuvre du Dr Paul Richer, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts.

©BIUM

illustra cette maison. Le riche service de l'Admission, où le Maître recueillit les matériaux de son œuvre, porte aujourd'hui son nom. Ainsi en a décidé le Conseil Général de la Seine dans sa séance du 10 juillet 1912, conformément au désir exprimé par la troisième Commission de cette Assemblée, sur la demande de M. le Préfet de la Seine.

Si le Monument qui orne cette façade est à peine terminé, il était projeté depuis longtemps ; l'idée en vint le jour même des obsèques de V. Magnan à ceux de ses collègues, de ses élèves et de ses amis qui, non retenus loin de Paris par la grande guerre, purent l'accompagner à sa dernière demeure.

Plus tard, lorsqu'il fut permis de penser à des œuvres de paix, un Comité d'exécution se forma, qui groupa autour de lui un Comité de propagande, où figurent des amis de Magnan, Membres de l'Institut, de l'Académie de Médecine, Médecins des Asiles, des Hôpitaux, présidents de sociétés savantes, qui, tous, désireux de voir réussir notre projet, s'employèrent à en assurer le succès.

Sa tâche fut encore facilitée par notre Comité d'honneur, dont le Docteur Georges Clemenceau, ancien Président du Conseil des Ministres, voulut bien accepter la présidence. L'ancien interne de Bicêtre avait toujours conservé, avec son camarade de salle de garde, d'assez affectueuses relations pour que nous fussions assurés de son concours. N'était-il pas déjà venu s'asseoir au milieu de nous le jour du jubilé de Magnan ?

Les noms des Membres de ce Comité figurent en tête des invitations qui nous réunissent. Laissez-moi cependant vous les rappeler, en signe de gratitude, pour saluer tout d'abord ceux que la mort a frappés. Ce sont : M. le Professeur Bourquelot, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine ; M. le Doyen honoraire Debove, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine ; M. le Professeur Pozzi, Membre de l'Académie de Médecine ; M. le Professeur Ernest Dupré, Membre de l'Académie de Médecine ; M. le Conseiller Général Hénaffe ; M. le Docteur Mosny, Membre de l'Académie de Médecine ; M. le Docteur Navarre, ancien député de la Seine ; M. le Docteur Galippe, Membre de l'Académie de Médecine.

Malgré ces vides, notre Comité d'honneur compte dans son sein des personnalités assez qualifiées pour que nous ayons le droit de concevoir un légitime orgueil de leur approbation et de leur appui. Il se compose de MM. Paul

©BIUM

Strauss, sénateur, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, membre de l'Académie de Médecine, Président du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique ; le Président du Conseil Général de la Seine ; le Président du Conseil Municipal de Paris ; le Préfet de la Seine ; le Préfet de Police ; le Président de l'Académie de Médecine ; le Doyen des Facultés de Médecine de Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Paris, Toulouse ; le Rapporteur Général du Budget du Département de la Seine ; le Rapporteur Général du Budget de la Ville de Paris ; Henri Rousselle, président de la 3e Commission du Conseil Général, rapporteur de l'Asile Clinique ; Ogier, ancien ministre ; Delanney, ancien Préfet de la Seine ; Autrand, Préfet honoraire de la Seine ; Lépine, ancien Préfet de Police, membre de l'Institut ; Laurent, Préfet honoraire, ancien Préfet de Police ; Magny, Sénateur, Président de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine ; Brisac, ancien Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques, Préfet de la Marne ; le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques au Ministère de l'Intérieur ; le Directeur de l'Inspection Générale et du Contentieux au Ministère de l'Intérieur ; le Directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine ; le Secrétaire Général de l'Académie de Médecine ; le Docteur H. Colin, ancien Président de la Société Médico-Psychologique, Secrétaire Général.

Les Sociétés Savantes représentées à la manifestation d'aujourd'hui, l'Académie de Médecine, la Société de Biologie, la Société Médico-Psychologique, la Société de Médecine légale, la Société de Neurologie, la Société Clinique de Médecine Mentale, la Société de Psychiatrie, la Société Médicale des Asiles de la Seine et d'autres encore, sans nommer toutes les hautes personnalités qui nous ont offert leur concours, témoignent du prix attaché à notre hommage.

V. Magnan a laissé de tels souvenirs qu'il suffisait d'ouvrir une souscription pour en prévoir le résultat : il dépassa nos espérances. Nous n'avions plus qu'à solliciter le concours de l'artiste au talent duquel serait confiée l'exécution du monument projeté. Aucune hésitation n'était possible, car le Maître auquel nous devions nous adresser ne pouvait être autre que l'ami personnel de Magnan, son collègue à l'Académie de Médecine, le Professeur Paul Richer, Membre de l'Institut. Il avait déjà trop heureusement ciselé la médaille du Jubilé de Magnan, célébré le 15 mars 1908, pour être oublié. Nous étions, d'avance,

©BIUM

assurés de son acceptation. En faisant appel à son ciseau, nous savions être agréable à notre Maître et, aussi, susciter l'éclosion d'une belle chose. La partie architecturale du monument a été exécutée par MM. les Architectes Pierre Richer et Perronne.

Vous vous associerez à nos applaudissements et à notre reconnaissance lorsque tombera le voile qui recouvre l'œuvre du Professeur Paul Richer et de ses deux collaborateurs.

Après avoir trouvé la forme de notre hommage, il fallait faire choix de l'emplacement où s'en érigerait le symbole. L'avis unanime fut que l'image de celui qu'on a pu appeler « le Bénédictin de Sainte-Anne », ne pouvait être mieux placée qu'au Pavillon de l'Admission.

Si beaucoup d'entre nous ont eu et conservent de solides attaches dans cette maison, nous n'y sommes pas tout à à fait chez nous. C'était donc le Conseil Général de la Seine qu'il convenait de solliciter pour obtenir les autorisations nécessaires. La tâche fut aisée. M. Autrand, Préfet de la Seine, ainsi que les Services compétents, s'y employèrent. La cause n'était-elle pas d'ailleurs gagnée d'avance, grâce au Président de la 3e Commission du Conseil Général, M. Henri Rousselle qui, héritier des sentiments professés pour V. Magnan par son père, dont beaucoup d'entre nous ne se souviendront pas sans émotion, s'était fait l'interprète de nos vœux. Un vote unanime du Conseil Général de la Seine nous valait, bientôt, les autorisations nécessaires.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL,

Après avoir donné son assentiment à l'édification de notre monument dans un domaine départemental, le Conseil Général de la Seine ne tint pas son geste comme suffisant. Désireux de montrer quelle estime il professait pour notre Maître, il s'est associé d'une manière plus effective à notre projet, en nous votant une subvention de 2.000 francs, sur la proposition de M. Henri Rousselle.

A l'instant où la mémoire de Magnan est consacrée par un hommage public, je me fais l'interprête des nombreux souscripteurs et de tous ceux que cette fête rassemble à Sainte-Anne, en vous adressant nos plus vifs remerciements. La famille de V. Magnan, M. le Docteur et Mme Fillassier et leurs enfants m'ont aussi chargé de vous exprimer leur très sincère gratitude.

©BIUM

Nous vous prions de vouloir bien transmettre nos sentiments de reconnaissance à l'Assemblée départementale que vous représentez ici avec tant d'autorité, aux côtés de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL,
MONSIEUR LE PRÉFET DE LA SEINE,

Au nom de nos Comités et de tous nos souscripteurs, j'ai l'honneur de faire au département de la Seine la remise et l'hommage du Monument élevé à la mémoire de Valentin Magnan.

(*Ici tombe le voile recouvrant le monument*).

De même que l'histoire se comprend mieux si on l'étudie dans son cadre, de même V. Magnan, qui fut, avant tout, un clinicien, est bien à sa place dans cet établissement hospitalier. Compatissant à toutes les douleurs, qu'elles soient physiques ou morales, il devait être vu auprès de ses malades.

Le bronze de M. Paul Richer rappelle l'attitude et les gestes familiers de V. Magnan apportant, à une anxieuse, le réconfort d'une parole apaisante. Il revit tout entier dans ce regard pénétrant, profond et, cependant, rempli de douceur. Ceux qui l'ont approché le retrouveront, ceux qui le connaissent seulement par ses écrits ne contempleront pas, sans une curieuse émotion, les traits exacts du grand psychiatre qu'il fût.

L'éclat de son enseignement s'étend assez loin, sa vie est assez noble, sa maîtrise assez généreuse et sa conception de tous les devoirs assez élevée, pour que M. Paul Richer pût se croire autorisé à styliser l'effigie de V. Magnan. Il préféra le représenter tel qu'il l'a connu et le connaissait, depuis l'époque où ils fréquentaient ensemble chez Charcot, à la Salpêtrière.

V. Magnan était un observateur perspicace. Éducateur-né, il associait sans arrière-pensée ses élèves à toutes ses recherches et s'entretenait avec eux, en de longues causeries familières, du but entrevu, en attirant leur attention sur des faits en apparence insignifiants, qui, par leur fréquence et leur superposition le guidaient dans ses recherches de la vérité scientifique. S'il aimait à formuler les idées qui s'élaboraient en son cerveau à l'occasion d'un fait constaté par lui, c'était pour les préciser. Il donnait ainsi comme un corps à sa pensée, afin d'en mieux apercevoir le côté faible. Souvent il sollicitait une discussion

©BIUM

révélatrice. Ses cours, très longuement préparés avec les malades qui devaient en faire l'objet, attiraient de nombreux auditeurs. Il en écrivait le sommaire sur des fiches où toutes ses notes, classées d'après un plan uniforme, rappelaient au professeur, par la place où elles figuraient, le relief qu'il entendait leur donner.

Ennemi de toute réclame, travaillant en silence, n'écrivant jamais rien sans une longue méditation et avant d'être profondément convaincu de la réalité du fait avancé, il défendait âprement ses doctrines, mais toujours avec une grande modération dans la forme. S'il ne cachait pas son animosité contre certains adversaires, il respectait toujours, et parfois avec tristesse, les opinions qu'il savait sincères. Souvent, il entraînait ses contradicteurs dans son Service, pour leur montrer, à l'appui de la thèse soutenue, quelques cas types, sujets conservés comme des exemples qui, pour lui, confirmatifs, illustraient, par une page de leur vie la doctrine dont il se faisait le protagoniste.

V. Magnan parlait toujours avec une grande douceur à ses malades. Lorsqu'il les interrogeait, leur attitude, leur premier mot lui avaient dicté sa première question et, souvent déjà, son diagnostic. Il les écoutait avec attention et les encourageait par l'intérêt qu'il prenait ou paraissait prendre à leur conversation, sans que sa physionomie traduisît le moindre étonnement, en face des confidences les plus horrifiantes.

C'est avec la même bienveillance qu'il examinait les détenus, simulateurs ou non, soumis à son expertise. Peu de ses rapports ont été publiés. On doit le regretter, car il les écrivait avec une science et une conscience qui en font des œuvres magistrales. Magnan n'admettait pas la doctrine de la responsabilité limitée. Il lui reprochait de favoriser les récidives et de permettre à certains délinquants ou criminels de bénéficier d'une indulgence dangereuse pour la Société, tout en échappant à l'établissement approprié où des soins leur auraient été donnés.

Malgré l'importance de ses travaux, ce dont il se montrait le plus fier, c'était d'avoir supprimé, à l'Admission, la camisole de force, les cellules et tous autres moyens de contention. Avec quelle joie n'apprenait-il pas que son exemple était suivi dans un autre service !

« Maluit lenitatem quam vim adhibere » consacre sa grand'pitié.

Le sculpteur en a ciselé la formule dans le bronze du monument.

V. Magnan gardait auprès de lui quelques malades,

©BIUM

réservés aux visiteurs intimes. C'étaient des sujets porteurs d'affections d'un diagnostic difficile, et présentant quelques signes très apparents d'une maladie autre que celle dont ils étaient réellement frappés. Le visiteur, mis en présence d'un cas intéressant, procédait à un examen d'autant plus sommaire que le diagnostic paraissait s'imposer davantage.

Etonné de la simplicité de la « colle » qui lui était posée, il ne manquait pas de se laisser prendre en donnant le diagnostic inexact et prévu. Plusieurs d'entre nous reconnaîtront, à travers ces souvenirs, la silhouette d'une épileptique en démence, que sa parole trémulente, des troubles pupillaires et une vantardise puérile faisaient toujours prendre pour un paralytique générale, et cela sans surprise pour les élèves et le patron.

Jacques-Joseph-Valentin Magnan est né à Perpignan, le 16 mars 1835, dans « cette région qui fut le lieu d'origine des plus illustres aliénistes de notre pays, Pinel, Esquirol, J.-P. Falret », ainsi que le rappelait le Professeur Debove, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, dans l'éloge de V. Magnan, prononcé devant cette Compagnie. Il en faisait partie depuis longtemps lorsqu'il en devint le Président, au début de l'année qui précéda celle de sa mort, M. le Prof. Henriot, membre du bureau de l'Académie de Médecine, qu'il représente ici, nous dira quels souvenirs y a laissés V. Magnan.

V. Magnan mourut au Château de Suresnes, le 27 septembre 1916.

Elève de Fuster, à Montpellier, d'Arthaud, à Lyon, de Marcé, de Baillager et de J.-P. Falret, à Paris, V. Magnan était médecin du Bureau Central d'Admission depuis le 1er mai 1867, date de l'ouverture de Sainte-Anne, quatre ans après le jour où il avait subi victorieusement les épreuves du concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris, avec trois camarades de promotion dont nous sommes heureux de rappeler les noms : M. le professeur Hayem, MM. Gustave Monod et Edmond Larcher.

Sa vie se passa au milieu même de ses malades, auprès desquels il pouvait se rendre directement de son appartement pour les observer et les secourir, à toute heure de jour et de nuit.

C'est avec tristesse qu'il quitta cette maison, où s'était écoulée, dans un labeur ininterrompu, la meilleure partie de son existence. Le 30 juin 1912, V. Magnan examinait, avec toujours la même attention, le 152.832e entrant. Le lendemain, il fit ses adieux à ses malades, à son personnel

©BIUM

infirmier et à ses internes et me les recommanda tous en me faisant la remise de son Service.

Il avait promis de revenir bientôt dans une maison trop pleine de lui pour qu'il y fût jamais étranger. Chaque fois que je lui rappelais sa promesse, il en remettait l'exécution. Un jour, il me chargea de distribuer des souvenirs à plusieurs infirmiers et infirmières, dont il avait eu à se louer plus particulièrement. Je compris, alors, que, redoutant l'émotion des souvenirs, il ne se montrerait plus à Sainte-Anne.

V. Magnan, en effet, n'y revint jamais.

Ses élèves, ses collègues et ses amis l'y ramènent, aujourd'hui, dans une apothéose triomphante.

Discours du Dr Henri Colin, Médecin-Chef de l'Admission, au nom du Service de l'Admission

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES, MESSIEURS,

C'est à moi que revient l'honneur redoutable de parler au nom du Service de l'Admission, aux murs duquel restera désormais fixée la grande image de Magnan, et où j'ai succédé à mon cher Maître et ami Marcel Briand, l'élève préféré de l'homme qui l'a illustré pendant 45 ans et devant lequel nous nous inclinons aujourd'hui.

Ce rapprochement éveille en moi, vous le concevez, non pas un sentiment d'orgueil, qui serait à tout le moins injustifié, mais bien la conscience d'une légitime modestie.

Tout a été dit sur l'œuvre de Magnan, aussi me bornerai-je à exposer devant vous les raisons profondes de son attachement pour ce Service, pénible entre tous, mais d'un attrait irrésistible pour tous ceux qui ont eu l'occasion d'y pénétrer.

Le 1er mai 1867 s'ouvrait l'Asile départemental d'Aliénés de Ste-Anne. Il comprenait un service d'hommes, un service de femmes, confiés à deux médecins aliénistes, et un Bureau central d'Admission dirigé, au point de vue médico-administratif, par l'Inspecteur général Girard de Cailleux, assisté de deux médecins internes.

Ces derniers étaient Magnan et Bouchereau, tous les deux venaient de terminer leurs quatre ans d'internat des hôpitaux de Paris. Je saisis cette occasion pour rendre un pieux hommage à mon Maître Bouchereau, dont on ne louera jamais assez la délicatesse de cœur et l'inépuisable bonté.

©BIUM

En 1868, l'Inspecteur Général ayant demandé à M. le Préfet de la Seine de nommer les deux médecins internes médecins suppléants de l'Asile Ste-Anne recevait la réponse suivante :

« Maintenir purement et simplement l'état de choses. Il « est incroyable qu'à peine un service réglé, on vienne « sans cesse me proposer d'en modifier les bases. »

Malgré le ton quelque peu comminatoire de cette réponse, M. le Préfet de la Seine, Baron Haussmann, décidait, dans un arrêté du 31 décembre 1869, que les « Méde- « cins internes du Bureau d'Admission à l'Asile Ste-Anne « prendrait désormais le titre de médecins résidents ».

Survint la guerre de 1870, qui bouleversa les conditions économiques et le fonctionnement des institutions publiques. Le Service des Aliénés, devenu service départemental, et enlevé à l'Assistance publique par arrêté préfectoral du 15 février 1867, était remis au Conseil Général des Hospices remplaçant l'Assistance publique, supprimée le 29 septembre 1870 par décret du Gouvernement de la Défense Nationale. Lorsque l'Assistance publique fut rétablie, en 1871, elle conserva le Service des Aliénés. Entre temps, le 1er octobre 1870, après la mise à la retraite de l'Inspecteur Général Girard de Cailleux, Magnan et Bouchereau avaient été nommés médecins répartiteurs et assimilés aux médecins des Asiles.

Avant l'investissement de Paris, on avait dû transférer en province un grand nombre de malades des Asiles de la Seine. Nous devions voir se reproduire cet exode 44 ans plus tard. A la fin des hostilités, les Asiles de la Seine, Ste-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard, les quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se trouvèrent à peu près vides. Pour les remplir, on y envoya directement les malades, sans les faire passer par l'Admission. Il en résulta de multiples inconvénients. Les médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière réclamèrent, par la bouche de J. Falret, une organisation plus judicieuse et plus conforme aux intérêts des malades et des médecins appelés à leur donner des soins.

Le Service central de l'Admission fut supprimé par un arrêté du 18 avril 1872, pris sur l'initiative du Directeur de l'Assistance publique. Il fut incorporé à l'Asile Ste-Anne sous le nom de Bureau de réception.

Cependant, le Conseil Général, dans sa session de 1872, demandait le retour au département du Service des Aliénés. Il renouvelait cette demande l'année suivante et, le 1er janvier 1874, l'Assistance publique était encore une

©BIUM

fois dessaisie au profit de l'Administration départementale.

Le 15 avril 1874, un arrêté préfectoral réglementait le fonctionnement du Bureau de réception et de répartition. Le 4 juillet de la même année, un nouvel arrêté modifiait profondément la situation des deux médecins de ce Service. On leur conservait le titre de médecins répartiteurs, on leur donnait le droit d'exercer, mais on réduisait leur traitement et on leur enlevait la résidence à Ste-Anne, où on leur affectait seulement un logement de garde, qu'ils devaient occuper à tour de rôle.

Je ne veux pas m'étendre sur les années troublées qui suivirent. C'est seulement en 1879 que la situation du Service de l'Admission fut enfin stabilisée. A ce moment, le Dr Lucas ayant été admis à la retraite, fut remplacé par Bouchereau à la section des femmes de Ste-Anne, et Magnan demeura seul médecin en chef de l'Admission.

Ainsi se terminait une collaboration de tous les instants qui avait duré 12 ans, entre deux amis unis par le cœur et par l'esprit, et qu'aujourd'hui surtout on ne saurait séparer l'un de l'autre.

Alors commença pour Magnan une période d'activité sans égale, qui se poursuivit pendant 33 ans. Débarrassé des entraves que la jalousie ou les conflits d'intérêts avaient dressés contre lui et contre son collaborateur, il va faire de l'Admission un service qui portera très loin la renommée de la Science française. Ses cours attirent une foule d'étudiants et un grand nombre d'étrangers. Ses doctrines se répandent, violemment combattues par les uns, âprement défendues par les autres. Il y aura bien encore des attaques et des résistances, et vous pouvez en trouver les vestiges sur le tableau affiché, à titre de souvenir, dans la salle des cours, mais la cause est gagnée, et le nom du Service de l'Admission se répand dans le monde entier.

On a tout dit à cet égard et je ne veux pas y revenir. Mais à côté des débats scientifiques, des œuvres de fond, des réformes réalisées, combien d'aperçus nouveaux, que de choses à glaner au sujet de l'assistance aux aliénés, dans les Rapports de fin d'année de Magnan publiés par les soins de l'Administration Préfectorale.

C'est ainsi qu'en 1882-1883, effrayé par le nombre des enfants qui s'accumulaient à l'Admission faute de places dans les Asiles, au risque de provoquer des épidémies, il instituait un traitement à domicile qui obtenait l'approbation du Conseil Général. Ce traitement pouvait être étendu avec fruit, selon lui, aux déments séniles, aux malades tombés en enfance qui constituaient le 6e de la

©BIUM

population de nos établissements, et cela pour le plus grand bien des finances départementales. Magnan inaugurait ainsi le monde d'assistance que la Ligue d'Hygiène mentale s'efforce actuellement d'organiser.

Il a été un des protagonistes des Ecoles d'Infirmiers et d'Infirmières (rapport de 1881). Il revient avec insistance et dans presque tous ses rapports, sur la question des aliénés méconnus et condamnés, préconise l'inspection médicale des prisons, la création d'un service de psychiatrie des prisons organisé depuis en Belgique.

J'abuserais de vos instants s'il me fallait tout énumérer.

Le service de l'Admission, si riche à tous égards, lui ouvre tous les jours de nouvelles perspectives. Il y est d'autant plus attaché qu'il a eu plus de peine à le conquérir, et tous ses efforts tendent à lui faire rendre, au point de vue scientifique, tout ce qu'il peut donner. Servi par des qualités supérieures, il a triomphé de tous les obstacles, avec l'aide de sympathies agissantes que sa valeur, incontestable et incontestée, lui avait attirées dans les Assemblées et dans les hautes sphères administratives.

Au début, pendant les années d'indécision et de trouble au cours desquelles se fonda la République, Magnan trouva des appuis au sein du Conseil Général de la Seine.

Ce fut d'abord le grand citoyen qui plane aujourd'hui sur les sommets éthérés de la gloire, Clémenceau, camarade d'internat et ami personnel de Magnan et de Bouchereau.

Ce fut aussi le Docteur Léonce Levraud, ancien Conseiller Municipal et ancien Député de Paris.

En 1879, c'est le Préfet Hérold qui signe le statut définitif du Service de l'Admission.

Ensuite, il n'est guère de personnalité marquante, soit dans les Assemblées, soit à la Préfecture de la Seine ou à la Préfecture de Police, avec lesquelles Magnan n'ait été en contact et n'ait entretenu des relations d'amitié. Je ne les énumèrerai pas.

Il me sera permis cependant d'associer à l'hommage que nous rendons à la mémoire du Maître le souvenir des hommes aujourd'hui disparus qui l'aidèrent puissamment dans sa tâche.

C'est d'abord Bourneville, dont les médecins des hôpitaux, les médecins des Asiles et le personnel hospitalier ne sauraient sans ingratitude méconnaître les immenses services.

C'est Ernest Rousselle, le père du Conseiller actuel, Henri Rousselle, le si distingué Président de la 3e Commission du Conseil Général.

©BIUM

C'est le Dr Dubois, c'est Hénaffe, c'est le Dr Navarre, une des belles figures de l'Hôtel de Ville dont nous déplorions récemment la disparition.

C'est enfin Paul Brousse, l'ami de Magnan et le mien. J'ai vis-à-vis de lui des motifs de gratitude trop profonds pour ne pas rappeler ici l'aide généreuse qu'il apporta au développement de l'assistance de nos malades. Il est rare de rencontrer un homme aussi fin, à l'esprit plus délié, aux connaissances plus vastes et plus diverses, un psychologue aussi avisé. Vous vous rappelez tous cette impression de bonté, ce charme qui se dégageait de toute sa personne, l'attraction qu'il exerçait sur ceux qui l'approchaient, si bien que, chef d'école socialiste, il comptait dans tous les partis, souvent des élèves, toujours des amis.

C'est ainsi que, grâce à la collaboration féconde et confiante du Conseil Général et de l'Administration, l'Assistance des Aliénés a pu faire depuis une trentaine d'années des progrès inespérés.

Nous n'oublions pas, Monsieur le Ministre, que, vous aussi, vous avez été Conseiller municipal de Paris et Conseiller général de la Seine. Nous savons à quel point les questions scientifiques vous intéressent et combien vous passionnent les problèmes d'assistance. Vous me permettrez peut-être de rappeler que, grâce à vous, le laboratoire de notre grand Pasteur, alors situé rue d'Ulm, fut doté d'une subvention par le Conseil municipal de Paris.

Vous ne m'en voudrez pas si j'insiste sur les marques de sympathie et l'appui que vous avez toujours donné à Magnan, soit au Conseil Général, soit au Sénat, et j'espère qu'il ne vous paraîtra pas indiscret de ma part de dire que, dans vos hautes fonctions actuelles, le problème de l'assistance des Aliénés n'a pas cessé d'être l'objet de votre sollicitude.

On a souvent insisté sur l'affection que Magnan témoignait à ses malades. Le mystère qui entoure le domaine de l'intelligence a pour effet d'effrayer les hommes, à l'idée que la pensée peut être obscurcie par la maladie. De là une répulsion instinctive pour les malades de l'esprit, pour les aliénés. Mais si la fatalité s'abat sur un parent, si l'étude ou le devoir professionnel obligent à voir de près le patient, la crainte, la répulsion initiales font place à une immense pitié. On s'aperçoit alors que ces malades ressemblent singulièrement aux autres et que, chez eux, l'éternelle souffrance humaine se manifeste par les mêmes effets.

L'influence du milieu est toute-puissante, ici comme

©BIUM

ailleurs. Et si Magnan a fait de l'Admission le Service que vous connaissez, l'Admission a agi sur Magnan, en développant chez lui jusqu'à l'extrême cette pitié constante, ce besoin de guérir ou de soulager qu'il a su communiquer à son personnel, aux infirmiers et aux infirmières élevés à son école et dont plusieurs sont encore parmi nous.

L'endroit se prête, du reste, plus qu'aucun autre, au développement de ces sentiments altruistes. On assiste tous les jours à l'entrée du malade dans cet Asile de la douleur. C'est là qu'il prend contact avec ses compagnons d'infortune. Puis viennent les parents, les maris, les femmes, les pères, les mères, encore tout bouleversés par le malheur qui vient de les frapper.

Ne vous semble-t-il pas que l'on doive leur réserver un accueil aussi riant que possible, entourer leur douleur d'images consolantes, leur donner l'impression qu'ils entrent dans un lieu de traitement et non dans un enfer où ils devront laisser toute espérance ?

C'est vers ce but que tendait Magnan. Voici son service tel qu'il était à l'origine, puisque le Pavillon Ferrus et le Pavillon des Perches en ont été distraits pour abriter le Service libre.

Monsieur le Ministre, Monsieur le Président du Conseil Général, Monsieur le Préfet, permettez-moi de le recommander à votre bienveillante sollicitude. C'est le plus bel hommage que je puisse rendre à la mémoire de celui qui l'a créé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Extrait du *J. O.* du 23 juin 1923, page 5904

Le Président de la République Française,

Sur le rapport du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, du Ministre des Finances et du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales,

Vu le décret du 21 mars 1919 relatif à l'administration de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 17 octobre 1919 sur le régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu le décret du 17 janvier 1922 déléguant au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, les pouvoirs conférés au Président du Conseil par le décret du 21 mars 1919, la loi du 17 octobre 1919 et la loi de Finances du 31 décembre 1921 (Art. 62) ;

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'Ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 3 janvier 1922 relatif au recrutement

©BIUM

des médecins des établissement publics d'aliénés, modifié par le décret du 26 décembre 1922 ;

Vu l'avis émis par le Conseil facultatif près le Commissaire général de la République à Strasbourg ;

Vu les propositions du Commissaire Général de la République à Strasbourg,

DÉCRÈTE :

ART. 1er. — Le décret du 3 janvier 1922 relatif au recrutement des médecins des asiles publics d'aliénés, modifié par le décret du 26 décembre 1922, est déclaré applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de Moselle, sous réserve des dispositions transitoires qui font l'objet des articles ci-après du présent décret..

ART. 2. — Provisoirement, et pendant la durée du régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine, les médecins des établissements publics d'aliénés des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle sont nommés par arrêté du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales et du Ministre chargé des affaires d'Alsace et de Lorraine, sur la proposition du Commissaire Général de la République à Strasbourg.

ART. 3. — Nul ne pourra obtenir l'autorisation d'exercer les fonctions de médecin dans un établissement public d'aliénés des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'il n'a satisfait aux épreuves du concours prévu par le décret du 3 janvier 1922 et s'il ne justifie pas d'une parfaite connaissance de la langue allemande.

ART. 4. — Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, le Ministre des Finances et le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel de la République Française.*

Fait à Paris, le 18 janvier 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :
Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,
Maurice COLRAT.

Le Ministre des Finances,
Ch. DE LASTEYRIE.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales,
Paul STRAUSS.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 27.988

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès de Besançon

Le 27e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, présidé par M. Henri Colin, avec l'assistance de MM. de Massary comme vice-président, Santenoise comme secrétaire général et René Charpentier, qui vient de tenir ses assises en Franche-Comté, fut le Congrès de la franchise et de l'amitié.

Ouvert sous la menace d'un égorgement de la minorité par une bande de conjurés, avec la prudente complicité d'une majorité intimidée et absente, il a accompli son programme au milieu d'une parfaite sécurité et de la plus grande affluence. Et il s'est terminé par la signature d'une alliance éternelle entre la psychiatrie et la neurologie, signature qui est celle de la France, de la Belgique, du Luxembourg, de la Suisse, du Danemark, de l'Espagne, de la Pologne.

©BIUM

Ce fut le Congrès de la franchise. En effet, le serment individuel de fidélité, proposé par M. Sollier, fut unanimement prêté. Chacun vint publiquement jurer de maintenir la Constitution existante. Au sortir de l'Assemblée Générale, qu'on croyait devoir être une arène de combat, et qui avait été au contraire le temple de la fraternité, on se rendit au Musée. Et là, devant le tableau d'Henri Regnault, tous les congressistes purent glorieusement se comparer au peintre qui en 1870 était précipitamment revenu d'Espagne pour se faire tuer sur le champ de bataille, en s'écriant : « On bat maman, j'accours ». C'est, en effet, certainement parce qu'on battait le Congrès qu'étaient accourus tous nos collègues pour le défendre, puisqu'aucun ne fit mine de l'attaquer !

Aux malveillants qui douteraient de cette interprétation, rappelons simplement la date de la séance. Est-ce qu'en ce jour anniversaire de la nuit du 4 août, où nos ancêtres consommèrent le sacrifice de leurs privilèges, un seul de leurs descendants aurait pu obéir à un motif d'intérêt personnel ? En notre pays de liberté, quelle que soit la force des puissants du jour, les morts continuent à commander aux vivants, surtout quand le commandement s'exprime par la plus noble des leçons.

Remarquons que l'exemple de la franchise avait été donné dès la séance d'ouverture par les deux présidents. M. Bacou, préfet du Doubs, dans un discours plein de finesse, de courtoisie et de connaissance des choses psychiatriques, nous avait demandé en effet, avec une malicieuse ironie, la création d'asiles où nous enfermerions les gens normaux, pour les soustraire aux dangers innombra-

©BIUM

bles dont nous les voyons entourés. Quel spirituel rappel à la modération pour ceux d'entre nous qui s'exagèrent leur importance sociale ! Et comme elle était bien sur les lèvres du représentant officiel de ces Francs-Comtois, dont Michelet a dit que l'esprit de mesure tempère toujours l'énergie et la confiance en soi !

Et M. Henri Colin, avec sa grande autorité, avait hardiment fait le procès des prétentions qu'élèvent en psychiatrie certaines méthodes nouvelles, comme la biologie et la psychologie, et proclamé l'incontestable et perpétuelle suprématie de la Clinique, pour laquelle toutes les autres méthodes ne seront jamais que de subalternes collaboratrices.

Ce fut aussi le Congrès de l'amitié. D'une amitié capable de réformer l'opinion classique de Cicéron sur ce sentiment pour la naissance duquel il affirme que deux conditions sont nécessaires : l'égalité d'éducation et l'égalité d'âge. Cette deuxième condition est superflue chez nous, comme le montrent les faits suivants.

Au cours du banquet de Dôle, il a fallu porter de force à la table d'honneur notre vénéré maître Briand qui, dans son excessive modestie et par obéissance aux impulsions naturelles de son cœur s'était assis au bas bout d'une table entre Noël Péron, petit-fils de Magnan et Jean Colin, fils de notre président, c'est-à-dire entre les deux plus jeunes congressistes. Les années, on le voit, ne dressent donc aucune barrière sur l'affectivité des nôtres. Elles n'en élèvent pas davantage sur leur organisme, puisque c'est la coqueluche qui nous priva l'an dernier de la joie d'avoir parmi nous notre cher président de demain, de Massary.

©BIUM

Ce double exemple établit donc la ressemblance constitutionnelle qu'ont entre eux aliénistes et neurologistes. Il nous fait voir l'une des bases de l'union indissoluble de la psychiatrie avec sa sœur cadette la neurologie. En même temps, il met en évidence qu'une question ne peut être parfaitement éclairée sans le concours des deux sciences.

D'ailleurs, la psychoanalyse, qui explique tout à la façon de Sganarelle, nous rend compte à merveille de l'évolution des événements auxquels nous avons assisté. N'oublions pas qu'elle nous apprend que le malade cherche parfois le salut dans « le refuge dans la maladie ». Le Congrès menacé par la « Censure », qui lui ordonnait le suicide, pratiqua le « Refoulement » et ne marcha pas. Il se réfugia dans le « Syndrome des Côtes en long » pour échapper au péril qui lui venait du « Syndrome des Côtes cervicales ». Et c'est ainsi qu'il fut sauvé.

Au surplus, le chiffre qu'il porte dans la série des Congrès assurait sa victoire, puisque 27 se prononce comme *vincet*.

La psychoanalyse nous explique encore la prédestination de Besançon à être le siège de discussion des questions scientifiques qui s'y soutinrent. Quel meilleur terrain trouver pour parler de Pansexualisme, que la ville où la précocité sexuelle peut être telle que Charles Nodier y donnait à onze ans des rendez-vous amoureux à une amie de sa mère, et où la virilité peut disposer d'organes aussi mirifiques que ceux du « Jeune homme de Besançon » dont les poilus chantaient la longueur du système en gagnant la guerre ? Et à défaut de Bysance, la cité bizontine ne convenait-elle pas, pour une controverse scolastique sur des mots ?

©BIUM

Où la description des côtes cervicales pouvait-elle mieux se faire que dans le cadre des côtes montagneuses où nous étions ?

Et l'exposé de la criminalité des toxicomanes n'était-il pas tout indiqué dans une ville fondée par le petit-fils de Noé, afin que l'on y pût opposer la bienfaisance du vin naturel aux méfaits des toxiques.

Enfin, le nom de Répond ne vouait-il pas celui qui le porte à être le plus séduisant des contradicteurs ? L'inconscient désir de provoquer des réponses d'un aussi sympathique adepte de la psychoanalyse ne serait-il pas une excuse à la vivacité de la critique des adversaires de cette doctrine ?

⁂

C'est une vision romantique que donne la patrie de Victor Hugo lorsqu'on l'aperçoit un soir d'orage des hauteurs de Brégille. A la lueur des éclairs, la montagne, au pied de laquelle elle se resserre dans la boucle du Doubs, élève dans les nuages sa citadelle comme un énorme burg entre deux gorges abruptes où roule le tonnerre. Et la ville, avec la masse indistincte de ses maisons aux toits bruns, avec le jaillissement du clocher de l'église surmonté d'une croix d'or, avec l'encerclement de sa rivière miroitante, semble dans le brouillard quelque gigantesque dragon qui, la queue enroulée contre les écailles fauves de sa carapace et dardant sa langue de flamme, monte la garde devant un château enchanté.

Mais en réalité, c'est un charme classique que l'on trouve à cette capitale, lorsqu'on la visite par les

©BIUM

journées ensoleillées que nous y vécûmes. Les rues ni trop longues, ni trop étroites, y ont des courbes modérées. Les maisons, de dimension moyenne et sans façade criarde, s'embellissent fréquemment de l'apparition sévère et noble d'un palais de la Renaissance ou de l'élégance riante d'une demeure du XVIII[e] siècle. Des promenades spacieuses, sous l'ombre desquelles dorment des ruines, un arc de triomphe romain qu'a noirci la torche incendiaire des barbares venus des steppes du Danube et des déserts de l'Arabie, de riches musées, une université, un théâtre, attestent le respect du passé et le culte de l'intelligence. Des écoles professionnelles, des horlogeries, des usines prouvent le souci de l'avenir, du commerce et de l'industrie. Une station thermale avec casino assurent l'entretien de la santé et le délassement du plaisir. Une population de stature plutôt haute, à la démarche énergique et d'un abord extrêmement courtois anime sans tapage les places et les rues. Le couloir de la rivière très à l'aise entre ses quais et sautillant sur deux menus barrages, fait circuler une fraîcheur bruissante tout autour de la noble cité. Des montagnes escarpées l'enserrent immédiatement d'un rempart de frondaisons et de prairies parfumées. C'est une impression de salubrité, de netteté, en même temps que d'émouvante beauté, que le voyageur éprouve et emporte dans sa mémoire.

La fin de la première journée fut consacrée à visiter la Maison d'Enfants des Salins de Brégille, nichée sur un plateau de la rive droite et dirigée par le Docteur Dasse. Pour tout le monde, la visite de cet établissement modèle de prophylaxie contre la tuberculose fut instructive. Et chacun, en dégus-

©BIUM

tant les sorbets exquis qu'on voulut bien nous y offrir, put admirer le panorama splendide dont on y jouit. Mais la psychoanalyse elle-même, dont on avait dû clore l'interminable discussion lorsqu'on y monta, put trouver son gain dans cette ascension. La vue du gracieux essaim des fillettes à demi vêtues et cheveux flottants qui évoluait sur l'herbe tendre des pelouses, n'était-il pas en effet de nature à enrichir d'une unité la collection de ses complexes par l'invention du complexe de... Soleillant ?

Le lendemain soir, ce furent les quartiers de la ville haute, où César campa ses légions, où plus tard les évêques élevèrent leurs églises et leurs monastères, que l'on explora. Sous la conduite savante de M. l'Archiviste Cellard, on passa devant les mosaïques presque intactes des thermes romains, sur les gradins du théâtre de l'antique Séquanaise, sous la Porte Noire de Marc Aurèle, le long des vieilles murailles du Moyen Age, dans la basilique St-Jean qui conserve la trace de tous les remaniements séculaires qu'elle subit, et jusqu'à l'intérieur de la formidable citadelle de Vauban. Du haut de ses remparts on assiste à l'étranglement de la ville péninsulaire, par le lacet de soie bleutée que lui passe le fleuve et qu'il semble aller nouer derrière la butte d'où on le contemple. Et la vue s'enfonce le long de la brèche sinueuse qu'en amont et en aval ses eaux découpent dans les forêts et les roches des montagnes couronnées de forteresses.

La fin de l'exploration eut lieu le lendemain après-midi à l'issue de la séance de travail. L'hôtel de la Préfecture, discrètement à l'écart du centre des affaires, comme il convenait à la demeure de l'Intendant du roi Louis XV qui l'éleva. L'hôpital

©BIUM

St-Jacques, dont la noble simplicité derrière sa grille de fer forgé, dans l'enfilade de ses salles, et sur les étages de la précieuse collection des bocaux de sa pharmacie rappelle la charité royale, qui à la même époque construisit le fastueux hôtel des Invalides. Le palais Granvelle que le ministre de Charles-Quint se fit bâtir, certainement à un retour de Florence. L'Hôtel de Ville, d'une élégance massive et bien en harmonie avec l'importance des magistrats du XVI^e^ siècle pour qui on l'édifia. Le Palais de Justice, dont Hugues Sambin, élève de Michel-Ange, dressa les plans. Les collections du Musée, etc...

Préfet et Maire eurent le bienveillant souci de réparer nos forces que l'admiration de tant de belles choses risquait d'épuiser. Du champagne frappé nous réconforta lors de la traversée du jardin de la préfecture, et après le dîner, un buffet chargé d'excellentes friandises fut installé dans les salons de la mairie, où nous eûmes la joie d'entendre, de voir et d'applaudir une troupe d'artistes recrutée parmi les plus charmants habitants de la ville.

Le dimanche se passa sur les routes de Saint-Ylie, dans les carrefours et surtout à la table de la salle des fêtes de Dôle. L'accueillante cité mit en effet le comble aux largesses dont nous avions été l'objet jusque-là, en nous invitant au plus plantureux et succulent des banquets. Décidément, le pays de la Franche-Comté est aussi celui des franches lippées ! L'urgence de rédiger un compte rendu pour la presse m'empêcha de bénéficier pleinement de ce voyage, et de toutes les épaves artistiques du passé de capitale que vécut la grosse bourgade

©BIUM

d'aujourd'hui. Elle espère encore en l'avenir. Et son hardi beffroi, qui brava victorieusement l'assaut du père du grand Condé, pense voir bientôt se brouiller la nappe des eaux où il se mire, sous le sillage de la flottille évoluant de la Méditerranée à la Mer du Nord, quand tous les fleuves et les rivières seront enfin canalisés.

D'ici là, le contraste de leur destinée continuera à fixer la méditation du voyageur, sur les deux centres qu'il rencontre à quelques dizaines de kilomètres de distance, le long de la même voie fluviale, et qui au cours de l'histoire rivalisèrent de prospérité et d'éclat. Dans le fer à cheval de sa gorge altière, Besançon s'enorgueillit de toutes les allures d'une métropole de l'intelligence et de l'industrie. Dôle, par contre, étale, sur les ondulations fertiles de la vallée qui s'évase, la bonhomie souriante d'un opulent village. Village dont le crépi moderne des murs éclate à chaque instant sous le jet de quelque antique sculpture, et dont l'atmosphère combine amoureusement les saines effluves du présent campagnard, aux relents archaïques des splendeurs citadines d'antan. C'est en faisant de Besançon le siège du gouvernement administratif et militaire de sa nouvelle province, que Louis XIV établit entre les deux villes une inégalité radicale, qui ne saurait cesser, avant le jour où la sacrifiée sera devenue, comme elle le désire, l'embarcadère des Marches de l'Est pour les rivages du Levant et du Septentrion.

L'esplanade dôloise, d'où le regard devine la cime neigeuse des Alpes par-delà la brume qui monte de la Bresse flamboyante sous le soleil estival, fut malheureusement pour moi le point extrême de l'excursion. Je dus renoncer à suivre les for-

©BIUM

tunés explorateurs qui à travers combes et cluses remontèrent jusqu'aux sources de la Loue. Le val rétréci du Doubs, au-dessus de la boucle bizontine, fut donc le seul où j'ai pu admirer la différence du Jura et des Vosges. Le premier, avec ses murailles planes et continues tombant à pic comme les panneaux d'un même écran sur les rives qu'elles encaissent, a une beauté sauvage. Les secondes, au contraire, par le moelleux contour des masses qu'elles modèlent de chaque côté du cours d'eau, ont un charme tout caressant. Comme l'indiquent bien leurs noms respectifs, il n'y a qu'une chaîne d'un seul tenant dans « le » Jura, il y a des éléments individualisés, des ballons, dans « les » Vosges.

Il fallut donc quitter cette belle campagne comtoise qu'a peinte Courbet et où règne une mystérieuse vertu, puisque les poissons des rivières, dont Ponsot a surpris le secret, y ont une intelligence humaine, et puisque les animaux des champs que Pergaud y observa, ont des mœurs bien plus touchantes que celles que leur attribue La Fontaine. De la portière du wagon, j'eus la bonne fortune d'assister fugitivement à l'une des scènes que cet écrivain a le mieux dépeintes : Je vis « deux liè-
« vres... non poltrons, mais ironiques sous la visière
« postérieure de leur queue... se promener joyeux
« et cabrioler par les luzernes et les trèfles... reni-
« fler le crépuscule qui descendait et sonder de
« leurs oreilles pointées voluptueusement vers les
« quatre vents, le bourdonnement musical de la
« nuit tombante ».

Mais le train continua à fuir vers le nord, dans cet étroit défilé où refluèrent les hordes suèves

©BIUM

d'Arioviste sous la poursuite des cohortes de César après la bataille de Vésontio, lors de l'une des premières rencontres entre la civilisation latine et la cupidité germanique. C'est par le même défilé que dix-huit siècles plus tard, le chant national de la France, conçu par le cerveau du Jurassien Rouget de l'Isle, prit son essor vers la frontière, pour aller éclater à Strasbourg, sous le nom de la *Marseillaise*.

***

Enfin, il serait coupable de quitter la patrie de Pasteur sans rendre hommage à la mémoire de l'homme dont le monde entier fête justement le Centenaire. La seule façon de lui rendre dignement hommage, après tous les éloges que lui décernèrent les orateurs les plus éloquents de toutes les nations, est de suivre, dans la mesure où on le peut, son illustre exemple. La forme la plus accessible de cet exemple est la reconnaissance que Louis Pasteur professa toute sa vie pour ses anciens maîtres. Ses *Souvenirs intimes* sont imprégnés de piété filiale pour Claude Pouillet, J.-B. Dumas, Delafosse, Ballard et bien d'autres savants ses aînés.

C'est en invoquant ce précédent auprès de notre président M. Henri Colin que je m'autoriserai à lui exprimer ici toute la gratitude que je lui garde et que lui gardent ceux qui, comme moi, eurent la chance d'être ses internes. Et naturellement, l'expression de cette gratitude s'étendra à son ami M. Pactet, en raison de l'intimité de l'affection légendaire qui depuis leur tendre jeunesse lie l'un à l'autre ces deux maîtres de la psychiatrie. Il était en effet impossible lorsqu'ils étaient tous les deux à Villejuif, d'être l'interne de l'un, sans l'être en même temps de l'autre, tant le contact et la pénétration

©BIUM

étaient grands entre les deux services. C'est eux qui nous apprirent la psychiatrie et qui, chose plus difficile encore, nous enseignèrent l'indépendance du caractère.

Leur amitié anachronique, au milieu de la caducité des alliances et des combinaisons éphémères de l'époque actuelle, nous donne la preuve réconfortante qu'il est possible d'exceller dans une même science et de parcourir avec honneur une même carrière, sans se dessécher le cœur. Mais à une condition. C'est de ne jamais enfourcher, pour franchir tapageusement les étapes, ce farouche cheval de l'ambition, qui d'ailleurs, selon la parole du sage Amyot, ne cesse de ruer qu'il n'ait mis bas son cavalier.

De la sorte, non seulement on garde ses amis, mais encore on s'attache des élèves, dont la reconnaissance n'est pas fragilement suspendue aux éventualités de la mesure où l'on pourra leur servir la sportule qu'ils escomptent. De la sorte enfin, on acquiert la certitude de trouver dans toute louange, toujours la sincérité d'un homme, jamais le calcul d'un client.

***

Le Congrès de Besançon, auquel l'infatigable zèle du secrétaire général permanent René Charpentier et les efforts du secrétaire général annuel Santenoise avaient su attirer une très grande affluence, restera donc mémorable entre tous, puisqu'à l'intérêt scientifique des autres, il ajoute celui des événements fameux qui s'y déroulèrent et des décisions qui y furent prises pour l'avenir.

Paul COURBON.

©BIUM

PH. CHASLIN

La mort n'a frappé que ceux qui le connaissaient ; elle l'a enlevé à leur affection pour le transporter aux côtés des sages de l'Humanité dont les leçons sont éternelles.

Quelle magnifique leçon de sagesse que la vie de Chaslin ! Mal armé pour la lutte, il ne songe pas à créer un foyer ; il ne quitte pas sa mère, et leur tendre sollicitude réciproque triomphe de la faiblesse de constitution du fils, de la fragilité sénile de la mère, reculant la fatale séparation jusqu'à ces dernières années. Il renonce à la vie agitée du praticien à laquelle, en même temps que sa santé, s'oppose une excessive timidité, et, sorti de l'Internat des Hôpitaux de Paris, il conquiert le titre de Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il peut ainsi satisfaire aux besoins d'un esprit avide de culture et de recherches, et dans le domaine qui convient le mieux à ses tendances philosophiques, en même temps qu'aux exigences d'un cœur secourable.

Ce que fut Chaslin psychiatre ? le prix qu'on attachait à sa collaboration aux traités, comme au tout récent *Traité de Psychologie,* l'autorité de ses interventions dans les Sociétés Savantes en dépit de son manque d'assurance, la présidence de la *Société Médico-Psychologique* et de la *Société de Psychologie* qu'on a imposée à sa modestie, le retentissement de ses travaux sur la *Confusion mentale,* sur la *Sémiologie psychiatrique* entre autres, en témoignent. A sa modestie farouche s'ajoutait un scrupule égal qui trop souvent a arrêté sa plume ; il écrivait une langue châtiée, sobre, en harmonie avec la clarté, la précision de ses conceptions ; et il est intéressant d'opposer ses travaux de pure tradition française, de haute discrétion scientifique, à certains qui nous viennent de l'étranger avec tumulte et qui sont aussi lourds de forme que de pensée.

©BIUM

Ce que fut la bonté de Chaslin ? on ne peut le savoir; elle se cachait. Son nom figurait dans de multiples œuvres de bienfaisance, de patronage, d'assistance, mais que de gestes avons-nous surpris qui trahissaient une charité active, sans cesse en éveil ! Il n'avait pourtant pas de fortune ; ses revenus étaient modestes, et seule la simplicité de sa vie, encore accrue à la suite de la guerre, a permis ses libéralités. Auprès des malades Chaslin était un véritable apôtre : son visage d'ascète, osseux et pâle, était baigné de tendresse par le regard, et les paroles coulaient de sa barbe douces et bienfaisantes. Oui, Chaslin fut un apôtre ; sa religion était la Bonté.

Il n'a pas connu les honneurs officiels dont sa sagesse le détournait, mais à la fin d'une carrière hospitalière qui les eût tous justifiés il connut l'ingratitude. Il fut chassé de son service avant l'heure de la retraite, sous prétexte d'un changement de destination de celui-ci, et je le verrai toujours dans la petite chambre d'isolement qui était devenue son bureau, préparant l'évacuation de ses derniers malades, s'inquiétant des conditions de leur transfert souvent lointain, consolant leurs parents accourus, me reprochant quelques lignes indignées parues dans la *Presse Médicale*. Ainsi quand il franchit pour la dernière fois la grille de cette Salpêtrière au renom universel de laquelle il avait apporté une éclatante contribution, Chaslin était déjà oublié des sphères officielles.

Un an plus tard la mort l'emportait, sans autre appareil que celui de la crémation, symbole du néant où il tenait tout ce qui sur terre est en dehors de l'intelligence et du cœur.

R. MALLET.

Juillet 1923.

©BIUM

SYNDROMES SYMPATHIQUES VASO-MOTEURS CÉRÉBRAUX AURICULAIRES ET VISUELS

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Laennec

J'ai insisté ailleurs (1) et plus récemment (2) sur l'influence considérable des perturbations du sympathique sur le cerveau.

Je crois avoir montré (3) que le sympathique agit sur le psychisme par trois voies :

1° la voie *physiologique* par l'intermédiaire des vaso-moteurs et des modifications sécrétoires ;

2° la voie *affective* par l'intermédiaire des perturbations cénesthésiques ;

3° la voie *intellectuelle* enfin, psychologique pure, par l'intermédiaire des réflexions que le malade fait sur les troubles sympathiques qu'il ressent.

Par ces mécanismes variés, des syndromes cérébraux, tels que certaines migraines, épilepsie, vertiges, euphories, mélancolies, hypocondries, angoisses et anxiétés me paraissent intimement liés à la pathologie sympathique.

Parmi ces syndromes cérébraux, me limitant ici aux seuls syndromes d'origine surtout vaso-motrice, je n'étudierai que la migraine, la vaso-dilatation céphalique, l'euphorie vaso-dilatatrice et l'épilepsie. Et en raison de leurs relations anatomiques, physiologiques et cliniques, je rapprocherai du cerveau l'oreille et les

---

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Le plexus solaire et ses fonct. *Journal de psychol. normale et pathol.*, 1907, n°s 3 et 4, p. 216-221 et 312-329.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Path. du sympathique.* Alcan, 1923.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Rapport du cortex avec le sympatique et les glandes endocrines. *Cours de vacances*, 1912, leçon inédite, 12 septembre.

©BIUM

yeux et dirai un mot de leurs syndromes relevant, comme les syndromes cérébraux précédents, d'un trouble sympathique vaso-moteur.

I

SYNDROMES SYMPATHIQUES VASO-MOTEURS CÉRÉBRAUX

1° *Migraine*

A. DONNÉES CLINIQUES. — Céphalée paroxystique, souvent périodique, diffuse ou partielle, s'accompagnant fréquemment de nausées, de vomissements, de vertiges, de troubles oculaires (1), la migraine a un tel cortège de troubles vaso-moteurs qu'il est évident qu'entre dans son mécanisme, souvent, sinon toujours, un élément sympathique.

B. DÉGAGEMENT D'UN FACTEUR SYMPATHIQUE. — Pour Jacquet et Jourdanet, c'est une crise d'hyperesthésie de la substance cérébrale et en particulier du cortex, avec irradiations nerveuses variables, le tout sous la dépendance de l'excitation émanée d'organes divers au premier rang desquels figure l'estomac hyperexcité.

Des liens étroits relient les névralgies faciales à la migraine. Putnam, sous le nom de névralgie sus-orbitaire intermittente ou de forme migrainoïde de la névralgie sus-orbitaire, a décrit des névralgies-migraines, type de transition entre ces deux syndromes : crises de névralgie sus-orbitaire avec participation du globe oculaire et céphalée gravative avec nausées et vomissements.

Dana (2) a décrit, comme forme migraineuse de la névralgie faciale, des migraines, qui, chez les jeunes femmes, se muent peu à peu en névralgies faciales typiques.

Leudet, Hamilton, Valleix ont vu la calvitie localisée au territoire douloureux des migraineux et Gubler et

---

(1) L. JACQUET et JOURDANET. — Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. *R. de méd.*, 10 avril 1909, p. 271-291.

(1) J. PUTNAM. — On periodical nevralgies of the nerve and their relation to migraine. *Transact. of the Americ. Physicians*, XV, 1896.

(2) DANA. — Natural history of tic douloureux with remarks on the treatment. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1900.

©BIUM

Bordier, Cornu ont décrit le *cheveu zébré* par accès répétés de migraine.

Deux observations de Fernand Lévy (1) tendent à lui faire envisager avec Thomas la migraine comme une névralgie des filets intra-crâniens du trijumeau. Il a vu, en effet, dans ces deux cas, la réapparition immédiate de migraines typiques chez des névralgiques, anciens migraineux, dès que les injections d'alcool eurent fait disparaître les douleurs dans la sphère du trijumeau extra-crânien.

Si déjà dans les névralgies faciales des symptômes apparaissent liés au sympathique céphalique, à plus forte raison s'impose le rôle du sympathique dans la migraine. La coïncidence d'hémiface succulente (2), la constatation faite par Nörstrom du gonflement des ganglions cervicaux (3) chez les migraineux viennent à l'appui de cette opinion que, quels que soient les points de départ de la migraine, elle est dans son mécanisme et son expression un syndrome sympathique. Au commencement du XIXe siècle Tissot (4) la considérait déjà comme le retentissement sympathique d'une affection stomacale.

C. Déductions pratiques. — Depuis l'ère de la colloïdoclasie le traitement de la migraine s'est enrichi des méthodes d'anti-anaphylaxie alimentaire. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot ont eu le mérite de montrer qu'on pouvait empêcher certaines migraines d'origine alimentaire, comme certaines urticaires, en faisant ingérer un cachet d'un gramme de peptone une heure avant le repas. Toute une littérature est sortie de ces premières recherches (5). Le point important est que la mi-

(1) Fernand Lévy. — Névralgies faciales et migraines. *Congr. des aliénistes et neurologistes*, Bruxelles-Liège, 1910, t. II, p. 229-232.

(2) Meige H. — Migraine exophtalmique, hémiface succulente *R. Neurol.*, 30 sept. 1901.

(3) Hartenberg. — Les céphalées musculaires. *Presse méd.*, 14 fév. 1912, p. 134.

(4) Tissot. — *Œuvres complètes*, t. XI, 1813, cité par Jacquet et Jourdanet.

(5) Pagniez Ph. et Nast. Rech. sur la pathogénie de la crise de migraine. *Pr. méd.*, 28 avril 1920, p. 253-254. — Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et Nast. Thérapeutiq. préventive des migraines par

©BIUM

graine rentre comme l'urticaire dans les phénomènes de choc.

Ce syndrome, où paraît prédominer la vaso-constriction, s'oppose jusqu'à un certain point à la *vaso-dilatation céphalique.*

2° *Vaso-dilatation céphalique*

Ce syndrome sympathique céphalique, bien décrit par Sardou (1), mérite de fixer l'attention.

Les vaso-dilatés céphaliques ont les conjonctives rouges, avec larmoiement et photophobie, des poussées érythémateuses de la face et du crâne, des bourdonnements d'oreilles avec sifflements ou bruit de cloches, et des alternatives de sécrétions nasales ou d'obstruction du nez, surtout quand ils se penchent. Les épistaxis sont fréquentes et n'ont pas ici la valeur diagnostique de l'hypertension artérielle. Ce syndrome, sur lequel je reviendrai ailleurs, est évidemment un syndrome sympathique.

3° *Euphorie*

A. Données cliniques. — L'euphorie, contentement exagéré du moi physique, a de multiples causes qu'on étudie en psychiatrie (2).

Ces malades, dit Grasset (3), ne craignent rien, se trouvent mieux que jamais, ne veulent pas consulter de médecin, ni prendre les précautions les plus élémentaires ; ils sont indifférents au milieu physique ou le méprisent ; ils bravent tout et le disent.

Ce sont les *hypercondriaques* de Plicque (4).

B. Dégagement d'un facteur sympathique. — Sans affaiblissement de l'esprit critique, et sans hypocénes-

---

la peptonothérapie prépandiale. *Pr. méd.*, 3 avril 1919. — Nast. *Th.*, 1922. — Bouché et Hustin. *Pr. méd.*, 1921. — Sicard, Forestier et Pmraf. *Soc. méd. des hôp.*, 1921. Cités par Pasteur Vallery-Radot, in migraines et anaphylaxie. *La Médecine*, fév. 1923, p. 371-372.

(1) Sardou. — La vaso-dilatation céphalique. Causes et conséquences. *La Clinique*, n° 12, 1910.

(2) Chabrier. — Les émot. et les états organiques. Alcan, 1911.

(3) Grasset. — *Physiopathologie clinique*, t. III, p. 188.

(4) Plicque. — *Bulletin méd.*, 1912.

©BIUM

thésie, on peut être euphorique par vaso-dilatation (1).

Cette euphorie vaso-dilatatrice, qu'on ressent dans la première période de l'ivresse, est par définition un syndrome sympathique.

C'est pourquoi je distingue ici cette euphorie sympathique par vaso-dilatation de l'euphorie par obnubilation et de l'euphorie par hypocénesthésie.

4° *Epilepsie*

A. Données cliniques. — La pâleur initiale de la crise épileptique, comme celle qui prélude aux équivalents psychiques, démontre cliniquement la part vasomotrice du sympathique dans le mécanisme de l'épilepsie, quels que soient d'ailleurs les multiples autres facteurs, organiques, toxiques, infectieux, qui déterminent le syndrome.

B. Dégagement d'un facteur sympathique. — Les analogies cliniques, incontestables dans certains cas, des vaso-constrictions céphaliques de la migraine (2) et de l'épilepsie, les lésions du sympathique cervical de certains épileptiques, la fréquence de la vagotonie préparoxystique, les arguments enfin sur lesquels se base la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie par l'ablation du sympathique cervical (3), bien abandonnée d'ailleurs aujourd'hui, permettent d'admettre dans le mécanisme de l'épilepsie un facteur sympathique — la vaso-constriction — parfois prédominant.

Dans son chapitre des angio-névroses, Stewart (4) dit : Il est presque établi que la perte de connaissance, qui caractérise l'attaque d'épilepsie, est liée à une ané-

(1) Klippel et Dumas. — De la paralysie vaso-motrice dans ses rapp. avec l'état affectif des P. G. *Congr. des aliénistes et neurol.*, Bordeaux, 1895.

(2) Ch. Féré. — Faim-valle et migraine. *Soc méd. des hôp.*, 30 mars 1900, p. 391-392.

(3) Lannois et Jaboulay. — Tr. de l'épilepsie par la sympathectomie. *Congr. des aliénistes et neurol.*, Angers, 1898. — Chipault. Sur la chirurgie du sympathique et ses diverses applicat. *Ac. de méd.*, 27 déc. 1898. Discuss., 4 janv. 1899.

(4) Purves Stewart. — *Le diagnostic des mal. nerv.*, trad. J. Scherb., 1910, Alcan, p. 419.

©BIUM

mie cérébrale subite et que la période tonique de l'attaque d'épilepsie majeure s'accompagne d'anémie corticale, tandis que la période clonique est associée à un retour de la circulation artérielle.

Je partage cette manière de voir (1). C'est aussi l'avis d'Hartenberg (2).

Indépendamment du rôle que le sympathique peut jouer dans l'épilepsie par des modifications vasculaires au niveau de l'encéphale, on pourrait se demander s'il n'a pas dans l'épilepsie une action locale sur les muscles. En effet, s'appuyant sur le fait, signalé par Bœke, qu'il existe dans les muscles striés un système de fibres sympathiques, distincts des nerfs moteurs ordinaires, possédant des terminaisons propres, H. Fischer a émis l'hypothèse que l'adrénaline tient sous sa dépendance l'excitabilité de ces terminaisons, comme elle tient celle des terminaisons du sympathique dans les muscles lisses. En conséquence, certains chirurgiens allemands ont fait la surrénalectomie gauche comme traitement de l'épilepsie !

Or Wertheimer et Dubois (3) ont déterminé chez le chien, après surrénalectomie, les mêmes accès d'épilepsie caractéristique généralisée que chez des chiens normaux. Ils ont de plus constaté la persistance de l'excitabilité du système vaso-moteur après la surrénalectomie. A noter qu'ils ont choisi le chien au lieu du lapin, car celui-ci est réfractaire à l'épilepsie corticale (Albertoni, François Franck), sans doute, à mon avis, parce que son vague est peu excitable.

L'opération conçue et exécutée par les Allemands est chose non seulement dangereuse, mais inutile.

Les travaux récents, issus des constatations de Tinel et Santenoise sur l'exagération du réflexe oculo-cardiaque et l'hémoclasie digestive préparoxystiques chez

---

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE. — Crise comitiale survenue pend. l'applicat. de l'oscillomètre de Pachon. *Soc. de Psychiatrie*, 20 nov. 1919. *Encéph.*, déc., p. 415. — LAIGNEL-LAVASTINE et R. VOISIN. in *Tr. de méd. et de thérap. de Sergent*. t. , p.

(2) HARTENBERG. — *P. M.*, 1922.

(3) WERTHEIMER E. et Ch. DUBOIS. — Surr. et épilep. corticale. *Soc. de biol.*, Lille, 12 juin 1922. C. R., n° 23, p. 301.

©BIUM

les épileptiques, non soumis au gardénal (1), font considérer la crise épileptique comme l'expression d'un phénomène de choc (2). Par conséquent en envisageant le syndrome de ce point de vue on y trouve encore un facteur vago-sympathique. On pourrait à la rigueur rapprocher de certaines absences comitiales certaines *narcolepsies*. A l'occasion d'un cas de sommeil d'origine anaphylactique, E. May (3) cite des faits de somnolence prandiale parfois invincible améliorés par la peptone et pense que la *narcolepsie* est parfois un symptôme de choc. Cette vue appelle de nouvelles recherches.

II

VERTIGES ET TROUBLES VISUELS D'ORIGINE VASO-MOTRICE

J'ai mis ici les vertiges et les troubles visuels d'origine vaso-motrice, parce que ce sont avec les migraines et les crises épileptiques les plus fréquentes des manifestations encéphaliques pouvant être liées à une vaso-constriction pathologique de l'encéphale.

Mais parmi les multiples accidents paroxystiques, aphasie, parésie, hémianopsie, etc., que les spasmes vasculaires d'origine sympathique peuvent déterminer dans l'encéphale, je n'ai mis ici que les vertiges parce

---

(1) TINEL J. et SANTENOISE D. — Act. du gardénal sur les manifest. leucocytaires de l'hémoclasie digest. chez les épileptiq. *Soc. biol.*, 12 nov. 1922, p. 844.

(2) Je dois cependant faire remarquer que des recherches de Marchand (*Soc. méd. psychol.*, 26 mars 1923, *Annales*, avril, p. 345) « il ressort que le R. O. C. ne présente pas chez les épileptiques de modifications spéclales nettement accusées et qu'on ne peut, en se basant uniquement sur ce réflexe, admettre chez ces malades un état vagotomique accusé, soit en dehors des périodes d'accès, soit à l'approche des crises » ; mais à propros de ce travail qui tend à n'accorder aucune valeur à l'exagération du R. O. C. chez les épileptiques, j'ai fait remarquer (*Soc. Méd.-Psychol.*, 26 mars 1923) que, si le R. O. C., en dehors des crises était variable comme les causes et les modalités même de l'épileptique, par contre de l'aveu même de Marchand et Adam, le R. O. C. chez le même sujet, après la crise, est moindre qu'auparavant, comme si la crise soustrayait au R. O. C. une part de sa réactivité vasale ; et ceci est bien conforme à la théorie.

(3) MAY (E). — *Soc. méd. hôp.*, 11 mai 1923, p. 704.

©BIUM

qu'ils sont souvent les premiers symptômes des spasmes vasculaires et parce que je ne dois pas à l'occasion du sympathique passer en revue toute la pathologie cérébrale.

1° *Vertiges*

A. Données cliniques. — Selon Grasset (1) le vertige tout d'abord est une sensation, un phénomène subjectif de conscience. Grasset n'admet pas, avec Hughlings Jackson (2), que le vertige est une titubation commençante et par suite un symptôme moteur plutôt que sensitif et il ne sépare pas, avec Pierre Bonnier (3), la sensation vertigineuse et le vertige.

Ce qu'il ne faut pas confondre, c'est le vertige et le déséquilibre qui peut en être, mais n'en est pas nécessairement la conséquence.

Le vertige est une sensation fausse. Cette sensation fausse, qui peut être une hallucination, mais qui le plus souvent est une illusion, est une sensation de désorientation : c'est une erreur d'orientation.

A cette sensation de désorientation s'ajoute un second élément constitutif : la sensation de déséquilibre. Le vertige est donc le symptôme conscient « de l'insuffisance fonctionnelle (claudication intermittente) des centres automatiques de l'équilibration ».

Dans un remarquable article sur le *Vertige qui fait entendre* (angiospasme labyrinthique), M. Lermoyez (4) donne une excellente définition du vertige, qui est la douleur du nerf vestibulaire, comme le bourdonnement est la douleur du nerf cochléaire.

Il montre avec juste raison dans l'angiospasme labyrinthique un cas particulier des crises vasculaires de Pal.

---

(1) Grasset. — *Physiopathologie*, III, p. 560.

(2) Hughlings Jackson. — In Leroux. Act. Vertige. *Dict. des sc. méd.*, p. 146.

(3) Pierre Bonnier. — Vertige. Bibl. Charcot-Debove, p. 8.

(4) Lermoyez. — Le vertige qui fait entendre (angiospasme labyrinthique). *Presse méd.*, 2 janv. 1919, p. 1-3.

©BIUM

Le spasme des artères rétiniennes produit l'amaurose passagère.

De même le spasme de l'artère auditive interne, avec ses deux branches cochléaire et vestibulaire produit la triade de Ménière au complet : surdité, vertiges, bourdonnements. Le spasme de l'artère vestibulaire déclanche un accès de vertige sans troubles auditifs paroxystiques concomitants.

Le spasme de l'artère cochléaire provoque des crises de surdité subite et passagère avec de violents sifflements d'oreille, mais sans vertiges. Ce demi-syndrome de Ménière est beaucoup moins connu que sa forme larvée exclusivement vertigineuse.

Lermoyez a pu observer, chez une dame atteinte de syndrome de Raynaud, un angiospasme typique du labyrinthe antérieur.

Le mécanisme dans les deux localisations, digitale et labyrinthique, est exactement le même.

« Observons, dit Lermoyez, ce qui se passe dans l'asphyxie des extrémités où l'angiospasme se manifeste en pleine lumière. Sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement, « les doigts meurent » ; ils s'engourdissent, blanchissent et deviennent presque immobiles, en même temps qu'ils perdent leur sensibilité. Mais voici que sous l'influence d'un réchauffement rapide, le spasme se détend, la circulation locale reprend, souvent avec violence. Les doigts bleuissent puis rougissent, de pénibles fourmillements se produisent ; souvent une douleur cuisante, la douleur de l'*onglée,* annonce le retour de la sensibilité et du mouvement. Des phénomènes semblables se passent dans les oreilles et il ne serait pas excessif de parler « d'onglée du labyrinthe ». La fermeture de l'artère auditive interne, qui s'est faite lentement, a provoqué l'anesthésie progressive de l'oreille, c'est-à-dire la surdité. Mais voici que le spasme se détend brusquement ; le sang se précipite à nouveau dans le labyrinthe qu'il étourdit ; et ce trop brusque afflux, qui dans les doigts produisait la douleur banale, provoque ici en même temps la douleur spéciale de l'organe cochléaire, qui est le bourdonnement et la souffrance de l'organe vestibulaire, qui est le vertige ;

©BIUM

il fait en outre disparaître l'anesthésie de l'oreille, je veux dire la surdité ».

B. DÉGAGEMENT D'UN FACTEUR SYMPATHIQUE. — Le type de ces vertiges est ce que Grasset a décrit sous le nom de vertiges des artérioscléreux (1).

Tout le monde s'entend pour y voir la manifestation d'un spasme des artères de l'encéphale.

Cette crise angiospasmodique — toujours semblable à elle-même dans son mécanisme, quelle que soit son expression clinique liée au territoire de l'organisme mal irrigué — est au premier chef un syndrome sympathique.

C. DÉDUCTIONS PRATIQUES. — C'est pourquoi s'impose d'urgence la médication vaso-dilatatrice : chaleur, nitrites, etc.

2° *Troubles visuels d'origine vaso-motrice*

A. DONNÉES CLINIQUES. — Les troubles visuels d'origine vaso-motrice comprennent deux grands groupes, selon qu'ils sont liés à la vaso-constriction ou à la vaso-dilatation. Les premiers vont de l'amaurose totale et subite, comme on le voit dans la crise saturnine, jusqu'à de simples éblouissements. Les seconds consistent en phénomènes subjectifs de flammèches, phosphènes, photophobie, vision douloureuse, sensations de battements.

Les uns et les autres peuvent d'ailleurs se succéder au cours d'une même crise, comme on voit souvent aux doigts la syncope locale remplacée par l'érythromélalgie.

B. DÉGAGEMENT D'UN FACTEUR SYMPATHIQUE. — Ce facteur fait partie de la définition. Nécessaire, il est en général facile à mettre en évidence.

Mairet et Piéron (2), qui ont tendance à faire jouer un rôle au sympathique dans les douleurs névritiques,

---

(1) GRASSET. — Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artérioscléreux. *Leçons de clinique médicale*, 1 série, p. 522.

(2) A. MAIRET et H. PIÉRON. — De la différenciat. des symptômes commotionnels et des symptômes atopiques dans les traumatismes crânio-cérébraux. Montpellier, 1916.

©BIUM

pensent que ce rôle du sympathique est encore très probable dans les éblouissements et amblyopies passagères, résultant de la lecture, par troubles vaso-moteurs (circulatoires) rétiniens ou corticaux. En effet, ces phénomènes sont voisins de la migraine, cette céphalée névralgique analogue à la causalgie.

Les vertiges labyrinthiques provoqués par la rotation s'accompagnent de troubles nauséeux d'origine parasympathique ; ils s'accompagnent aussi d'éblouissements et d'étourdissements, dont la genèse probable est une anémie brusque par vaso-constriction sympathique.

Mme Déjerine et Regnard (1) ont observé l'atrophie de la partie temporale de la papille avec rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, ébauche du signe d'Argyll-Robertson unilatéral dans trois cas de lésions de la moelle dorsale inférieure ou lombaire et de lésion de la queue de cheval par traumatisme de guerre. Pour expliquer ces troubles papillaires ils proposent d'admettre une action à distance de la moelle sur la papille par la voie sympathique, soit par suite d'une petite lésion médullaire intéressant les origines centrales des fibres vaso-motrices de l'œil, soit, par la lepto-méningite du tronçon médullaire sus-lésionnel, d'une atteinte dans leur traversée sous-arachnoïdienne ou au niveau de leurs gaines radiculaires, des communicants blancs qui livrent passage aux fibres vaso-motrices des vaisseaux rétiniens et iriens.

---

(1) Mme DEJERINE et REGNARD. *Soc. de Neurol.*, 1er juillet 1920. *R. Neurol.*, 1920, n° 7, p. 749-753.

©BIUM

A PROPOS D'UNE BOUFFÉE DÉLIRANTE A CONTENU SYMBOLIQUE

Essai d'explication biologique et psychologique d'un Délire

Par MM. H. CLAUDE, A. BOREL et G. ROBIN

A propos d'un délire de persécution à base d'hallucinations auditives et d'idées d'influence, chez une jeune fille de dix-huit ans, délire ayant débuté brusquement et disparu de même au bout de deux mois et demi, et faisant partie d'un ensemble psychopathique si sérieux que le syndrome hébéphrénique fut complètement réalisé pendant une certaine période, nous nous proposons de discuter la nature de cette psychose à la vérité atypique, de lui assigner une base biologique sur laquelle a pu se développer un délire dont la signification symbolique et le développement logique, selon certaines conceptions psychologiques assez discutées aujourd'hui, nous ont paru si probants que nous avons cru bon d'attirer l'attention sur eux.

⁂

Voici l'observation de la malade :

— Ernestine F., âgée de 18 ans, est entrée à l'Asile Clinique le 29 mars 1923, son certificat médical mentionnait : « Délire de persécution avec hallucinations violentes. » A l'admission, le Dr Colin rédigeait le certificat suivant : « Dépression psychique avec anxiété ; se reproche d'avoir subi l'influence d'un jeune homme qu'elle voulait épouser et qui l'a abandonnée ; scrupules. Se reproche sa conduite. Se croit suggestionnée, influencée par son entourage. »

A. H. : 0.

A. P. : Ernestine F. n'a jamais été malade ; elle a toujours été régulièrement réglée avant sa maladie et ses règles étaient à peine terminées au moment de la crise qui a nécessité l'internement.

Elle a perdu son père à 7 ans. Sa mère s'est montrée très bonne à son égard et l'enfant toujours très douce, confiante vis-à-vis de sa mère.

©BIUM

Elle alla à l'école jusqu'à 12 ans, fut placée dans un atelier où elle se montra régulière et appliquée. Elle était gaie, plutôt enfant, paraissait insouciante, jouait normalement avec les jeunes filles de son âge, lisait les romans les plus romanesques et se plaisait à espérer l'arrivée d'un prince charmant qui l'enlèverait, car elle ne sortait pas souvent, sa mère la surveillant, mais d'une manière très souple.

Depuis le mariage de son frère, il y a 2 ans, la maison était devenue moins gaie. Elle fit la connaissance d'un jeune homme, Louis, avec lequel elle allait quelquefois au cinéma ; ils se rencontraient environ une fois par semaine. Il y eut échange de baisers, de caresses ; mais Ernestine F. refusa de devenir sa maîtresse, Louis ayant déclaré qu'il ne l'épouserait pas et lui ayant proposé de vivre en ménage avec lui. Devant l'insistance de Louis, Ernestine F. crut sage de rompre, malgré son très vif sentiment, et dans une scène un peu orageuse, fit comprendre à son ami qu'il n'avait plus rien à espérer d'elle.

Huit jours passèrent, pendant lesquels la malade devint sombre, préoccupée, parut s'ennuyer, et son patron s'aperçut qu'elle ne mangeait pas ; elle avait des distractions devant ses sœurs, parlait des hommes d'un ton détaché, disant qu'elle avait bien le temps de se marier, quand brusquement, huit jours après avoir vu Louis pour la dernière fois, éclatèrent les symptômes de la maladie.

Elle était couchée avec sa mère dont elle partageait le lit, vu l'exiguïté du logis, quand vers minuit, après s'être agitée dans son lit, elle se leva brusquement, criant à sa mère que ses yeux la suggestionnaient, qu'elle lui faisait peur, voulait lui faire du mal, lui criant qu'elle entravait sa vie, ne voulant plus demeurer sous son toit, que ses sœurs étaient mariées et qu'elle était prisonnière, mais, qu'aimant un jeune homme, elle voulait partir, etc., etc. Cependant qu'habillée en hâte, elle s'enfuyait en sautant par la fenêtre du rez-de-chaussée, prenait le dernier métro et courait chez sa sœur à qui elle exprimait la terreur qu'elle avait de sa mère.

Le lendemain, en apprenant qu'elle devait retourner chez sa mère, elle eut un mouvement de recul, se laissa conduire cependant, mais à peine arrivée, s'enfuit de nouveau et recueillie au commissariat déclara que sa mère avait voulu l'empoisonner, qu'elle avait le même regard que Louis.

Elle refusa de voir sa sœur de 28 ans, accueillit mieux son autre sœur de 32 ans et c'est dans ces conditions qu'elle fut conduite à l'Asile.

Elle était dans un état de demi-rêverie, distraite, ravie au

©BIUM

monde extérieur, fournissant des réponses incohérentes et souvent contradictoires, difficile à interroger, désorientée, riant et pleurant par intervalles sans motif apparent, passant d'un instant à l'autre de la pâleur à la rougeur, consciente par moment d'un état morbide.

Son cas faisait penser à la confusion mentale, malgré l'absence de fièvre et de tous symptômes cliniques et biologiques d'ordre hépatique et rénal.

Sur cet état de bizarreries et d'égarement, se greffèrent des idées délirantes, de plus en plus intenses et extensives, alimentées par des interprétations, des illusions de tout genre, des hallucinations auditives, du goût, de l'odorat ; des hallucinations psychiques, du vol de la pensée, des troubles cénesthésiques divers.

Ce furent d'abord sa mère et Louis qui la suggestionnaient, puis son patron, Louis a dû agir sur elle pour lui faire détester sa mère ; il ne cherchait que l'argent près des femmes ; il s'est moqué d'elle, il lui faisait sentir toutes ses pensées.

Puis la malade s'en est prise à sa sœur, à sa belle-sœur qu'elle a refusé de voir au parloir, enfin aux infirmières qui, à son avis, dérobent l'argent qui lui est destiné et sont jalouses d'elle ; elle est entourée de femmes de mauvaise vie ; elle n'est pas dans un hôpital, mais dans une maison hantée, dans une maison de prostitution : « Je ne sais si ce que je dis est vrai, rectifie-t-elle, ce sont peut-être des idées. »

On lui conseille de faire la noce ; les jeunes gens qu'elle a connus autrefois ont donné de l'argent aux infirmières pour qu'elles la fassent se prostituer afin qu'elle leur rapporte de l'argent ; elle a des voix dans la tête : « C'est une voix basse, chuchotée ; c'est comme une pensée. »

Elle a entendu : « On l'aura par la toilette. » La voix de Louis lui dit : « Tu es ma petite chérie. Ecris-moi. Viens. »

On lui a annoncé qu'elle était mariée, qu'il fallait qu'elle prenne un genre et devienne prétentieuse. On veut la faire aller à l'Asile, dans un endroit où l'on se prostitue ; il y a des divans, elle le sait ; on lui commande de choisir un amant ; il lui semble qu'on lui parle par des tuyaux. « Des fois, c'est dans les oreilles. »

En notre présence, nous l'avons vu écouter des voix qui disaient : « Tu dis cela à un docteur, eh bien, ça va, on fera quelque chose de toi. » Une autre fois : « Je t'aime... Jaloux d'un pucelage. » On sait tout ce qu'elle pense ; elle est obligée de répondre « en pensée, parfois en parlant ». Quelqu'un la prend sous sa volonté. Elle a la tête vide, quel-

©BIUM

que chose derrière est percé... Sa figure change. On lui aplatit le visage au moyen d'une glace, on agit sur ses yeux ; on lui envoie des teignes. Ses dents sont jaunes. On lui donne des rougeurs. On lui fait remonter sa nourriture, on veut l'empoisonner ; aussi refuse-t-elle de s'alimenter. On lui fait respirer de mauvaises odeurs. La nuit, elle ne dort pas : elle a peur qu'on lui fasse du mal ; elle se sent électrisée dans son lit. On lui a touché les organes génitaux. On a dû l'endormir. Elle éprouve des jouissances agréables.

Elle prétend voir des hommes et des femmes autour d'elle, des « invisibles », dit-elle. Elle leur crache à la face. Elle a cru reconnaître sa mère et la maîtresse de Louis. Elle a des illusions de la vue et des interprétations délirantes. Elle parle seule, les paroles sont chuchotées, incompréhensibles. Elle semble véritablement rêver. Interrogée sur ses rêves, elle raconte qu'elle a rêvé qu'elle était dans la Grande Roue et dans la balançoire à vapeur. Son cœur s'en allait, sautait. Elle a rêvé aussi que l'un de nous venait près d'elle, l'embrassait ; elle s'est réveillée, il n'y avait personne. « Une autre nuit, dit-elle à l'un de nous, je vous ai vu dans mes yeux. »

Elle se sent poussée à agir ; Louis a voulu hier qu'elle se déshabille. « Pourtant je voudrais rester honnête, dit-elle. J'ai une famille. » Elle s'agite, déchire sa chemise, sous prétexte qu'elle désire une chemise de dentelles. Elle fait des grimaces qu'elle dit « imposées ».

Elle se sauve des salles, on doit lui mettre le maillot. Si elle était libre, déclare-t-elle, elle se donnerait au premier venu. Elle tutoie les médecins du service, dit à l'un : « Je te veux. Une caresse seulement. Ça m'a grésillé comme des poux. Veux-tu m'enlever ? Je suis couverte de teignes. Loulou veut que je l'oublie. C'est déjà fait. J'en aime un autre. Je ne veux plus que ma mère me soit un obstacle. J'ai maintenant le genre d'une femme qui fait la noce... Je veux faire l'amour. Il y a comme une magie autour de moi. »

Elle parle de bijoux, de toilettes, installe en imagination des appartements luxueux, prend des poses plastiques et lubriques, simule l'abandon à un être imaginaire, l'extase amoureuse, prend des attitudes de mannequin, fait des singeries, a des gestes maniérés, s'agite, se sauve à demi-vêtue dans le jardin, rit et pleure tour à tour. Elle a gâté plusieurs jours de suite, prétextant que des voix le lui ont commandé.

Par intervalle, elle s'analyse : « J'ai quelque chose en moi qui n'est pas ordinaire. On me met quelque chose dans le sang. Je me demande par quel moyen on agit ainsi. On m'a endormie. Je suis toute drôle. Je suis folle. » Puis elle re-

©BIUM

tombe dans son délire qu'elle semble mimer. Son exaltation subit une recrudescence pendant le milieu du mois de mai, pendant la période prémenstruelle qui se prolonge, les règles ayant eu un retard d'une dizaine de jours.

A partir du 10 juin, la malade commença à s'apaiser, fut plus calme dans son lit, se négligea moins dans sa mise et fit convenablement sa toilette. On put lui faire quitter le dortoir des agitées. Elle se mit au travail et depuis lors a exercé une activité utile et régulière. Il était intéressant de faire s'analyser la malade devant nous. Elle est très bien orientée, sait la durée de son séjour à l'asile, se montre ravie de ce qu'elle appelle sa guérison et confuse de s'être livrée à de si grands excès devant nous. « J'étais folle alors ». Elle se sent la tête encore un peu malade, les membres fatigués et dans l'ensemble, un peu triste.

Elle raconte sur sa jeunesse et son aventure avec Louis les mêmes faits que nous avons relatés dans l'exposé de ses antécédents.

Au sujet de son délire, elle entendait, explique-t-elle, des voix dans la tête : « C'étaient des idées plutôt que des voix, c'était comme si le sang m'était monté à la tête. » Elle a aussi entendu des voix dans les oreilles. Dans son idée, elle se trouvait dans une maison de prostitution. La nuit, elle croyait voir des jeunes gens parmi les ombres de la salle. Parce qu'elle avait des tremblements, elle se crut électrisée et ses sensations génitales, c'est l'idée, dit-elle, qui les créait. Il lui semblait qu'on venait autour de son lit pour coucher avec elle, que sa tête était une boîte d'où sortait de la fumée et à d'autres moments lui paraissait pleine d'eau. Elle voulait se sauver parce qu'elle croyait qu'on l'attendait dehors avec une auto. Elle regrette tous les actes qu'elle a commis, s'étonne d'avoir été si malade, fait des projets d'avenir raisonnables.

⁂

En résumé, chez cette jeune fille de 18 ans que tourmentait depuis quelques mois une poussée sexuelle, s'est installé, sous l'influence d'un choc émotif pénible, un délire qui a duré du 23 mars au 10 juin 1923. Il s'agissait d'un délire de persécution concernant sa mère, son amant et le personnel de l'Asile avec des idées d'influence et des hallucinations à prédominance psychique réalisant un syndrome d'influence. Dominée par ces hallucinations, la malade se croyait devenue

©BIUM

prostituée et agissait comme si elle l'eût été en réalité. En même temps que le délire, les autres symptômes que nous avons décrits faisaient penser à un début possible d'hébéphrénie. Ainsi plusieurs points sont intéressants à envisager au sujet de cette malade.

A quelle affection avons-nous affaire ?

Sur quel terrain s'est-elle constituée ?

Quelle est l'explication psychologique du délire ?

1° S'agit-il d'un cas de confusion mentale délirante, avec hallucinations multiples, attitudes bizarres, agitation, gâtisme, etc... ?

Sans doute, la malade s'est montrée désorientée, elle répondait rarement aux questions et souvent d'une manière décousue, incohérente et son aspect n'était pas sans analogie avec celui des états confusionnels post-oniriques, d'autant plus que la confusion parut secondaire au délire, mais il faut ajouter qu'elle apparut déterminée par le mécanisme délirant et hallucinatoire. Remarquons qu'il n'existe aucune amnésie consécutive et surtout que la malade n'a jamais eu de fièvre ni de manifestation de nature toxi-infectieuse. Nous n'avons relevé aucun signe d'insuffisance hépato-rénale. Enfin le déclanchement du délire 8 jours après un choc affectif et le contenu délirant directement en rapport avec cette préoccupation sentimentale font penser qu'il s'agit plutôt d'un cas qui se pourrait comparer avec ceux dont parle Janet dans son livre sur les Obsessions et la Psychasthénie. Cet auteur cite plusieurs observations de malades (page 678) dont la confusion mentale avec stupeur ne s'accompagne d'aucune manifestation somatique et ne peut guère s'expliquer que par une origine psychique. De même que les sujets de Janet, notre malade nous a paru plutôt égarée dans ses rêveries et ses constructions imaginatives. Ces états confusionnels d'origine psychique doivent faire le sujet d'une étude d'ensemble que nous avons entreprise et sur laquelle nous reviendrons en temps opportun.

2° Le délire survenant brusquement, cessant de même, avec ses hallucinations multiples, son état confusionnel, ses caractères atypiques, pourrait bien être appelé une bouffée délirante — et c'en est une — si ce mot ne désignait le délire d'emblée, souvent polymor-

©BIUM

phe, des dégénérés. Sans doute, dans ces cas les troubles organiques font souvent défaut. « C'est un simple trouble fonctionnel, écrit Legrain, sans retentissement sur la santé du malade ; les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité au cours de l'accès. » Sans doute encore, la psychose s'est établie sans préparation, mais « ce délire systématisé aigu (paranoïa aiguë) n'est alors que la simple exagération d'une déséquilibration mentale, latente jusque-là » (1). Il n'existe chez notre malade aucune aberration d'ordre affectif et intellectuel avant la maladie, pas de débilité mentale, aucun signe physique et physiologique permettant de penser à la dégénérescence.

En admettant qu'il soit question de ces cas de confusion mentale avec délire hallucinatoire qui pour Régis marquent souvent le passage à la D. P. chez les dégénérés, il ne s'agirait pas de D. P. dégénérative, et nous avons, en effet, à diagnostiquer l'état de notre malade avec l'hébéphrénie, mais en dehors de la dégénérescence.

3° L'hébéphrénie doit, en effet, retenir notre attention, en ce qui concerne la malade, tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue pronostic malgré l'apparente guérison. Avant l'amélioration, on était en effet en droit de songer à l'hébéphrénie : jeune âge du sujet, début rapide par un délire hallucinatoire atypique, léger état confusionnel, idées d'influence, conscience de l'état morbide, mimique maniérée, poses hystériformes, grimaces, rires et pleurs sans motif apparent, discordance dans l'expression de la pensée, troubles vaso-moteurs, tendances aux fugues, gâtisme par intervalles, tels sont les symptômes qui entraînaient nos craintes pour l'avenir. La constatation de cette amélioration qui, pour le moment présent, est significative, ne nous fait pas abandonner nos craintes pour l'avenir, au sujet d'une telle évolution.

⁂

En somme, aucun de ces diagnostics n'est complètement satisfaisant et si l'évolution ultérieure confirme

(1) SEGLAS. — Leçons cliniques.

©BIUM

l'un ou l'autre, il est très difficile *actuellement* de se faire une opinion arrêtée. Au lieu de vouloir à tout prix faire entrer cette « bouffée délirante » dans un des cadres psychiatriques, mieux vaut chercher les particularités du terrain sur lesquelles ce délire a pu naître et la façon dont il s'est développé.

La forme même du délire de la malade, avec idées actives d'influence non seulement psychiques mais surtout physiques et physiologiques, nous fait penser qu'il y eut d'abord chez Ernestine F. une cénesthésie troublée.

Elle a 18 ans, elle a depuis un an des relations amoureuses avec un jeune homme qui l'embrasse et lui pratique des attouchements au niveau des organes génitaux. Ernestine F. avait le grand désir de cet homme, elle ne s'en cache pas, elle trouvait sévère la règle du milieu familial, manifestait quelques idées d'indépendance. Il n'est pas douteux qu'elle a subi depuis 2 ans, en rapport avec la puberté, une poussée sexuelle active qu'elle a essayé de réaliser dans la mesure où les conventions morales et sociales lui permettaient de le faire sans grand inconvénient pour sa conscience et sa situation.

Il est regrettable de ne posséder aucun test biologique qui pût permettre d'apprécier l'activité endocrinienne au niveau des glandes sexuelles et des systèmes glandulaires en rapport avec la sexualité. Nous pouvons cependant affirmer ici les modifications d'une cénesthésie troublée par la puberté et du reste les conceptions délirantes paraissent être en majorité l'interprétation de ces troubles, bouffées de chaleur, sensation de congestion ovarienne, démangeaisons vulvaires, etc.

Deux d'entre nous (1) ont relaté des faits d'hypergénitalisme se traduisant par des troubles de la constitution physique et des troubles fonctionnels de la constitution psychique en rapport avec les modifications organiques. Il nous semble que l'activité sexuelle de notre malade s'est manifestée par deux ordres de

(1) CLAUDE et BOREL. — Hypergénitalisme et perversion sexuelle (*La Médecine*, février 1923).

©BIUM

phénomènes : les uns actifs, proprement moteurs, consistant en essais de fugues au dehors, poses plastiques et lubriques, invitation à des actes sexuels, etc... ; les autres exprimant par un épisode délirant les désirs réfrénés d'Ernestine. Les tendances érotiques se sont donc servies d'un double mode d'expression, les deux modes marchant de pair : expression physiologique d'excitation sexuelle et expression symbolique sous forme de délire.

Nous sommes ainsi conduits à proposer une explication psychologique de ce délire, tout en reconnaissant qu'il ne traduit en somme qu'un état cénesthésique troublé par une poussée sexuelle. Ernestine F. a commencé par accuser sa mère, puis ses sœurs, puis les infirmières de la suggestionner. Il semble bien que cette jeune fille désireuse de s'évader de l'emprise familiale, ne pouvant s'irriter contre l'ensemble des conventions morales et sociales qui demeurent à tout prendre des abstractions, ait associé les personnes qu'elle jugeait chargées de les faire respecter aux regrets de son renoncement et de sa contrainte : sa famille d'abord, le personnel infirmier ensuite qui la retenait prisonnière dans un asile.

Le conflit des notions morales et des incitations sexuelles instinctives a provoqué une série de chocs affectifs et il est permis de se demander, tout en formulant les plus grandes réserves sur une hypothèse que nos moyens d'exploration biologique ne permettent pas encore de contrôler, si une hypercrinie ovarienne particulièrement active n'a pas, sur ce terrain préparé, favorisé l'éclosion des idées morbides avec leur symbolisme si spécial.

Les tendances érotiques ont bien été combattues, mais grâce à leur charge affective, elles se sont exprimées en idées délirantes inconscientes. Les conceptions morales, la malade s'en est servie sciemment pour lutter, mais leur symbolisation antagoniste en la personne de sa mère lui est restée totalement inconsciente, c'est ainsi que le délire amorcé s'est développé comme nous l'avons raconté. La malade s'est cru dans une maison de prostitution, elle s'est cru influencée, invitée

©BIUM

à se prostituer et sa conduite, appliquant les idées morbides, a tenté de les réaliser. Elle s'offrait aux médecins, se mettait nue sur son lit, prenait des poses, simulait l'extase amoureuse, « jouait » son rôle de prostituée.

Cette affection a permis aux tendances sexuelles normales que l'éducation de la malade ne lui permettait pas d'afficher, de se travestir et de se traduire en symptômes morbides. Il y a eu dans ce cas « attaque victorieuse, réussie, du conscient par l'inconscient » (1).

Sans aller aussi loin que Maeder qui apporte à l'explication des psychoses une conception téléologique, il semble bien qu'il doive exister, selon l'expression de cet auteur, une « volonté de maladie » (Will Zur Krankheit), la psychose ayant été une compensation contre une existence jugée incomplète et ayant réalisé d'une manière détournée les secrets désirs de la malade.

Il y eut vraiment « fuite dans la maladie ». Il semble même, si l'on en juge par l'amélioration de la malade, si vraie que sa sortie a pu être accordée assez vite, que les tendances sexuelles directement symbolisées par la psychose, aient épuisé leur potentiel, pourrait-on dire, dans l'activité délirante, ou pour nous exprimer autrement, que la poussée sexuelle impérieuse se réalisant en conceptions morbides fut de ce fait apaisée.

S'il est un cas où ces théories ne paraissent pas des hypothèses c'est bien celui d'Ernestine F.

L'histoire de la maladie, la genèse du délire, en rapport avec un choc affectif, le contenu délirant calquant les désirs refoulés de la malade, la guérison et l'auto-analyse d'Ernestine F., tout vient confirmer notre opinion qui suit docilement les faits et dans laquelle n'entre aucune interprétation.

La façon dont Ernestine F. sait s'analyser nous remet en mémoire le cas de Renata du Dr Schnyder, cité par Claparède (2) (page 232) : il s'agit d'une « hystérique » qui discute de ses troubles et prétend « qu'en la lais-

(1) La psychanalyse de Régis et Hesnard.
(2) CLAPARÈDE, — *Psychologie de l'enfant.*

©BIUM

sant dans l'ignorance complète de tout ce qui touche à la sexualité, en lui inculquant cette idée que toute préoccupation relative à ce domaine est un péché, on a produit chez elle des conflits continuels entre ses instincts et sa conscience, conflits qui ont suscité de graves désordres ». Claparède fait très justement remarquer, comme nous le faisons nous-mêmes, la *signification biologique* de ces troubles et il approuve Adler qui mieux que Freud dépasse le point de vue psychologique et admet « que les symptômes psychopathiques sont des réactions exagérées ou inadéquates par lesquelles le patient chercherait à compenser une infériorité organique et fonctionnelle ».

⁂

En résumé, et nous y insistons, le déroulement psychologique du délire ne nous empêche pas de supposer à cette « bouffée délirante » une origine nettement biologique. Poussée sexuelle active en rapport avec la puberté, troubles de la menstruation, excitation psychique dans les périodes pré-menstruelles. Survient un choc affectif qui donne l'occasion à notre sujet déjà hypersensibilisé dans sa physiologie intime, d'interpréter faussement les modifications de sa cénesthésie. C'est alors que la psychose se développe selon une logique toute affective, les préoccupations antérieures de la malade et ses tendances affectives et sexuelles se formulant en symboles simples — expression du délire —. C'est cette simplicité du symbolisme qui donne à cette observation, croyons-nous, un vif intérêt.

Elle montre que le contenu des délires — quand on l'analyse de près — comporte une signification précise en rapport non seulement avec les tendances de l'individu, mais même avec sa constitution physiologique.

Ici nous avons eu la bonne fortune d'étudier une forme de passage entre les psychoses nettement érotiques, d'une traduction élémentaire et ces formes dont l'hystérie regorge, où le contenu sexuel s'exprime en symboles plus ou moins clairs, symboles dont la traduction exige dans certains cas des procédés spéciaux d'investigation, notamment la Psychanalyse.

©BIUM

LA POLYPHRÉNIE

Par M. REVAULT D'ALLONNES

Les aliénistes sont aujourd'hui d'accord pour décomposer la Maladie de Lasègue en une maladie définie et un vaste reliquat mal défini. « La steppe » : c'est ainsi que le Pr Georges Dumas, après s'y être promené, dénomme le dernier. La première est le délire d'interprétation pure, à l'isolement duquel Sérieux et Capgras ont donné la dernière main. Leur définition n'est pas contestée : il se développe insidieusement sur une mentalité sophistique constitutionnelle, son début est indiscernable ; exempt d'hallucinations, et en particulier d'hallucinations verbales, il est puissamment, totalement systématisant, sans trace de dislocation psychique ; aussi ne tend-il point vers la démence, ni vers un état qui ressemble à la démence ; d'autre part, il ne tend pas non plus vers la guérison.

Reste à élaborer le reliquat, ou la steppe : telle est la tâche que nous assumons.

Nous risquons le nom de polyphrénie, pour grouper les psychoses hallucinatoires à prédominance verbale. Confrontées avec le délire agglutinatif non hallucinatoire, elles présentent les caractères précisément opposés. Elles sont acquises, et ne développent pas une mentalité antérieure (1) ; leur début peut être discerné et daté. Les hallucinations de tout ordre, sauf les visuelles (2), y pullulent, et principalement les verbales. Elles impliquent un fractionnement de l'individualité (3), un conflit entre la personnalité consciente et

(1) Sur ce point, nous nous séparons de Gilbert Ballet.

(2) Lorsque se surajoute une confusion mentale, par appoint alcoolique, morphinique, caféinique, etc., les hallucinations visuelles se surajoutent aussi.

(3) Et non point de la personnalité, comme dit G. Ballet : en effet, la conscience de soi persiste. Il y a rétrécissement de la censure personnelle, correcte dans son champ réduit.

©BIUM

la cérébration disjointe d'avec la personnalité consciente. Au lieu d'une concentration unique, totale, puissante, elles réalisent une segmentation, avec des ébauches de systématisation plurale, multipolaire. Elles tendent parfois vers la guérison, on observe alors une convalescence qui est un remembrement. Elles conduisent fréquemment à un état chronique de disloquement psychique confirmé, qui ne doit pas être confondu avec ce que l'on est habitué à appeler démence, et que nous qualifions d'impotence intellectuelle par démembrement.

Ainsi la Maladie de Lasègue paraît devoir être scindée, non plus en un canton bien ordonné et un continent désordonné, mais en deux territoires, le second beaucoup plus étendu et populeux, qui sont deux maladies également définies, et, sur bien des points essentiels, opposées. L'une est la psychose agglutinante unipolaire, à la fois sous-idéative et idéative. L'autre est la polyphrénie, à polarisations multiples, à fragmentation sous-idéative, qui, en dépit des efforts de ressoudement, devient secondairement idéative.

Quoique inverses, ces deux psychopathies peuvent occasionnellement se rencontrer, s'associer : la mentalité agglutinante constitutionnelle n'est point rare, elle ne saurait préserver de la polyphrénie, qui est un accident mental des plus communs. L'amalgame de ces hétérogènes est un délire mixte polyphrénique-interprétatif. Ici se trouvent aux prises deux psychopathies inverses, l'unifiante et la fractionnante. Or qu'advient-il ? Il advient que c'est toujours la seconde qui impose sa loi, car le complexe tend à la dislocation psychique. C'est cette complication que décrivit Magnan, sous le nom de *Délire Chronique*, sans discerner les deux composantes. Il la tenait pour la seule forme régulière de psychose hallucinatoire : faute d'avoir démêlé les deux psychopathies divergentes dont est formée cette association en somme assez rare, il fut réduit à laisser chaotiques, sous les noms d' « états polymorphes » et de « délires des dégénérés », l'immense majorité des psychoses hallucinatoires verbales,

©BIUM

à n'y apercevoir que des avortements, atypiques, protéiformes, irréguliers, désordonnés (1).

Définition de la polyphrénie

La polyphrénie *est une maladie psychique acquise, tantôt curable et tantôt chronique, caractérisée par des symptômes et une évolution de dislocation psychique, avec persistance d'une personnalité résiduelle, objectivations et pseudo-personnifications de fragments psychiques émancipés, et en particulier, de productions verbales.*

Symptômes

Les symptômes de la polyphrénie peuvent être classés en : pluralité physionomique, pseudo-objectivations, pseudo-dominations, pseudo-personnifications.

La physionomie plurale polyphrénique présente divers aspects, qui seront décrits ci-dessous : abasourdissement, molestation, mécanisation, jubilation, disloquement.

Les pseudo-objectivations polyphréniques sont le vol de la pensée, *les fausses perceptions verbales signifiantes, extériorisées ou mentales, et diverses autres hallucinations : celles de la vue sont rares, et souvent sous la dépendance d'un état confusionnel surajouté.*

Les pseudo-dominations polyphréniques sont les obsessions et impulsions apparemment suggestionnées, et en particulier les verbales : la plus troublante est la mussitation glottique *ou* épigastrique hantée (2).

Les pseudo-personnifications polyphréniques supposent : le démembrement de l'individualité ; — la persistance d'une personnalité spoliée et sur la défensive; — l'organisation autonome personnifiante des complexes psychiques dissidents.

Le syndrome polyphrénique *est fait de quatre ordres de symptômes :* 1° *Ejection, ou dislocation et dissi-*

(1) Tous ces termes sont de Magnan.
(2) Séglas l'appelle « hallucination psychomotrice verbale ».

©BIUM

dence sans dissolution élémentaire ; — 2° Extorsion, ou intrusion furtive ; — 3° Rétorsion ostensible vers la personnalité de possessions propres dont elle est dépossédée ; — 4° Hallucinations verbales signifiantes.

Evolution

L'évolution de la polyphrénie est parfois continue, chronique d'emblée, souvent intermittente ou rémittente, par accès d'abord isolés (bouffées), puis récidivants, et enfin confluents.

1. — Les prodromes consistent en un début de dislocation psychique, sans rétorsion caractérisée ;

2. — L'invasion est franche, non insidieuse ; elle peut être datée, elle fait événement, révolution : c'est l'apparition de la rétorsion et des hallucinations verbales signifiantes ;

3. — Une période initiale d'inadaptation est presque constante : c'est une phase de molestation, *avec possibilité de réactions suicides ou agressives ; elle peut être brève, longue ou perpétuelle ;*

4. — Des processus éventuels d'adaptation, précoces ou tardifs, parfois rudimentaires, se développent d'autres fois amplement en une phase de jubilation, *pouvant aller jusqu'au* ravissement ;

5. — Les cas particulièrement progressifs aboutissent à la pseudo-démence polyphrénique. *Bien différente des démences proprement dites, qui dissolvent élémentairement, c'est une émancipation insurrectionnelle de complexes psychiques, sans dissolution élémentaire ni des complexes dissidents, ni du complexe personnel restant : le pseudo-dément disloqué se distingue par une tenue correcte, une capacité à des travaux faciles, une conservation des sentiments affectifs, de la sociabilité, de la serviabilité, et par son disloquement mimique.*

Rapports avec d'autres psychopathies

Par ses symptômes et son évolution, la polyphrénie est une psychose autonome, distincte des autres états psychopathiques éventuellement superposés et asso-

©BIUM

ciés, dépression et délire mélancoliques, onirisme visuel toxique, débilité héréditaire ou acquise, mentalité interprétante constitutionnelle.

Formes

On peut distinguer cinq formes de la polyphrénie :

1° Hallucinose verbale *aiguë ou chronique : présence d'hallucinations verbales signifiantes diurnes et nocturnes, vol de la pensée, abasourdissement, molestation, mécanisation, parfois jubilation : absence de thèmes idéatifs développés, mais possibilité de simples « idées » erratiques, isolées, de persécution, d'influence, de suggestion, de possession, et aussi de protection, de mission.*

2° Délire hallucinatoire verbal commun : *mêmes symptômes, et, en outre, présence de thèmes idéatifs développés, mais paresseux, passifs, ramassés tout faits dans la rue, dans la légende populaire, dans la plus grossière vulgarisation ; absence d'interprétations actives et de construction originale, absence de mentalité interprétante constitutionnelle.*

3° Délire mixte polyphrénique-interprétatif : *mêmes symptômes que l'hallucinose verbale, avec présence d'une mentalité interprétante constitutionnelle, interprétations paralogiques actives, thèmes idéatifs charpentés avec originalité. C'est le Délire chronique de Magnan.*

4° Délire mixte polyphrénique-mélancolique : *un délire mélancolique, avec idées de culpabilité, de ruine, d'indignité, d'expiation, de suicide, masque et risque de faire méconnaître une hallucinose verbale concomitante,*

5° Délire mixte polyphrénique-onirique : *une confusion mentale avec délire onirique et hallucinations visuelles masque et souvent fait méconnaître une hallucinose verbale concomitante ; après désintoxication, la polyphrénie se dégage: on l'a souvent décrite comme une séquelle post-onirique* (1).

(1) Delmas, Allemagny et autres.

©BIUM

Fréquence

La polyphrénie est une des plus fréquentes maladies mentales. Ses effectifs rivalisent avec ceux de la mélancolie. La forme hallucinose, sans thèmes idéatifs développés, est la plus commune, ses effectifs balancent ceux de la paralysie générale. La forme délire hallucinatoire verbal commun paraît moins fréquente d'un tiers. Les formes mixtes mélancolique et onirique sont assez fréquentes. La forme la plus rare est peut-être l'association interprétative.

⁂

Il est temps d'expulser l'intellectualisme de cette partie de la science mentale. Au lieu de chercher, avec Magnan, les lois évolutives où elles ne sont pas, du côté de l'idéation, et de conclure que les « états polymorphes » n'ont pas de lois, il convient de chercher les lois où elles sont, c'est-à-dire plus profondément que l'idéation. Avant de collectionner les thèmes délirants, produits secondaires, tout au plus distinctifs d'espèces, il faut déceler les sources, étudier les formes exemptes de thèmes, définir la maladie d'abord par ses signes non idéatifs.

La définition résumée que nous venons de présenter en son état squelettique comporte des développements trop étendus pour être imprimés ici et maintenant ; nous possédons une ample collection d'observations justificatives ; mais il faut nous borner pour le moment aux commentaires suivants.

La physionomie polyphrénique

Une physionomie frappante des disloqués psychiques est ce que l'on peut appeler l'*abasourdissement*. Absorbés par des conversations hallucinatoires, ils n'ont pas loisir de nous accorder audience. Avec nos propos banals de non-initiés, nous faisons irruption dans des drames et des mystères qui nous échappent. L'habitude d'épier les invisibles donne au masque du disloqué une

©BIUM

rigidité insociable, le dépouille de ces mobilités, de ces souplesses qu'entretient la fréquentation d'interlocuteurs visibles. Les sourds, les religieux cloîtrés, les prisonniers au secret ont quelque chose de cet aspect figé. Il s'y joint ici une nuance pathétique, une attente intérieure, une angoisse des yeux trop grands ouverts et sans regard.

Une autre mimique des disloqués psychiques est celle de la *molestation*. Les jeux en sont divers, suivant les brimades endurées. Le molesté ne peut changer de chemise, aller à la garde-robe, évoquer un souvenir, effleurer une pensée sans que tout aussitôt, au mépris de toute discrétion, les invisibles s'en mêlent. Une insupportable publicité espionne ses moindres velléités, s'en empare, leur fait un sort, les exagère, les énonce, les devance, les discute. Des injures pleuvent, des gouailleries, des calomnies, des menaces, des injonctions saugrenues, obscènes, criminelles, et parfois s'élèvent des protestations, des répliques défensives, des consolations, des flatteries. Cette violation de la personne morale s'accompagne d'attentats sur la personne physique : mauvaises odeurs, effluves, chatouillements, attouchements. La victime réagit par des interjections étouffées, par une rougeur de colère ou de honte, par des rires outragés, par des mines défiantes, effarées, interloquées, penaudes. On observe chez les normaux des mouvements analogues si l'on retire à quelqu'un la chaise où il veut s'asseoir, si l'on annonce qu'il a la gale, si l'on dévoile son secret, ou son corps.

Une autre physionomie encore des disloqués psychiques est celle de la *mécanisation*, mot que nous empruntons au vocabulaire des malades. C'est la transformation d'une personne en une mécanique, en un pantin dont les ficelles sont aux mains des invisibles. Le mécanisé n'ose plus rien entreprendre de lui-même, parce qu'il sait, par expérience, que cela va tourner mal. Comme un chien rossé, comme un enfant battu, comme un esclave souffre-douleurs, il est sous l'œil des tyrans, et sous leur fouet. On fait de lui un automate, et par crainte de ses dominateurs, il s'applique à se comporter en automate, avec une abdication résignée. Il parle et

©BIUM

il se tait, il va et il se tient coi par des volontés étrangères, qui ont domestiqué sa volonté. Sa voix est atone, ses gestes sont stéréotypés, il se recroqueville en un minimum de manifestations, pour offrir le moins possible de prise, et souvent, il s'enferme dans le mutisme, le refus d'aliments, l'immobilité.

Toute opposée est la *jubilation*, dont le comble est le *ravissement*. Les yeux se noient, le teint est vif, et le sourire est extatique, car les invisibles amis ont triomphé des invisibles ennemis. Aux charmants propos des premiers s'attache l'attention exclusive, souvent un côté leur est réservé, une oreille, de préférence la droite. La bande hostile n'a pas cessé ses clabaudages, mais elle est tenue en respect, c'est à gauche qu'elle est parquée, nul ne daigne plus les écouter ou leur répondre, ni la personne délectée, ni ses mystérieux alliés. Offrons de chasser toutes les voix en bloc : l'halluciné nous supplie de n'en rien faire, il nous plaint, s'il est vrai que nous soyons privés d'un tel don.

La plus typique expression, c'est le *disloquement physionomique*. Il consiste en une simultanéité ou en une alternance rapide de plusieurs mimiques, dont l'une représente les impressions personnelles, tandis que les autres incarnent diverses pseudo-personnalités parasites, constituées avec les lambeaux de l'individualité démembrée. On observe chez le normal des gestes pluripersonnels. Soit le signe : « Venez » fait avec l'index ; ce doigt représente la personne appelée, pendant que le visage avenant fait pressentir l'accueil de l'appelant, ou d'un tiers, de la part de qui est transmis l'appel. Soit le geste : « Allez-vous-en » ; une main simule la personne à qui l'on enjoint de fuir, et le poursuivant, ou le danger, est figuré par l'autre main, ou par un front menaçant, de la part soit de l'acteur, soit d'un tiers. Un visage normal offre des ressemblances plurales interférentes : un enfant peut ressembler à plusieurs de ses parents, qui ne se ressemblent pas entre eux. Enfin, on voit chez le normal des mimiques pluriémotionnelles. La jalousie, faite d'amour et de haine simultanés pour la même personne (1), trahit sur les

(1) Spinosa, — *Ethique*.

©BIUM

traits à la fois ces deux passions contraires. Le « rire jaune » est composé de déconvenue et d'acceptation forcée. La tristesse et la joie conjointes font rire au milieu des larmes. Sur les traits d'un héroïque sauveteur se peignent ensemble effroi, courage, pitié, triomphe. Nous ne soutenons donc pas un paradoxe, quand nous démêlons comme plurale la mimique des polyphréniques. Le sourire de leur ravissement est mêlé d'une amertume, à cause de la présence occulte des ennemis vaincus. Certains mènent de front plusieurs conversations, comme César dictait plusieurs lettres : l'une avec le médecin qui les interroge, l'autre avec les invisibles hostiles, une autre avec les protecteurs secrets, une autre avec eux-mêmes en *a parte*. Certains ne se contentent pas de tenir tête aux invisibles, ils les incarnent. Tel gloussement entre deux mots est une interruption en raccourci ; plusieurs discours s'intriquent, avec des tons différents, l'un adressé à vous par la personne du malade, l'autre adressé au malade par un invisible qui emprunte sa propre bouche, un autre adressé par le malade à l'invisible. Le visage du polyphrénique n'est plus à lui seul, ni son corps, ni sa pensée, ni ses sensations, mais c'est un bien commun, une docile machine, qui, quand elle est disponible, obéit sans doute à sa personne, mais tout autant aux parasites adversaires ou alliés.

Ejection, extorsion, rétorsion, hallucination verbale

La polyphrénie est donc un fractionnement de l'individualité en une personnalité résiduelle et une pluralité de personnalités parasites plus ou moins nettement façonnées. On peut distinguer quatre stades de la désappropriation psychique, ou, si l'on préfère cette expression, de l'extériorisation de la vie intérieure : l'éjection, l'extorsion, la rétorsion, l'hallucination verbale.

L'éjection est la désappropriation simple, sans attribution à autrui ; c'est la perte de l'intériorité, sans manifestation positive d'extériorité. L'incontinent mental

©BIUM

a l'impression que les barrières de son intimité sont abaissées, que sa conscience personnelle n'est plus étanche, que le secret de son for intérieur n'est plus assuré, que le mystère de son quant à soi s'exhibe sur la place publique. Son individualité est effectivement disloquée par la psychose, de telle manière que la conscience de soi subsiste, et qu'un grand nombre d'opérations échappent peu ou prou au contrôle personnel, et tendent à s'organiser séparément sans se dissoudre.

L'extorsion marque un pas de plus. Sans cesser d'être revendiqués en droit par le sujet, certains complexes psychiques dissidents apparaissent comme indûment désaffectés, comme adjugés par dol à autrui : des virtualités, encore fort indistinctes, d'assiégeants, s'esquissent, qui semblent s'emparer par larcin des possessions psychiques du patient. Il a le sentiment qu' « on » lit sa pensée, que ses actes, ses désirs à peine naissants sont connus, divulgués, qu'il est percé à jour par d'inexorables détectives, qu'il est en proie à un cambriolage moral. C'est le symptôme connu sous le nom de vol de la pensée.

La rétorsion est encore un pas de plus. Maintenant l'intrusion n'est plus furtive, mais ostensible. Les secrets surpris par les espions sont par eux intelligiblement énoncés, et ainsi leur personne se manifeste positivement. Ce nouveau symptôme est la rétorsion de la pensée : c'est le vol de la pensée avec verbalisation extra-personnelle (1). Des opérations que le sujet réclame pour siennes lui sont présentées comme endossées et formulées par autrui. Quel est le mécanisme de ce curieux phénomène ? Pendant qu'une opération s'ébauche dans la conscience de soi, elle s'ébauche aussi, hors de la conscience de soi, loin du contrôle personnel, dans les dissidences de l'individualité disloquée. Elles

(1) Nous renonçons à l'apellation d' « écho de la pensée » pour deux raisons : ce mot choque bien des malades, car la verbalisation extra-personnelle est plutôt anticipante que retardante à l'égard de la cérébration personnelle : de plus, il ne convient qu'aux modalités auditives de la rétorsion.

©BIUM

sont déjà assez consistantes, assez actives pour achever de leur côté l'opération et la pousser jusqu'à la formule rédigée, aussi vite et plus vite que la réflexion concurrente. Si bien qu'une énonciation est suppéditée par l'inconscient à la conscience, en quoi la conscience ne reconnaît pas une œuvre sienne, et souvent, alors que la conscience en est encore à délibérer. Verbalisation extra-personnelle de la vie personnelle, voilà la rétorsion.

Enfin l'hallucination verbale est le dernier pas, décisif. Maintenant certains complexes psychiques ne sont aucunement revendiqués par le sujet, leur élaboration tout entière est demeurée ignorée de la conscience, leur existence n'est révélée à la conscience que parce qu'ils surgissent devant elle verbalisés. Comment, dans ces conditions, n'apparaîtraient-ils pas comme productions incontestablement étrangères ? Il ne s'agit plus de pensées désincorporées du sujet, il s'agit de pensées qui à aucun degré, à aucun moment n'ont été incorporées au sujet. Elles sont donc d'emblée incorporées à la représentation d'autres sujets. Telle est, à notre avis, l'importance clinique de ce phénomène, que l'on doit avancer l'affirmation suivante : *Tout malade qui présente des hallucinations verbales signifiantes très développées, communément hostiles, moins communément amicales, diurnes et nocturnes, présente nécessairement les autres stades de la dislocation psychique, incontinence, vol et rétorsion de la pensée, et c'est un polyphrénique.*

L'HALLUCINATION VERBALE, SANS AUTRE ÉPITHÈTE

Le genre hallucination verbale contient quatre espèces, qui sont : auditive, motrice, mixte auditive-motrice, et enfin visuelle. Cette dernière espèce est fort rare, elle consiste en visions scripturales.

A son tour, chaque espèce comporte des variétés. Il y a deux variétés de l'hallucination verbale auditive. L'une est sensorielle, quasi-spatiale, quasi-auriculaire ; l'autre est psychique, en pensée. — Il y a au moins deux variétés de l'hallucination verbale motrice : l'une

©BIUM

est glottique, l'autre épigastrique ; et sans doute faut-il distinguer, ici aussi, des variétés sensorielles et des variétés psychiques. — Il y a bien des variétés de l'hallucination verbale mixte auditive-motrice, car toutes celles de l'auditive peuvent s'associer à l'une quelconque de la motrice. — Enfin, nous avons observé diverses variétés de la rare hallucination verbale visuelle, à savoir : psychique sans accompagnement moteur ; la même avec accompagnement moteur glottique ou épigastrique ; la même avec accompagnement moteur psychique.

Or, en présence d'un polyphrénique, nous pensons que le diagnostic d'hallucinations verbales doit en premier lieu être formulé sans autre épithète, sans désignation de l'espèce ni de la variété, et surtout, en évitant d'omettre le mot « verbales », qui est le nom du genre, et d'y substituer le mot « auditives », ou tout autre qui ne serait qu'un nom d'espèce ou de variété.

En effet, l'appréciation de la variété, et même de l'espèce, est secondaire ; elle est souvent délicate, discutable, alors que la constatation du genre s'impose et suffit (1). Et d'ailleurs, selon les heures d'une même journée, selon les semaines ou les mois d'une même évolution, un halluciné verbal présente tour à tour diverses présentations de l'hallucination. Le mode présentatif, c'est-à-dire l'espèce et la variété, n'est pas ce qui importe surtout. La constatation clinique essentielle, c'est le genre : lui seul doit être d'abord désigné, à côté des autres signes cardinaux, éjection, extorsion, rétorsion. C'est ultérieurement, parmi les symptômes de second rang, que l'on peut descendre à plus de minutie. Supposons que l'on demande si un malade a des voix. Voilà une question mal posée, car le mot « voix » n'englobe pas l'ensemble des hallucinations verbales, il ne convient pas aux visions graphiques, cliniquement équivalentes. Quand on oppose aux voix spatialement extériorisées, quasi-auriculaires, celles qui ne

(1) *Soc. de Psychiât. de Paris*, 18 janv. 1923, *J. de Psychol. neurol. et pathol.*, 490-493, discussion par Laignel-Lavastine, Arnaud, Delmas, Briand, Vallon, Hartenberg, G. Dumas.

©BIUM

sont que mentales (endophasie désavouée), on aurait tort de postuler que les secondes ont moins de valeur clinique. Il n'en est rien : en fait, elles sont plus troublantes, car elles sont une intrusion plus indiscrète, plus mystérieuse, et l'inconscient travail pathologique d'hétéro-personnification est pour elles plus grand. Que la présentation soit mentale ou sensorielle, qu'elle soit auditive, motrice, ou visuelle graphique, ou mixte, dans tous les cas, c'est bien d'hallucinations verbales et de polyphrénie qu'il s'agit, tant que la rédaction extra-personnelle s'accompagne de désaveu catégorique, d'intrusion ostensible, d'inébranlable attribution à autrui. Le caractère hallucinatoire du phénomène dépend moins du degré de l'objectivation pseudo-spatiale que de l'objectivation pseudo-hétéro-personnelle. Enfin il semble exister une présentation générique de l'hallucination verbale : certains polyphréniques perçoivent l'énonciation de leur propre pensée et celle de pensées étrangères en apparence, sans pouvoir dire si cette perception est intérieure ou extérieure, auditive ou motrice. Il existe chez le normal de telles perceptions génériques, et ce serait souvent faire fausse route que de vouloir à tout prix les spécifier.

La pseudo-démence polyphrénique

La démence des « persécutés » fut l'objet de tournois à la Société Médico-Psychologique : Falret et Magnan rompirent bien des lances. Mais la joute était mal engagée, car l'une autant que l'autre, la notion de démence et la notion de persécution avaient besoin d'être révisées.

Si l'on consent à conserver au mot démence son usuelle signification psychiatrique (1), il doit être réservé à la dévastation cérébro-psychique, diffuse ou en foyers. Or ni la psychose unifiante, ni la psychose fractionnante ne sauraient mettre, bien entendu, à l'abri d'une démence vraie intercurrente, sénile, apoplectique

(1) Au sens juridique, il est employé vaguement, comme synonyme de « folie ».

©BIUM

ou paralytique. Et d'autre part, ni l'une ni l'autre, par elle-même, ne conduit à une démence vraie. Mais la psychose fractionnante, quand elle est suffisamment intense, invétérée, réalise un état chronique de disloquement psychique, qui ressemble superficiellement à la démence, et que, pour cette raison, l'on pourrait appeler pseudo-démence.

La confrontation de la démence vraie et de la pseudo-démence des grands hallucinés verbaux disloqués les éclaire l'une par l'autre. Ce sont deux modes bien différents de désintégration, ou de dissociation. La démence vraie est corrosive, elle procède par dissolution brutale, élémentaire ; elle ne se borne pas à disjoindre les uns des autres les complexes psychiques, elle les décompose intérieurement, comme le vitriol désorganise un tissu vivant. Au contraire, la psychose polyphrénique, à l'image d'un réactif modéré, ne détruit pas élémentairement les complexes mentaux qu'elle a dessoudés, chacun conserve une organisation propre, tout au plus relâchée, une vitalité souvent exaltée, une activité séparée turbulente. C'est pourquoi le pseudo-dément disloqué se distingue du dément véritable par sa tenue, son affectivité, sa sociabilité, sa serviabilité.

Persécution et molestation

Quant à la « persécution », elle a cessé d'apparaître comme un signe de ralliement suffisant. Les interprétants de Sérieux et Capgras, et d'autre part les hallucinés verbaux ne sauraient être maintenus dans un même groupe sous le prétexte que ce sont tous des persécutés.

Déjà cette étiquette trop vague a besoin d'être remplacée par de plus précises alors qu'il ne s'agit que des délires d'interprétation. Certains interprétants sont plus persécuteurs que persécutés ; certains s'en tiennent aux contentions juridiques et sont plus revendicateurs que persécuteurs, certains sont des passionnés et ne se rattachent que peu à la persécution. L'essentiel de cette psychose n'est pas la persécution, c'est l'agglutination pathologique, agglutination de toute la vie psy-

©BIUM

chique, aussi bien idéative que sous-idéative, inconsciente que consciente, affective qu'intellectuelle.

Pour la psychose fractionnante, que nous proposons de baptiser polyphrénie, l'étiquette de persécution, même en y ajoutant hallucinatoire, aurait, si l'on tentait de la maintenir, le grave inconvénient de maintenir une confusion, qui n'a que trop duré, avec la psychose unifiante. De plus, la persécution des polyphréniques est très différente de toutes les précédentes. Elle atteint le for intérieur, elle viole le secret de la conscience, elle brime corporellement, elle disjoint le faisceau psychique. Pour marquer cette capitale différence, nous ne manquons pas de mot, nous avons molestation. Mais si fréquente que soit la molestation des polyphréniques, là non plus n'est pas l'essentiel de cette psychose ; c'est un symptôme, parmi d'autres ; la clef est ailleurs, et cette clef, c'est la dislocation psychique, sans dissolution élémentaire, capable de s'aggraver, en dépit des replâtrages idéatifs, jusqu'au démembrement quasi-démentiel.

⁂

L'esquisse présente fut suggérée par l'observation des malades ; tardivement furent recherchés et lus les articles de Gilbert Ballet sur la « Psychose hallucinatoire chronique ». Nous sommes frappé de l'analogie foncière de nos idées avec celles de notre regretté maître ; mais nous ne pouvons le suivre quand il considère cette psychose comme constitutionnelle, ni comme toujours chronique, ni comme une dissociation de la « personnalité » ; et nous apportons quelques précisions nouvelles dans la description des symptômes, de l'évolution, des formes, de la pseudo-démence, dans l'analyse du vol de la pensée, dans la critique de Magnan, dans la constatation d'un démembrement de l'individualité, avec persistance d'une personnalité sinon indemne, tout au moins réagissante et consciente.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 JUILLET 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

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

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Capgras, secrétaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre du Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille demandant qu'on veuille bien lui envoyer pour la bibliothèque de l'école les comptes rendus des travaux de la Société Médico-Psychologique.

Décès de M. le Dr Ph. Chaslin

M. Antheaume, *président :* Je vous fais part de la mort de M. le Docteur Chaslin, Médecin Honoraire de la Salpêtrière, membre de la Société médico-psychologique (1).

Selon la tradition qui règne dans notre compagnie je lève la séance en signe de deuil, Ph. Chaslin ayant été Président de la Société Médico-Psychologique.

Reprise de la séance

Rapport de Candidature

M. Leroy. — Vous avez nommé une Commission, composée de MM. Vallon, Pactet et Leroy, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. Louis Parant, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Louis Parant porte un nom connu de tous les aliénistes. Né dans un milieu médical, élevé par un père

(1) Pour se conformer au désir exprimé par notre collègue, aucun discours n'est prononcé.

©BIUM

associé à la prospérité des *Annales Médico-Psychologiques,* il a suivi les traditions familiales et ses travaux, déjà importants, nous montrent qu'il a été à bonne école.

Brillant élève de la Faculté de Toulouse, il a obtenu une médaille d'argent à la Société de Médecine et le prix Maury de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de cette ville. Puis il est venu terminer ses études à Paris, comme interne des asiles de la Seine, pépinière d'où sortent la plus grande partie des aliénistes français. Cette année même, vous lui décerniez le prix Esquirol pour un mémoire sur la *Séméiologie de l'iris dans les maladies mentales,* mémoire auquel la Commission a adressé ses félicitations.

Les travaux de M. Louis Parant portent sur un grand nombre de points de la psychiatrie. Nous n'en retiendrons que les principaux : *démence à forme presbyophrénique chez un paraphasique* (en collaboration avec M. Vallon) ; *un possédé laïque* (en collaboration avec M. Vallon) ; *psychoses associées : onirisme et symptômes maniaques ; le principe de la présomption légale d'origine et les conséquences de la loi du 31 mars 1919,* article intéressant qui signale les abus existant dans l'obtention des pensions militaires, puisque l'auteur nous donne l'observation d'un déséquilibré constitutionnel, réformé avec 100 0/0 de pension, après 48 heures de séjour au dépôt. Il y a là une iniquité, une dilapidation des deniers publics contre laquelle nous devons protester.

C'est surtout la paralysie générale — ou le syndrome paralytique — qui semble être l'étude de prédilection de M. Louis Parant. La maladie de Bayle a suscité depuis un siècle des recherches considérables et cependant que de diagnostics délicats, que de choses encore obscures... Dans un article publié par l'*Echo médical du Nord,* notre collègue examine la *valeur des différents éléments du diagnostic de la P. G.,* le syndrome humoral, les troubles organiques et, après avoir montré l'insuffisance de ces signes, il insiste sur le psycho-diagnostic de la méningo-encéphalite et sur la prépondérance de l'examen mental. Dans un autre ar-

©BIUM

ticle extrait du *Toulouse médical*, il envisage le *syndrome paralytique au cours des infections :* tuberculose, syphilis cérébrale, sclérose en plaques, trypanosomiase, etc. Nous donnerons une notion spéciale à une communication faite avec M. Vallon à la Société de Psychiatrie : *Psychopathie complexe. Délire de négations chez un syphilitique longtemps considéré comme paralytique général,* cas complexe où il s'agit probablement d'un syphilitique atteint de psychose périodique, sans que l'on puisse incriminer la P. G.

Enfin l'œuvre de M. Louis Parant comporte deux travaux particulièrement intéressants : une *observation de P. G. prolongée* (avec M. Lhermitte) prouvant que le syndrome humoral, de même que les troubles psychiques et organiques, sont susceptibles d'une régression spontanée dans les cas où la paralysie générale déroule une évolution particulièrement lente, et, surtout, sa thèse sur le *diagnostic du syndrome paralytique chez les syphilitiques en dehors de la paralysie générale,* thèse ayant obtenu une médaille d'argent de la Faculté de Médecine de Paris. Ce travail très complet, appuyé de nombreuses observations, tend à prouver, qu'à côté de la P. G., il y a lieu de reconnaître l'existence d'une syphilis cérébrale diffuse, qui se rapproche de la maladie de Bayle par le tableau clinique et par le syndrome humoral et qui s'en distingue par l'anatomie pathologique et l'évolution.

Après examen des titres et travaux de M. Louis Parant, votre Commission est unanime à déclarer que ce candidat mérite d'obtenir le titre de membre correspondant, qu'il sollicite. La Société Médico-Psychologique s'adjoindra un collaborateur distingué et laborieux, un clinicien avisé, digne de votre choix.

A la suite de ce rapport, M. le Dr Louis Parant est élu membre correspondant de la Société Médico-Psychologique à l'unanimité des membres qui assistent à la séance.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire des séances,
René CHARPENTIER.

©BIUM

XXVIIe CONGRÈS
DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Besançon, 2-7 août 1923)

De l'évolution des idées sur la folie

ANALYSE DU DISCOURS D'OUVERTURE DE M. HENRI COLIN, PRÉSIDENT

Au début du XIXe siècle, la science psychiatrique, bien qu'à son commencement, est synthétique. Cela en partie à cause des idées sociales de la Révolution qui exigent que le malade mental soit assisté, protégé et rendu inoffensif. La loi de 1838 est la consécration légale de cette science de Pinel et d'Esquirol, fondée uniquement sur la clinique.

Au cours du XIXe siècle apparurent d'autres méthodes que leurs adeptes eurent parfois la prétention de substituer à la clinique. La méthode anatomo-pathologique veut expliquer les troubles mentaux par les lésions du cerveau. Née à l'occasion de la paralysie générale, affection dans la connaissance de laquelle elle fut très précieuse, elle a encore appris à connaître les altérations cérébrales de l'idiotie, de l'épilepsie, des démences organiques. Mais ses renseignements concernant les autres maladies mentales sont bien incomplets. Et ce n'est pas étonnant, car nous ignorons la morphologie réelle du cerveau normal.

La méthode biologique veut expliquer les troubles mentaux par les désordres biologiques, notamment dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne. En neurologie elle a eu un certain succès pour certains syndromes de Basedow, de myxœdème, de crétinisme. Mais plus on avance, plus on trouve la complexité des organes intéressés dans la production des syndromes

©BIUM

dits polyglandulaires. Au point de vue mental elle n'a rien appris. Si l'attaque d'épilepsie devait être rattachée à un choc hémoclasique, comme on l'a prétendu, comment expliquer que chez certains épileptiques à crises fréquentes ces crises puissent disparaître par périodes, alors que durant ces périodes ont dû se produire d'autres crises hémoclasiques ?

Il ne faut pas comparer le milieu de l'être vivant à celui d'un vase de laboratoire, ni confondre l'expérience ou production de réactions dans des conditions parfaitement déterminées avec l'empirisme ou observation de réactions dont la plupart des conditions sont laissées au hasard. D'ailleurs Klippel ne dit-il pas que ce sont les désordres nerveux qui ont pour conséquence les modifications humorales ?

La méthode psychologique cherche à rattacher à la psychologie normale les faits constatés chez les aliénés. Mais nous ne savons pas ce qu'est l'intelligence normale, et la psychologie ne semble pas devoir retirer des informations précises de l'étude des aliénés. En introduisant les mots élan vital, courant de conscience, auto-conduction, c'est une métaphysique nouvelle que l'on introduit sans rien clarifier. Si l'on dit que le dément arrivé à l'ultime déchéance psychique a perdu son élan vital, il faut dire la même chose du pigeon décérébré qui se laisse mourir de faim sur un tas de graines si on ne le gave pas.

La clinique, c'est-à-dire l'observation continue pendant des années et des années, faite en vivant au milieu des aliénés est la seule méthode capable d'apprendre à les connaître, à les comprendre, à prévoir leurs réactions, à les prévenir et à les guérir. — Elle enseigne à celui qui la pratique, le rôle immense de l'hérédité. — Elle montre que les causes occasionnelles : fatigues, émotions, maladies produisent, comme on l'a vu pendant la guerre, une régression de la mentalité atteinte à un stade antérieur, d'où la fréquence des réactions puériles ou des idées mélancoliques qui sont l'expression de notre longue hérédité religieuse. — Elle empêche de tomber dans les paradoxes, comme celui qui fait du génie une manifestation de folie, où dans les

erreurs qui font voir des fous, là où ils n'existent pas ; car le nombre des aliénés est extrêmement restreint. — Enfin elle établit la limitation du domaine de la psychiatrie et de la neurologie, le domaine des obsessions et des émotions étant commun à ces deux sciences, celui des psychoses étant du ressort exclusif de la psychiatrie.

1er RAPPORT : PSYCHIATRIE

M. A. Hesnard (Bordeaux) : *La Psychoanalyse*

L'auteur étudie les 4 points suivants :

1° La valeur étiologique de la psychoanalyse. — *a*) L'étiologie sexuelle des névroses et psychoses n'est pas constante, car l'analyse des circonstances dans lesquelles apparaissent les troubles mentaux, permet de reconnaître dans ces circonstances tantôt des faits à signification incontestablement génitale (masturbation, inassouvissement sexuel physique, appétits génitaux auto ou hétéro-érotiques déviés), tantôt des faits à signification affective nullement sexuelle (ambitions déçues, ruines, misères, etc.), tantôt des faits ressortissant à l'évolution biologique de l'être (endocrinologie de la puberté et de la ménopause).

b) Lorsque des névroses et des psychoses comportent dans leur sémiologie un trouble sexuel, rien ne prouve que celui-ci ait été cause plutôt qu'effet de la maladie à l'égal des autres troubles.

c) L'étude de la sexualité des gens normaux démontre l'existence chez eux des mêmes complexes que ceux découverts par la psychoanalyse chez les névropathes ou psychopathes, complexes, qui furent également refoulés. C'est donc que ce refoulement n'a pas la vertu pathogène que Freud lui attribue.

2° La valeur méthodologique de la psychoanalyse. — Le symbolisme sexuel tel que l'établit Freud est parfaitement arbitraire, il n'a pas un caractère universel. Chacun forme ses symboles avec son éducation et son instruction personnelles. Rien ne dit que ce que le psychoanalyste trouve symbolique, l'ait été pour le sujet

©BIUM

au moment où il ne connaissait pas son médecin. Ensuite celui-ci exerce une suggestion sur le malade qui fausse toutes les réponses qu'il en obtiendra. La psychoanalyse renseigne plus sur la qualité du médecin que sur celle du malade et deux psychoanalystes différents obtiennent des explications différentes du même cas.

Une telle méthode peut, par cette suggestion, être très dangereuse, cultiver et compliquer des symptômes hystériques, amorcer des idées de culpabilité et d'indignité chez les auto-accusateurs latents, renforcer les scrupules des obsédés, etc.

3° La valeur thérapeutique de la psychoanalyse. — Si elle guérit les cas à étiologie sexuelle indiscutable, ceux-ci guérissent également par une psychothérapie quelconque. Elle est sûrement impuissante lorsque l'étiologie est organique (infections, intoxications, insuffisances glandulaires, traumatismes physiques, etc.).

Souvent la guérison est spontanée. En tout cas son action au lieu de s'expliquer par la libération hypothétique des complexes refoulés, est de même nature que celle de n'importe quelle psychothérapie. Elle est fonction de la sympathie manifestée au malade, de la confiance qu'il sait lui inspirer, du réveil de son aptitude affective, de l'appui moral qu'on offre à ses efforts pour prendre une conscience exacte de ce dont il est l'objet et de ce qui l'entoure.

4° La valeur psychiatrique de la doctrine psychoanalytique. — L'inconscient dynamique de Freud est en dehors de toute physiologie, alors que les enseignements de la psychologie biologique contemporaine inclinent à faire de l'inconscient un intermédiaire entre la tendance organique et la vie rationnelle. De la sorte la psychologie morbide semblerait devoir être rattachée à la philosophie au lieu de s'affirmer comme tributaire de la pathologie qu'elle est en réalité.

La libido est un concept aussi obscur qu'intraduisible pour un Français. Puisqu'il déborde celui de la sexualité, pourquoi le substituer aux concepts classiques d'intérêt ou, mieux encore, d'affectivité ?

La psychoanalyse, sous le nom de tendances morbi-

©BIUM

des, confond les instincts vrais (Triebe) ou forces primordiales inéluctables qui poussent l'individu vers ses buts vitaux : conservation, perfectionnement, reproduction, avec les désirs (Wünsche) qui sous forme de craintes ou de souhaits actionnent nos rêves et notre imagination.

Le refoulement, mécanisme théorique, n'est ni toujours d'ordre sexuel, ni toujours pathogène. La pensée symbolique est la forme primitive de la pensée. Son apparition n'est pas causée par le refoulement, c'est un procédé général de l'esprit normal. — La réalisation des désirs qui existe dans les rêves et les névroses n'est pas à considérer comme un acte de compensation de la réalité cherchée par le sujet. Elle est secondaire à un état primordial de l'esprit, à la justification psychique, procédé complètement méconnu par Freud.

Quoi qu'il en soit, l'exploration psychoanalytique, malgré ses erreurs et même à cause de ses erreurs, présente un intérêt considérable et lui donne des droits incontestables à la sympathie de la science française.

M. Schnyder (*de Berne*). — Pour apprécier la valeur de la doctrine de Freud, il faut d'abord la comprendre et, dans ce but, se familiariser avec les travaux fondamentaux. Freud, Iung et Adler sont considérés aujourd'hui plutôt comme philosophes que comme praticiens. Il ne faut pas demander à la psychoanalyse plus qu'elle ne peut donner et surtout il ne faut pas la considérer uniquement comme un procédé de thérapeutique. Freud lui-même ne le fait pas.

Les principes freudiens ont leur application surtout dans les états hystériques et obsessionnels. Souvent on peut déjà, sans investigation méthodique, y retrouver certains refoulements sans doute nuisibles aux malades. Dans les psychoses les tentatives de psychothérapie peuvent établir entre le médecin et le malade un état affectif utile pour le dernier.

En s'associant dans l'ensemble aux idées de M. Hesnard, M. Schnyder compte beaucoup, dans le travail d'épuration de la psychoanalyse, sur le creuset de la clinique neuropsychiatrique française.

©BIUM

M. Bovet (*Genève*). — M. Hesnard semble donner aux psychoanalystes d'une main ce qu'il leur reprend de l'autre. Toute épithète de Visionnaire pour Freud est déplacée. C'est plutôt un esprit mathématicien. Freud a lui-même reconnu la prédisposition aux psychoses. Il a reconnu l'existence des constitutions hystérique et névropathique et attribué leur valeur étiologique réciproque à l'hérédité, au tempérament, à la constitution. Si Freud insiste sur l'étiologie sexuelle, il voit tout de même la pluralité des causes. Les névroses sont considérées plutôt comme le résultat d'un conflit entre les tendances sexuelles et non sexuelles. Le concept du refoulement est à tort condamné par le rapporteur. Fait banal, il semble dû à la résistance opposée à la libido par les tendances non sexuelles. Le refoulement et la symbolique sont des réalités et non des vues de l'esprit.

M. de Saussure (*Genève*). — On ne peut pas mettre sur un même plan Freud, Iung et Bleuler. La conception de la « libido » n'est pas la même chez Freud et chez Iung. C'est une erreur enfin d'admettre que toute la valeur de la méthode psychoanalytique consiste dans le rapport affectif établi entre le médecin et le malade. A côté de la sexualité Freud reconnaît l'égocentrisme comme jouant un rôle dans la genèse des psychoses.

M. Hartenberg (*Paris*). — Approuve entièrement l'élégante et subtile critique du rapporteur. Depuis 20 ans, l'expérience affirme que très souvent les influences sexuelles ne sont pour rien dans l'éclosion des accidents. L'origine sexuelle des névroses ne représente qu'une infime minorité des cas. Les interprétations psychoanalystes des rêves sont des artifices de préparation. Passant ensuite à une critique sévère et très pittoresque de la psychoanalyse dans son ensemble, à laquelle il dénie, à l'encontre de M. Hesnard, toute valeur scientifique et dont la propagation lui paraît dangereuse pour la société, l'orateur termine en déclarant que la psychoanalyse est un tissu de sottises, d'obscénités et d'erreurs. De nombreux et convaincants exemples qu'il donne, pris dans les divers ouvrages de Freud, illustrent ses déclarations.

©BIUM

M. COURBON (*Stephansfeld*). — Tout en condamnant la psychoanalyse pour avoir mérité par la notion du pansexualisme, le reproche d'être une scolastique de la pornographie, il explique son succès dans les pays germaniques ou anglo-saxons et son insuccès dans les pays latins par la différence d'attitude de la morale de ces pays à l'égard des manifestations de la vie sexuelle. La pudibonderie des premiers impose à l'individu doté d'impulsions génitales un peu fortes, un refoulement qui le porte à avoir recours à des pratiques plus ou moins anormales pour se satisfaire, d'où création de perversions sexuelles, et qui, si son équilibre mental n'est pas très assis, l'expose à l'éclosion de troubles psychopathiques plus ou moins polymorphes, d'où rôle étiologique incontestable de la sexualité dans les névroses et les psychonévroses de ces pays. L'auteur cite plusieurs exemples de la pudibonderie laissée en Alsace, à des niveaux divers de la société, par la culture germanique : Les enfants de la colonie pénitentiaire de Haguenau sont toujours réticents pour les actes sexuels si normaux soient-ils qu'on leur reproche (coït d'un garçon de 18 ans avec une fille du même âge), alors qu'ils avouent sans difficulté un crime contre la vie ou la propriété. Des étudiants de 27 ans affranchis de beaucoup de préjugés rougissent d'assister à la représentation de l'opérette de *Phiphi*. Certains médecins se refusent à fouiller le passé sexuel de leurs malades, en disant que c'est là une matière où la discrétion doit être rigoureusement observée. Il faut reconnaître à Freud le très grand mérite d'avoir osé diriger l'investigation scientifique dans le domaine de la sexualité.

M. WIMMER (*Copenhague*). — Insiste particulièrement sur l'importance de la notion des psychoses psychogènes ou déclanchées par le traumatisme psychique. Dans ces cas la nature du traumatisme détermine rigoureusement le contenu de la psychose. (Exemple du Délire des réminiscences). Dupré, Magnan et d'autres ont publié des travaux relatifs à ce problème et Morel lui-même avait bien étudié ces cas. Il faut, en matière étiologique, toujours tenir compte des deux facteurs : le terrain et le milieu. Et en ce qui concerne

©BIUM

le milieu, les traumatismes sexuels sont au premier rang des causes pathogènes ; ils déterminent le contenu des troubles neuro-psychiques.

M. Ley (*Bruxelles*). — Il est difficile de critiquer la méthode de Freud sans l'avoir appliquée. C'est une méthode simple permettant de mettre en évidence certains complexes affectifs. Mais il faut se garder des interprétations intempestives. L'auteur du rapport n'a pas suffisamment parlé de la conception du refuge dans la maladie, qui est pourtant un concept freudien par excellence. L'application thérapeutique a peu intéressé l'auteur. Son importance réside dans le fait que l'on s'occupe du malade. Les guérisons sont du reste obtenues avec d'autres moyens sans qu'il y ait lieu de nier l'existence du refoulement. Il est d'accord avec M. Hesnard au point de vue des dangers du Freudisme. L'épidémie de Freudisme en Amérique en est un exemple.

M. Répond (*Lausanne*). — Cette discussion n'est pas la première où la psychoanalyse eut à subir des critiques fleuries comme celle du rapporteur ou des condamnations fulminantes comme celles de M. Hartenberg. Et cela même en Allemagne où on la qualifiait d'importation juive. L'auteur insiste sur l'heureuse influence de l'école de Bleuler sur la conception psychoanalytique et montre comment le maître de Zurich a réussi, grâce à elle, à éclairer le mystère de la psychose schizophrénique.

Après avoir indiqué que pour cette école le principe du complexe n'est pas purement sexuel, l'orateur s'attache à expliquer que les psychoses ne se développent pas au hasard, que souvent elles semblent avoir un but et que même elles constituent un refuge. Et c'est la psychoanalyse qui permet de suivre et de comprendre ces évolutions, en même temps qu'elle guérit.

M. Lépine (*Lyon*). — Les critiques légitimes dont est passible la psychoanalyse ne doivent pas être plus absolues que ne sauraient l'être ses prétentions. Bien loin d'avoir été condamnée radicalement ou complètement ignorée en France, elle fut étudiée par divers auteurs. C'est ainsi qu'à la Faculté de médecine de Lyon

©BIUM

l'orateur lui-même avait dans son enseignement donné à la psychonanalyse la place qui lui revient, dès 1913. Il a parfois trouvé dans cette méthode une aide pour l'édification du diagnostic et de l'étiologie. Il insiste sur le rôle que jouent dans le refoulement l'éducation et notamment la religion, rôle supérieur à celui du caractère ethnique. C'est ainsi qu'il explique les cas de pudibonderie cités par M. Courbon.

M. Minkowski (*Paris*). — La conception freudienne n'est que l'aboutissant d'une doctrine dont le point de départ est le même que celui de Janet. Celui-ci et Freud ont été tous les deux les élèves de Charcot et ce sont les malades de la Salpêtrière, c'est-à-dire les névroses, qui inspirèrent leurs études. L'auteur fait un parallèle de la pensée de Freud et de celle de Kræpelin s'attachant à démontrer comment toutes deux semblent s'être entrecroisées pour donner naissance à la pensée de Bleuler. Celui-ci est parti non des névroses, mais de la démence précoce, pour aboutir à sa conception. La psychoanalyse bleulérienne est une méthode capable de donner les meilleurs résultats. Et les travaux qu'elle inspire viennent heureusement aboutir à une rencontre avec ceux de l'école française dans certains cas, comme celui des délires d'imagination, ainsi que l'a montré M. Logre. Bleuler ajoute en effet une grande importance à la constitution.

M. Logre (*Paris*). — Il y a lieu de distinguer dans la psychoanalyse de Freud les vices inhérents à la méthode et ceux de l'application de la méthode elle-même. L'auteur, textes en main, fait une critique judicieuse de la psychoanalyse et montre comment Freud lui-même doute de la valeur de sa doctrine. C'est dire avec quel bon droit le rationnalisme de l'esprit français peut la critiquer. Le Freudisme, en attribuant des motifs sexuels aux troubles psychiques, peut désorganiser des ménages et des familles. D'où son danger au point de vue social.

M. Froment (*Lyon*). — Se demande s'il est vraiment opportun d'appliquer cette méthode chez les hystériques, demi-simulateurs pour Babinski, mythomanes pour Dupré, puisque Freud reconnaît qu'on ne guérit

©BIUM

pas le tempérament, mais seulement les manifestations hystériques qui guérissent par une psychothérapie énergique. Il ne voit aucun avantage thérapeutique dans cette méthode. Chez les obsédés et anxieux elle est dangereuse et doit être catégoriquement refusée, car il faut détourner l'attention du sujet de l'analyse de ses troubles. Il pose aux partisans de la psychoanalyse cette demande, qui reste sans réponse : Consentiriez-vous à soumettre votre sœur, votre fille ou votre femme malades aux investigations et à la thérapeutique d'un psychoanalyste ?

M. GRAETTER (*Bâle*). — Voudrait remplacer le mot de psychoanalyse par celui de psychanalyse qu'il trouve meilleur et déclare qu'en dehors de cette méthode il ne saurait exister de vérité, bien que le refoulement ne joue pas toujours dans la genèse des maladies.

M. ANGLADE (*Bordeaux*). — L'auteur commence par exprimer tout le respect qu'il professe pour la personne de Freud, pour une vie si parfaitement vouée au travail et pour les vues originales qu'il a exprimées sur diverses questions de neurologie et de psychiatrie. Mais en ce qui concerne la question de la psychoanalyse, il proteste énergiquement contre la doctrine pansexualiste. S'il est vrai que l'étiologie sexuelle constitue un chapitre important de la psychiatrie, c'est une erreur de voir toujours et partout de la sexualité. « L'orientation libidineuse » donnée à la science par une telle doctrine procède d'un esprit systématique. Elle provient d'un préjugé et non de l'observation impartiale des faits. Les conséquences pratiques d'une telle hypothèse peuvent être très dangereuses.

M. FLOURNOY (*Genève*). — Pour l'appréciation d'une doctrine il faut se méfier de toute passion à son égard : L'auteur, bien que partisan de la psychoanalyse est moins convaincu de la justesse des doctrines de Freud que ses adversaires ne le sont de leur fausseté. L'application de la méthode est particulièrement difficile vu qu'elle s'applique surtout à des gens non internés, venant à la consultation journalière. Il faut attendre avant de conclure. Le malade qui en Autriche et en Allemagne va se confier à un psychoanalyste est déjà

averti de ce que l'on va rechercher sur lui, et par conséquent n'éprouve pas l'émotion qu'éprouve le malade d'un pays où cette conception est ignorée.

M. HESNARD (*Bordeaux*). — Maintient ses conclusions. Insiste sur le fait que sa critique a porté sur les exagérations outrancières de la psychoanalyse et non sur la méthode elle-même. Note que de rester inébranlable dans sa conviction malgré les démentis des faits et les démonstrations, comme le sont certains psychanalystes, c'est faire de la science en croyant et non en savant. Croit que la religion et l'éducation peuvent produire un refoulement pathogène dans certains cas en Alsace peut-être où les mœurs sont loin d'avoir le relâchement qu'elles ont à Vienne, ville récriminée pour sa licence. Met en garde contre la culture que pratiquent les adeptes de la psychoanalyse avec bien plus d'inconscience que n'en eut jamais pour l'hystérie l'ancienne école de la Salpêtrière. S'incline devant la valeur et la probité scientifiques de la plupart de ses adversaires, notamment de Bleuler.

IIe RAPPORT : NEUROLOGIE

M. ANDRÉ-THOMAS (Paris) : *Troubles nerveux et circulatoires causés par les côtes cervicales*

Les côtes cervicales existent normalement à l'état d'ébauche transitoire. Mais leur persistance et surtout l'évolution de leur architecture vers la dorsalisation constituent une anomalie capable d'entraîner des troubles nerveux et circulatoires.

Plus fréquentes chez la femme elles existent dans une proportion de 1 à 2 0/0 chez les individus, tantôt bilatéralement, tantôt unilatéralement. Souvent coexistent d'autres malformations corporelles. Rarement héréditaires elles-mêmes. On a incriminé parfois la syphilis héréditaire. C'est surtout la côte née sur la 7e vertèbre cervicale qui par ses rapports avec le plexus brachial et le paquet vasculo-nerveux, notamment avec l'artère sous-clavière, détermine les troubles ici étudiés.

Les mouvements professionnels (soulèvements de

©BIUM

poids lourds, mobilisation du bras, amplitude des oscillations respiratoires) jouent le rôle d'agents occasionnels dans l'apparition des troubles. Anatomiquement on constate souvent des productions fibreuses enserrant plus ou moins les nerfs, les artères ou les veines.

A. Les troubles nerveux portent surtout sur le plexus brachial, quelquefois sur le plexus cervical et souvent sur le territoire du sympathique.

a) La sensibilité est le plus fréquemment atteinte. On note des douleurs ou mieux des paresthésies exagérées par certains mouvements et par les variations de la température extérieure.

L'hypoesthésie peut exister surtout le long du bord interne de la main et du membre supérieur (C^8 et D^1). Mais au lieu de ce type radiculaire on peut trouver un type segmentaire plus ou moins atypique.

b) La réflectivité des divers territoires du membre supérieur est diminuée ou abolie d'une façon parcellaire.

c) La motricité est atteinte sous forme d'impotence diffuse apparaissant parfois d'une façon transitoire sans que rien n'explique cet engourdissement paralytique. Souvent il n'y a pas de douleur concomitante. Cela est dû à une méïopraxie passagère des artères radiculaires comprimées lors des mouvements par la côte.

Quelquefois l'impotence est systématisée avec atrophie parallèle des muscles innervés par certaines racines. Le plus souvent ce sont les muscles hypothénariens, interosseux, lombricaux et adducteur du pouce qui sont intéressés (C^8D^1). On peut alors y constater la R.-D. électrique.

D'autres fois on a des crampes, des tremblements.

Exceptionnellement on voit des signes d'irritation du récurrent (raucité de la voix), du phrénique (spasmes du diaphragme).

B. Les troubles circulatoires portent sur le membre supérieur et la main où l'on constate : de la pâleur et de la cyanose avec refroidissement et exceptionnellement de la gangrène ou un anévrysme, le tout accompagné de diminution du pouls radial (artère sous-clavière), de l'œdème et tantôt de varicosités (veine).

©BIUM

C. Les troubles sympathiques consistent en syndromes oculo-pupillaires de paralysie (énophtalmie, myosis, rétrécissement de la fente palpébrale ou syndrome de Claude Bernard-Horner) ou d'irritation, troubles sécrétoires et altérations des réflexes sudoraux et pilomoteurs sur le membre supérieur. Rarement il y a troubles trophiques des ongles.

D'ailleurs les troubles sympathiques sont toujours plus ou moins mêlés aux autres et ils jouent un rôle dans les impotences motrices ci-dessus décrites.

Souvent une scoliose cervicale existe qui pour certains auteurs serait l'effet de l'impotence des muscles (théorie paralytique), pour d'autres aurait pour fin de prévenir les compressions (théorie réflexe), pour d'autres résulterait de la même dystrophie qui causa la côte cervicale elle-même (théorie mécanique).

Evolutivement les côtes cervicales peuvent rester complètement silencieuses, donner à la suite de surmenage ou de maladies infectieuses des troubles capables de guérir complètement quelle qu'ait été leur intensité, ou au contraire, ce qui est fréquent, constituer des invalidités, des souffrances ou des œdèmes permanents.

Le diagnostic est différent suivant que c'est l'atrophie, la douleur, la paralysie ou les troubles vasomoteurs qui prédominent. Atrophies myélopathiques, syringomyélie, pachyméningite, radiculites, mal de Pott, fractures, maladie de Raynaud, anévrysmes.

Le traitement médical consiste à lutter contre les compressions (repos, écharpe, bretelles) et les sédatifs : air chaud, bains chauds, électricité galvanique, radiothérapie.

Le traitement chirurgical est indiqué quand la radiographie a confirmé le diagnostic et que les troubles sont persistants et intenses. C'est la résection de la côte. Se méfier alors des paralysies radiculaires par élongation ou brides cicatricielles qui peuvent suivre.

M. Laignel-Lavastine (*Paris*). — Insiste sur la latence parfois très longue des signes cliniques et sur le défaut fréquent de concordance entre le côté où se trouve la côte cervicale et celui où siègent les troubles cliniques.

©BIUM

Il cite des exemples. Il faut tenir compte de la coexistence de côtes cervicales avec d'autres stigmates de dégénérescence, même d'ordre psychique. Ainsi il a constaté des côtes cervicales chez une paranoïaque.

Pour ce qui est du diagnostic de l'anomalie, il est nécessaire d'éliminer la possibilité d'une scoliose, cause de troubles souvent tout à fait analogues à ceux causés par les côtes cervicales.

M. ROGER (*Marseille*). — Cite 4 cas de son expérience personnelle, de malades atteints de côte cervicale. Dans le premier, il s'agissait de troubles paroxystiques passagers consistant dans des crampes du membre supérieur gauche et s'installant dès que le malade cherchait à lacer ses souliers de sa main gauche. A l'examen on constata une paresthésie au niveau du bord cubital de la main. Les troubles vasculaires étaient nuls. La radiographie montra la présence d'une côte cervicale bilatérale, prononcée surtout à gauche. Dans le deuxième cas un torticolis était associé aux autres troubles provenant de la maladie. Le troisième cas est celui d'une mélancolique anxieuse qui avait eu en même temps une côte cervicale. Dans le quatrième cas, c'étaient des phénomènes spasmodiques qui dominaient la scène.

M. FROMENT (*Lyon*). — Rapporte un cas où le syndrome des côtes avait une allure de rhumatisme douloureux et qui fut guéri par la radiothérapie.

En outre, dans les cas où ce syndrome se traduit par l'atrophie, celle-ci est souvent limitée à l'éminence thénar et parfois au seul muscle opposant. C'est par l'impossibilité qu'a le malade d'exécuter avec son index fléchi à angle droit sur le métacarpe et son pouce dont la pulpe vient toucher la pulpe de l'index (signe du bec de canard) qu'on distingue la paralysie de l'opposant de celle du court adducteur du pouce qui lui est souvent associée.

M. CHARPENTIER (*Paris*). — Cite le cas d'une malade atteinte de côte cervicale, où l'intervention chirurgicale n'eut aucun effet favorable sur les troubles.

M. DE MASSARY (*Paris*). — Dans le cas d'une clavicule de Paget unilatérale, où la radiographie a démon-

©BIUM

tré la présence d'une côte supplémentaire, il faut se demander si cette dernière ne pouvait pas être en quelque sens la cause de l'ostéite de Paget.

M. CROUZON (*Paris*). — Se basant sur une série de 70 cas dont 45 ont été complètement observés, l'orateur insiste sur le fait que les signes cliniques fournis par la palpation sont rares. Les troubles subjectifs sensitifs sont les mêmes que ceux cités par l'auteur. La F. A. n'est jamais nettement altérée. Dans 8 cas, il a observé des troubles pupillaires ; 2 de ces malades étaient atteints de panophtalmie. Il y a lieu d'insister sur le syndrome d'apparence syringomyélique, attribuable aux côtes cervicales à défaut de toute lésion médullaire.

Une importance particulière doit être attachée à la distinction entre les syndromes de la côte cervicale proprement dite et d'une apophyse transverse dorsalisée. Parmi les 70 cas observés par lui, 40 étaient de la première catégorie, 30 de la 2e. De même, dans l'explication des troubles, il faut tenir compte de certaines configurations anormales de la côte supplémentaire démontrées souvent par la radiographie (côtes unciforme, en tragus, en crochet, à aspect triangulaire).

Les résultats opératoires ont été excellents dans 8 cas parmi 11 opérés. L'effet était nul dans un seul cas.

Ces remarques sont suivies de la projection de plusieurs séries de radiographies montrant différents types de l'affection : côtes cervicales proprement dites ; apophyses seules hypertrophiées ; spondylites séniles avec tassement cervical consécutif ; malades opérés, avant et après l'opération.

M. Noël PÉRON (*Paris*) présente en son nom et au nom de M. A. LÉRI, à l'aide de projections une série de malades atteints de malformations cutanées (nævus pigmentaire de la face et de la région du trapèze dans un cas, triple placard nævique dans un autre) en même temps. Ils se demandent s'il n'y a pas relation de cause à effet entre les deux affections, malformation osseuse et affection cutanée.

M. COURBON (*Stephansfeld*) fait le bilan des données apportées à propos du syndrome des côtes cervicales par la neurologie à la psychiatrie. Au point de vue *moteur*, on ne devra pas prendre pour une crampe des

©BIUM

écrivains d'origine psychique une impotence diffuse déterminée par la claudication intermittente des artères radiculaires. Au point de vue *sensitif*, il ne faudra pas prendre pour douleurs psychopathiques les paresthésies des côtes cervicales et traiter de « cénesthopathe » celui qui est porteur de ce dernier syndrome. Au point de vue *vasomoteur*, il faudra radiographier certains aliénés, comme certains stuporeux ou déments précoces présentant un œdème ou des troubles vasomoteurs du membre supérieur avant de conclure à une étiologie cachectique. Enfin le fait que le rapporteur ne consacre aucun paragraphe à l'étude de la *mentalité* des porteurs de côtes cervicales prouve que ces stigmates physiques de dégénérescence peuvent quelquefois ne pas s'accompagner d'une dégénérescence psychique, dissociation qui d'ailleurs est fréquente.

M. ANDRÉ-THOMAS (*Paris*) répond à M. CROUZON que si morphologiquement on peut distinguer une côte cervicale d'une apophyse transverse cervicale dorsalisée, du moins anatomiquement cette distinction est arbitraire, car ce qui dans l'apophyse transverse est augmenté, c'est sa partie antérieure. Or l'embryologie montre que la côte thoracique n'est que le développement de cette partie antérieure. — A M. ROGER, qu'une côte cervicale peut en effet jouer un rôle dans l'étiologie encore bien imparfaitement connue du torticolis spasmodique. — A M. FROMENT, qu'il y a en effet intérêt d'indiquer les signes capables de permettre de localiser les territoires des lésions nerveuses. — A M. CHARPENTIER que souvent l'échec d'une opération est dû à l'insuffisance d'étendue de l'intervention, car il se peut que la compression pathologique soit exercée non par la côte qu'on réséque, mais par les brides fibreuses laissées en place. — A M. COURBON, que le silence de son rapport sur la mentalité des malades tient non pas à l'inexistence de troubles mentaux chez ces sujets, mais au caractère exclusivement neurologique qu'il avait cru devoir conserver à ce rapport.

Il ajoute qu'il ne faut pas attribuer aux côtes cervicales les troubles paresthésiques qui existent parfois dans les membres supérieurs des femmes à la ménopause.

©BIUM

IIIe RAPPORT : MÉDECINE LÉGALE

M. P.-M. LEGRAIN (Villejuif) : *La criminalité des toxicomanes*

Cliniquement, ce qui ressort, c'est que, du point de vue criminel, tous les poisons de l'intelligence sont une source abondante d'actes redoutables pour la vie privée et pour la vie publique, par annihilation du pouvoir supérieur de contrôle, par libération de l'automatisme et, par conséquent, par affaiblissement progressif de la réflectivité consciente et logique, dite volontaire. — La période d'ivresse qui précède celle de stupéfaction produit une excitation intellectuelle qui a été parfois mise à profit pendant la guerre, où l'on a vu certains centres d'aviation être pendant quelque temps un ramassis de héros dont l'héroïsme fut trop souvent adultéré d'automatisme toxique.

Grâce à ce processus universel, la criminalité toxique présente un aspect uniforme, quel que soit le toxique causal envisagé.

Le phénomène psychologique dominant est la stupéfaction. Le phénomène ultime est le néant de la volonté. Cette déchéance est loin d'être irrémédiable, mais elle n'est point sujette spontanément à amélioration et elle conditionne essentiellement la récidive criminelle.

Socialement, la toxicomanie, psychose collective, a des conséquences d'une extrême gravité. Facteur d'une proportion énorme de crimes et de délits, elle nécessite d'autant plus l'attention soutenue des pouvoirs publics que le milieu social, étant l'auxiliaire le plus habituel de la passion morbide, encourt de ce fait une lourde responsabilité. La criminalité toxique est une calamité publique dont on peut être facilement maître.

Au point de vue répressif et thérapeutique, aucune raison n'existe de traiter les toxicomanies et les toxicomanes autrement que l'alcoomanie et les alcoomanes. Les mêmes mesures de répression et d'ordre public atteindront uniformément tous les stupéfiés parce qu'ils font courir les mêmes dangers. La loi sur l'ivresse publique n'a visé jusqu'ici que l'alcool ; elle doit s'étendre à tous les stupéfiants.

©BIUM

Mais une mesure de répression d'ordre défensif en même temps que d'ordre préventif s'impose après un certain nombre de récidives ; c'est l'internement sans autre limite de temps que celle imposée par les nécessités de la cure dans des établissements appropriés ou dans des maisons de santé appropriées pour cet objet.

Cet internement s'impose tout naturellement pour les intoxiqués délinquants et criminels ayant bénéficié d'un non-lieu.

L'autorité judiciaire prononcera, dans tous les cas, l'internement et libèrera les patients, après avis motivé des médecins traitants.

La prophylaxie criminelle et le souci de l'ordre public ou privé doivent autoriser les victimes ordinaires des intoxiqués à requérir l'internement de ces malades, comme il advient en certains pays.

Comme corollaire, la déchéance paternelle doit découler d'une pareille mesure et tant que le malade n'a point donné des preuves certaines de sa guérison.

L'auteur propose le vote du vœu que les pouvoirs publics fassent diligence pour que des services spécialisés ou des maisons de traitement pour la cure des intoxiqués par voie d'internement soient organisés dans le plus bref délai et qu'une législation spéciale, annexe ou non de la loi générale sur les aliénés, dispose que les intoxiqués pourront être retenus dans ces services par l'autorité judiciaire, autant qu'il sera jugé nécessaire pour assurer leur guérison.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — Si de grandes lois peuvent être formulées comme dirigeant les processus toxiques, la clinique hospitalière permet d'établir des différences entre les divers agents d'intoxication, différences qui sont, peut-être, d'autant plus évidentes que plus léger est le degré de l'intoxication. Il est impossible de comparer une femme morphinomane à un ivrogne tellement leurs réactions sont différentes. L'étude de la morphinomanie dans les milieux parisiens permet de diviser ces toxicomanes, les seuls dont veuille parler ici l'auteur, en deux types : L'homme jusque-là normal qui s'est piqué pour échapper à une douleur et qui consécutivement s'est enlisé dans le bien-être pro-

©BIUM

duit par la drogue ; le déséquilibré qui prend la morphine, non pour ne plus souffrir, mais pour se procurer une ivresse analogue à toutes les autres qu'il recherche et généralement ce déséquilibré se livre à différentes intoxications pour avoir différentes ivresses.

Au point de vue criminologique, la morphinomanie ne crée pas la criminalité, elle ne fait qu'activer les tendances de la constitution criminelle préexistant à l'intoxication. S'il y a eu des toxicomanes parmi les aviateurs de la guerre, ce ne fut qu'exceptionnellement chez certains déséquilibrés qui avaient choisi l'arme de l'aviation.

M. SOLLIER (*Paris*). — Insiste sur les différences radicales qui existent au point de vue des réactions et par conséquent de la criminalité, entre les intoxications chroniques et aiguës, et parmi ces dernières entre celles qui sont excitantes et celles qui sont stupéfiantes.

Au point de vue de l'action immédiatement en rapport avec l'absorption du toxique (intoxication aiguë), on distingue : A. Les intoxications excitantes (alcool, cocaïne, éther). Elles provoquent de l'ivresse, avec accès d'onirisme accompagné souvent de confusion mentale et de délire plus ou moins panophobique. On comprend que sous l'influence de cette excitation et de cette peur l'intoxiqué puisse commettre toute espèce d'actes dangereux pour lui ou pour autrui (meurtres, suicides, incendies, etc.). Le cocaïnomane est peut-être encore plus agressif que l'alcoolomane. — B. Les intoxications stupéfiantes (opium, dérivés de l'opium, morphine, héroïne, etc.) provoquent simplement de l'inhibition idéomotrice. Elles amènent à un état d'inertie. Elles n'entraînent pas de réactions directement criminelles. Cependant l'état de besoin peut pousser le sujet aux pires entreprises pour se procurer le toxique : vols et abus de confiance, etc. — C. Les intoxications stupéfiantes peuvent être compliquées d'intoxications excitantes et revêtir alors un caractère qui en réalité appartient à celles-ci. Par exemple, morphinomane ayant absorbé de la cocaïne.

Toutes les intoxications chroniques aboutissent à la longue et avec une progression très variable à un affai-

©BIUM

blissement intellectuel et surtout à une déchéance sociale. Les actes antisociaux (vols, abus de confiance, escroquerie) que commettra le sujet, seront plus fonction de sa misère sociale que de l'impulsion du toxique sur sa mentalité.

Comme conclusion il y a lieu de demander au législateur l'extension aux alcooliques qui, en vertu de la facilité avec laquelle on se procure l'alcool, sont les plus dangereux des intoxiqués, des mesures édictées contre les toxicomanes. — Il faut en revanche étendre aux toxicomanes les lois contre l'ivresse. — Il faut considérer comme une circonstance aggravante, l'état d'intoxication du toxicomane au moment où il accomplit un crime ou délit. — Il faut enfin déclarer obligatoire le traitement du toxicomane, ainsi que son internement pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de sa guérison.

M. Calmels (*Paris*). — Met en lumière l'intérêt porté au problème de la toxicomanie par le Conseil Général de la Seine. Lui aussi distingue parmi les morphinomanes : 1° les morphinomanes victimes d'un traitement intempestif ; 2° les morphinomanes déséquilibrés. Il ne faut pas perdre de vue que les toxiques sont presque tous importés de l'étranger (maison Merck, par exemple). Enfin il faut porter l'attention sur ces médecins qui se servent de stupéfiants, d'une façon beaucoup trop imprudente dans des buts médicamenteux. — En ce qui concerne le traitement des morphinomanes, certains d'entre eux sont traités en service libre, d'autres par l'internement. La loi paraît insuffisante à l'égard des morphinomanes. En somme il y a lieu : 1° de réduire le traitement à la morphine aux cas le plus strictement nécessaires ; 2° de supprimer les médecins marrons ; 3° d'étendre la loi de la quarantaine sur la morphinomanie, selon la suggestion de M. Roger Dupouy.

M. Minkowski (*Paris*). — Les mesures actuelles atteignent surtout les cocaïnomanes, mais on ne parvient pas à atteindre les fabriquants. Là, il y a deux obstacles : d'abord la richesse et la puissance des fabriquants, ensuite l'insuffisance des règlements interna-

©BIUM

tionaux, qui permettent aux Etats d'exporter, autant qu'ils veulent, de toxiques.

M. ADAM (*Rouffach*). — Réfute l'accusation lancée contre le gouvernement français d'avoir propagé la toxicomanie parmi les combattants, sous prétexte de stimuler leur courage. Aux applaudissements de toute l'assemblée, il signale le caractère dangereux, pour ses propres camarades, du toxicomane. Pendant toute la durée de la guerre qu'il a faite dans un régiment d'infanterie, il n'a vu qu'un seul cas de morphinomanie et sur un médecin.

M. BRIAND (*Paris*). — Insiste lui aussi sur le caractère tout à fait exceptionnel de l'intoxication dans l'armée pendant la guerre. Et il met en garde contre le danger de la chaleur communicative des discussions qui cause parfois la trahison de la pensée des orateurs et l'erreur de l'interprétation des auditeurs. En ce qui concerne la toxicomanie, celle-ci devrait être considérée comme une mutilation volontaire, passible des tribunaux militaires. Et la cure de ces intoxications devrait être obligatoire dans l'armée pour qu'elles ne deviennent pas un moyen de s'embusquer.

M. RONDEL (*Paris*). — Il faudrait une législation spéciale pour réprimer la toxicomanie.

M. D'HOLLANDER (*Louvain*). — Cite les résultats que lui ont fournis ses recherches sur l'action criminogène des différents toxiques, au service d'anthropologie criminelle de Louvain. Parmi 420 détenus de la prison centrale, dont 50 0/0 d'après-guerre, 2 ont incidemment pris de la cocaïne, 2 de l'opium ; 5 étaient des cocaïnomanes habituels parmi lesquels 1 instable social, condamné pour vol et meurtre, 1 dégénéré, 2 voleurs récidivistes, 1 meurtrier. 2 de ces 5 prenaient en outre soit de l'opium, soit de la morphine. Tous avaient vécu dans un milieu de toxicomanes. Parmi 100 cas de la seconde prison il n'y eut pas un seul néo-toxicomane.

Par contre, le rôle criminogène de l'alcool est des plus impressionnants. 50 pour cent des détenus sont des buveurs. Parmi les 420 cas cités plus haut, 55 0/0 des crimes étaient réellement faits par des alcooliques.

©BIUM

Pour la criminalité, le danger réside donc dans l'alcool.

M. Ley (*Bruxelles*). — Fait allusion à la loi projetée actuellement en Belgique où la cure doit remplacer la prison pour les toxicomanes. Il donne son appui au vœu de M. Legrain.

M. Logre (*Paris*). — S'associe entièrement aux idées de M. Sollier qui établissent une différence radicale entre les réactions des divers toxicomanes. Il oppose le type de l'opiomane au type du cocaïnomane très voisin de l'alcoolique.

L'opium est un apaisant et non un excitant. L'opiomanie n'est presque jamais criminogène, sauf s'il y a un autre toxique surajouté ou pendant la période d'abstinence. — La cocaïne conduit à l'ivresse ou à des états confusionnels analogues au *delirium tremens*. Mais tandis que l'alcoolique se sauve devant ses hallucinations, le cocaïnisé court au-devant d'elles et frappe. L'alcool est le poison le plus redoutable pour la France, comme on s'en rend compte à l'Infirmerie spéciale du dépôt à Paris.

M. Raynaud (*Orléans*). — Malgré qu'il soit partisan du placement libre, exige catégoriquement l'internement pour tous les toxicomanes. Il refuse en principe l'admission dans son service libre à toute cette flore d'intoxiqués qui se sont précipités sur la nouvelle institution. Il faut en effet garder le toxicomane, non pas aussi longtemps qu'il le veut, mais jusqu'à ce qu'il soit guéri.

M. Béhague (*Paris*). — N'a jamais vu d'aviateurs toxicomanes et proteste contre l'hypothèse que la toxicomanie puisse conditionner le courage.

M. Bing (*Bâle*). — Le reproche adressé à la France d'avoir intoxiqué ses soldats, doit être au contraire adressé à l'Allemagne si l'on en juge par les statistiques fournies par Kræpelin dans une des leçons qu'il fit à Bâle. Le nombre des psychoses d'origine toxique, surtout d'origine alcoolique, augmenta dans des proportions énormes pendant la guerre. Et le professeur de Munich attribua cette recrudescence à l'intempérance militaire.

©BIUM

M. GRAETER (*Bâle*). — Insiste sur les dangers croissants des toxicomanies et préconise comme moyen indispensable pour les conjurer, la pratique de l'abstinence par les médecins qui sans cela sont eux-mêmes des criminels.

M. BRISSOT (*Rouffach*). — Depuis l'armistice la criminalité et l'alcoolisme ont parallèlement augmenté en Haute-Alsace. Cette recrudescence pourrait tenir en grande partie à la différence de la répression de l'alcoolisme par le régime français et le régime allemand. L'alcoolique était sévèrement puni, même de prison, avant la guerre et la crainte du châtiment empêchait beaucoup d'individus de retomber dans les excès de boisson et par conséquent empêchait l'éclosion de beaucoup de psychoses. La pénalité atténuée qui est la conséquence habituelle de la déclaration de responsabilité atténuée est de la sorte comme un demi-encouragement à l'alcoolisation.

M. RÉPOND (*Lausanne*). — Un referendum récent a rejeté en Suisse la proposition de loi qui devait établir le monopole de l'alcool, cela par suite de la coalition des intérêts particuliers qui étaient en jeu. La législation est très différente en Suisse, suivant les cantons. Dans celui où exerce l'auteur, l'organe de la tutelle intervient aussitôt que le buveur compromet par ses excès sa situation financière. Pour ce qui est du trafic des poisons, il est à souhaiter que la Suisse adhère à la Convention internationale de l'opium et qu'une limite soit fixée à la fabrication des toxiques.

M. VIVÈS (*Espagne*). — Insiste sur l'importance prédominante de l'alcoolisme en matière de criminologie et sur l'insuffisance de l'éducation scolaire, moyen prophylactique efficace.

M. MICHEL (*de Paris*) expose la partie juridique de la question de la toxicomanie. Il insiste sur l'étendue de la responsabilité du délinquant qui ne doit pas être limitée à l'instant même où il a commis son acte délictueux ou criminel, mais qui s'étend à toute la longue période pendant laquelle il a librement et volontairement absorbé le toxique.

M. HAMEL (*Maréville*). — Apporte une statistique

©BIUM

consolante sur l'efficacité de la lutte antialcoolique. Dans la Meurthe-et-Moselle et les Vosges les cas d'aliénation mentale imputables à l'alcoolisme ont diminué des 3/4 depuis la guerre.

M. FOUQUE (*Pierrefeu*). — Insiste sur la part prépondérante des causes surajoutées à l'intoxication dans le déterminisme des crimes et délits des toxicomanes qui sont plus nombreux sur la côte méditerranéenne qu'ailleurs en France. Par exemple, les exigences pécuniaires de la belle Lison furent la principale cause de la trahison d'Ullmo.

M. LEGRAIN (*Paris*) fait remarquer qu'il avait intentionnellement traité la question sous son aspect le plus général et qu'il est tout à fait d'accord avec les orateurs sur les précisions qu'ils ont apportées concernant les réactions distinctives des différents toxicomanes. Il avait, par contre, signalé comme des particularités exceptionnelles les pratiques toxicomaniaques dans l'armée et est là-dessus par conséquent encore complètement d'accord avec ses confrères. Il insiste pour le vote par l'assemblée du vœu qu'il a formulé et qui a pour but de conjurer le danger social que tout le monde est unanime de reconnaître dans les toxicomanies. En effet, beaucoup d'invalides ou de débiles mentaux ne seraient pas insociables, s'ils ne s'intoxiquaient pas. Et une fois qu'ils sont intoxiqués ils ne sont plus responsables de ce qu'ils font.

Communications de psychiatrie

QU'EST-CE QUE C'EST QU'UNE PSYCHONÉVROSE ? par M. SCHNYDER (*Berne*). — Autrefois, on considérait comme névrose toute affection générale, non topique, du système nerveux. Mais actuellement, le terme ne désigne plus que quelques formes, auxquelles, à cause de leur parenté avec les psychoses, on donne aisément le nom de psychonévroses. Le concept de névrose ne saurait d'ailleurs pas reposer sur l'absence de substratum matériel. Il faut trouver des caractères positifs permettant de déterminer la nature de ces affections.

©BIUM

Il paraît logique de les considérer comme des maladies fonctionnelles par analogie avec les accidents psychosiques purement fonctionnels et les troubles neurologiques fonctionnels. La différence essentielle consiste dans le niveau de l'altération des fonctions nerveuses. L'auteur invoque avec Pierre Janet le principe de la hiérarchie des fonctions nerveuses. Pour Janet ce serait la région des fonctions anciennes et supérieures qui règlent la conduite de l'homme dans la vie et permettent son adaptation au milieu, toujours changeant, qui est en jeu. Les psychonévroses sont donc des réactions anormales de ces fonctions aux conditions actuelles. Les psychonévroses présentent des signes psychiques et des signes somatiques, ceux-ci dépendant des causes psychiques ou d'excitations sensitivo-sensorielles.

Ce qui caractérise la symptomatologie des psychonévroses, c'est l'importance du facteur psychologique, émotionnel ou suggestif. La contribution de l'agent matériel est difficile à évaluer et très variable suivant son intensité.

Le type des psychonévroses est l'hystérie. Le terme est encore applicable aux phobies, à la névrose d'obsession et, d'après Janet, à la psychasthénie. L'auteur y range de même les états neurasthéniques, car il y a probablement des facteurs psychiques et psychologiques dans la neurasthénie.

Avec la neurasthénie, on côtoie les névroses proprement dites (épilepsie, chorée infantile, maladie de Parkinson, névroses partielles des Allemands). Mais il n'y a pas lieu de maintenir le terme de névroses dans le sens de maladie *sine materia*. Il vaudrait mieux, pour désigner les états visés par ce terme, employer les mots d'endocrinopathie, sympathicotonie, etc.

Quant aux psychoses, elles sont constituées par une altération des fonctions psychologiques plus anciennes, plus fixées que celles qui sont atteintes dans les psychonévroses.

Il faut distinguer les *psychonévroses*, états de durée et évoluant, des *troubles psychonerveux*, états fugaces.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — Distingue les trou-

©BIUM

bles dits fonctionnels en deux groupes suivant la nature de leur condition. On aurait ainsi : *a*) les psychonévroses physiogénétiques quand il existe une altération organique primitive qui, quoiqu'insensible à nos moyens d'investigation, donne naissance aux troubles ; *b*) les psychonévroses psychogénétiques quand c'est un facteur psychique (émotion, suggestion, etc.) qui a primitivement apparu et entraîné à la suite les perturbations. L'auteur rappelle à ce sujet ses travaux avec Gauckler contre la conception de l'école de Berne sur l'origine psychique des psychonévroses.

M. GRAETER (*Bâle*) propose de substituer le mot de thymose à celui de psychonévrose comme plus apte à éclaircir la question.

A PROPOS DU FREUDISME ET DES FREUDIENS, par M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — L'auteur rend hommage à Freud qu'il considère plus comme un psychologue que comme un psychiatre. Mais il a voulu, semble-t-il, industrialiser et vulgariser une méthode d'introspection qui n'est bonne que maniée avec compétence. A côté de ses élèves, vraiment dignes de ce nom par leur savoir et qu'on peut appeler Freudiens, il y a une foule de psychoanalystes dont la science plus ou moins lacunaire est cause d'une foule d'abus et d'erreurs ; ce sont les Freudistes.

En étudiant l'expansion des idées freudistes on est frappé par leur diffusion rapide dans les pays anglo-saxons à côté de la résistance qui leur fut opposée longtemps dans les pays latins. L'auteur en attribue la cause à la religion catholique prédominante dans ces pays et surtout à la confession imposée par cette religion à ses adeptes.

M. CHARPENTIER (*Paris*). — Le freudisme étant d'origine viennoise, on conçoit difficilement que le catholicisme soit un facteur efficace dans la lutte contre lui.

M. RÉPOND (*Suisse*). — Exerçant d'abord dans une région habitée par des protestants, puis dans une autre exclusivement catholique, il a pu constater une fréquence beaucoup plus grande du rôle pathogène du refoulement dans les milieux protestants.

LE SERVICE DE PROPHYLAXIE MENTALE DE SAINTE-ANNE, par M. CALMELS (*Paris*). — L'auteur rappelle les efforts développés par le Conseil Général de la Seine pour l'organisation des services ouverts. Il décrit le service de prophylaxie mentale installé à Sainte-Anne et en expose les buts et les conditions d'admission.

CONSIDÉRATIONS SUR LES OBSESSIONS-IMPULSIONS INÉMOTIVES, par MM. RAVIART, VULLIEN et MAYRAC (*Lille*). — Analyse des manifestations de deux malades de la Clinique psychiatrique de Lille, qui présentent, combinés à des symptômes atténués de psychose périodique, des obsessions-impulsions inémotives, reliquats d'obsessions-scrupuleuses fortement affectives à l'origine. Chez le second sujet, on note, à côté des obsessions anciennes inémotives, de nouvelles obsessions accompagnées, bien qu'à un faible degré, d'un état affectif.

Pour les auteurs, ces observations, concernant des obsédés primitivement émotifs et secondairement inémotifs, ne constituent pas un argument contre la théorie d'une origine émotive de l'obsession. Ces malades sont à cet égard à opposer aux obsédés primitivement inémotifs et secondairement émotifs dont parlait récemment Arnaud à la Société médico-psychologique.

Enfin, pour expliquer la disparition de l'émotivité, les auteurs invoquent un triple mécanisme : la chronicité, facteur important de cristallisation psychologique ; la dislocation schizophrénique de la personnalité par le complexe obsessif ; l'association à l'état obsessif d'un état hypomaniaque, supprimant la lutte pénible contre l'obsession. Ces trois facteurs réunis expliquent la constitution de ces « psychopathies-habitudes ».

M. ARNAUD (*Paris*). — La plupart des auteurs considèrent que l'obsession est conditionnée par l'émotivité. Et s'il est vrai que dans la plupart des cas l'émotivité ait existé préalablement aux phénomènes d'hésitation, de doute, qui caractérisent les obsessions, il est des cas où l'émotivité n'est que secondaire, c'est-à-dire n'a apparu qu'ultérieurement. En somme, il y a différentes catégories d'obsédés et ce n'est pas sur l'émotivité qu'on peut établir la notion d'obsession.

©BIUM

M. LEGRAIN (*Paris*). — Dans l'obsession, c'est le facteur « automatisme mental » qui prédomine sur le facteur émotif. Il n'y a aucune incompatibilité entre l'obsession et le développement de troubles psychosiques allant jusqu'à la démence. A un certain point de vue on pourrait même dire que les obsédés sont des candidats à la démence.

FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE DE TRIAGE NEUROPSYCHIATRIQUE A LA SALPÊTRIÈRE PENDANT UN SEMESTRE (1^er^ semestre 1923), par M. CROUZON (*Paris*). — Ce triage s'est exercé sur les catégories de malades suivants :

1° Malades agités venus des services hospitaliers de la Salpêtrière ; 2° Malades agités venus des divisions de vieillards de la Salpêtrière ; 3° Malades atteints de troubles mentaux recueillis pour la plupart aux consultations de la Salpêtrière et mis en observation jusqu'à guérison, dans les cas de troubles passagers (psychoses infectieuses, psychoses préfébriles, etc., ou mis en observation jusqu'à leur internement à la Salpêtrière ou à l'asile clinique) ; 4° Malades atteints de troubles psychiques ou névropathiques hospitalisés temporairement pour complément d'examen clinique et ponction lombaire ; 5° Malades atteints de petits syndromes mentaux (dépression, anxiété, obsession) et traités jusqu'à leur guérison ou leur envoi au service de prophylaxie ou d'hygiène mentale.

Le nombre total des malades traités a été de 161 : 105 femmes et 56 hommes. A noter qu'il y a 4 fois plus de lits pour femmes que pour hommes. Le nombre total des entrées oscille, en général, entre 25 et 30 par mois, et la durée du séjour a été pour la grande majorité des malades inférieure à un mois.

Le mouvement du service, la durée du séjour, la qualité des malades traités montrent qu'il ne s'agit pas là d'un service ouvert pour psychopathes à la manière de ceux qui sont réclamés par les psychiatres, mais qu'il s'agit bien d'un triage hospitalier de neuropsychiatrie, comme il est souhaitable d'en voir perfectionner ou créer dans les grands hôpitaux de Paris.

©BIUM

MM. BRIAND, BRISSOT et FOUQUES expliquent que les services de psychiatrie ouverts sont en train de s'organiser dans les asiles, près desquels leur place est bien plus indiquée que près des hôpitaux.

DÉLIRE D'INTERPRÉTATION, OU PSYCHOSE HALLUCINATOIRE A ÉVOLUTION RÉMITTENTE CHRONIQUE, OU DÉLIRE DES DÉGÉNÉRÉS, par MM. BRISSOT et JURASCHEK (*Rouffach*). — Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de 38 ans, atteint de troubles mentaux depuis une dizaine d'années. De 1919 jusqu'au début de 1923, la psychose a évolué comme un délire d'interprétation absolument typique. A cette période a fait suite brusquement une phase hallucinatoire, très intense au commencement, qui a duré 6 mois.

A l'heure actuelle (août 1923), les troubles sensoriels ont complètement disparu, le malade n'interprète presque plus et semble s'acheminer vers un processus de guérison, avec conscience relative de son état morbide antérieur.

Les auteurs insistent, à propos de ce cas, sur les difficultés du diagnostic entre le délire d'interprétation, la psychose hallucinatoire chronique et le délire des dégénérés.

M. RÉPOND (*Lausanne*). — Ce cas trouverait sa place dans la schizophrénie.

M. ARNAUD (*Paris*). — Le terme schizophrénie ayant une signification assez vague pour beaucoup d'auditeurs, il serait utile de le préciser davantage.

M. RÉPOND (*Lausanne*). — Admet la conception de Bleuler. La schizophrénie est un état de dissociation intrapsychique, d'incohérence acquis. Il y a rupture des liens qui unissent certains mots exprimant des idées-sentiments qui normalement leur sont associés. A côté de la schizophrénie, état acquis, il y a la schizoïdie, état constitutionnel, caractérisé par une indépendance relative du sujet par rapport aux états émotionnels que déterminent normalement les événements réels. C'est un rêveur, détaché du réel, pourrait-on dire.

La constitution opposée à la schizophrénie et la syntonie caractérisée par la participation affective très

©BIUM

grande prise par le sujet à la qualité de l'excitation déterminée par les événements de la réalité qui l'entoure.

M. CHARPENTIER (*Paris*). — Au point de vue de l'évolution des syndromes psychopathiques du genre de ceux étudiés ici, il faut toujours distinguer la guérison médicale et la guérison sociale. La guérison sociale n'est que l'aptitude à la reprise de la vie dans la société, ce qui est souvent possible, malgré la persistance de troubles mentaux plus ou moins accusés. Elle n'est qu'une régression, une rémission, c'est-à-dire une diminution de la maladie qu'on constate même dans les états démentiels. — La guérison médicale est constituée par la disparition de tous les troubles mentaux, le retour *ad integrum* de la mentalité.

L'étude de ces cas pour laquelle le Congrès a montré son intérêt, en chargeant M. Robert d'en faire un rapport à discuter en 1925, a déjà été esquissée dans les thèses de Mme Jeannin et de M. Paul Delmas sur les guérisons tardives.

M. FOUQUES (*Pierrefeu*). — Cite un exemple de guérison tardive et de l'imprudence qu'il y a d'être trop affirmatif pour proclamer l'incurabilité sur un certificat.

M. BRIAND (*Paris*). — En effet, il est exceptionnel qu'on puisse assurer l'incurabilité. Le certificat doit donc indiquer que le traitement sera vraisemblablement d'une longue durée, si l'on veut renseigner l'autorité qui le demande, sans s'exposer à des erreurs de diagnostic.

M. MICHEL (*Paris*). — La justice, en effet, n'a pas la prétention de forcer le médecin à proclamer avec précision l'avenir. Elle ne lui demande que des probabilités sur la durée de l'incapacité du malade.

M. BRISSOT (*Rouffach*). — Ces guérisons tardives compliquent la question du divorce pour aliénation mentale, question qui ne se pose pas en France, sauf dans les départements d'Alsace et de Lorraine où le divorce pour cause d'aliénation mentale est admis.

ACCÈS RÉPÉTÉS DE STUPEUR CATATONIQUE SANS TROUBLES MENTAUX INTERCALAIRES APPRÉCIABLES, par MM.

©BIUM

BRISSOT et JURASCHEK (*Rouffach*). — Observation d'une jeune fille de 21 ans, qui a présenté durant la première année de son affection (1922) des alternatives d'agitation et de calme. A la période maniaque a succédé une nouvelle phase — qui dure encore à l'heure actuelle (août 1923) — caractérisée par des accès répétés de stupeur catatonique (durée moyenne de chaque accès : 3 semaines à 1 mois) entrecoupés de rémissions n'ayant jamais excédé une dizaine de jours.

Le diagnostic de ce cas mental est extrêmement difficile. On peut songer aussi bien à la démence précoce, qu'à la psychose maniaque-dépressive et cela d'autant plus que la malade est une débile.

DE LA PÉRIODE MÉDICO-LÉGALE DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE, par MM. ADAM et FREY (*Rouffach*). — Les auteurs présentent 4 cas d'encéphalite ayant présenté des réactions antisociales immédiatement après guérison des troubles cliniques et à propos desquels, par conséquent, se posèrent des problèmes médico-légaux. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille qui eut une poussée érotique courant après les hommes du village et donna ainsi naissance à deux enfants illégitimes. Dans le second, il s'agissait d'actes de violence répétés par un homme adulte. Dans le troisième, il s'agit d'un enfant de 12 ans devenu indiscipliné et insupportable. Dans le quatrième, d'un jeune homme devenu anormal avec perversions sexuelles. Donc quand un individu antérieurement normal, accomplit un délit ou un crime avec maladresse, surtout s'il s'agit d'actes sexuels, il faut songer à la possibilité d'une encéphalite fruste passée inaperçue.

M. BRIAND (*Paris*) appuie les conclusions des auteurs.

DE L'ÉTIOLOGIE DES CONSTITUTIONS EN PSYCHIATRIE. A PROPOS D'UNE SÉQUELLE MENTALE D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE, LIMITÉE A DES TROUBLES DU CARACTÈRE, par MM. COURBON et BAUER (*de Stephansfeld*). — En langage psychiatrique le terme constitutionnel s'applique généralement aux syndromes de cause endogène et il s'oppose à celui d'acquis attribué aux syndromes de

©BIUM

cause exogène. Et à lire certains auteurs, notamment A. Delmas, Boll, de Fleury, les syndromes acquis comporteraient toujours des troubles de l'intelligence et les syndromes acquis ne seraient que des troubles du caractère.

L'observation ici présentée confirmant celles de Briand, Petit, Lhermitte, prouve que des troubles limités au caractère sans participation de l'intelligence peuvent avoir une origine exogène et que par conséquent un même syndrome peut être *tantôt constitutionnel* quand il n'est que l'épanouissement spontané de tendances constatées dès l'enfance, *tantôt acquis*, quand au contraire il survient à la suite d'une maladie organique et est formé de réactions en contradiction flagrante avec les tendances jusque-là constatées.

Comme l'enseigne la pathologie générale, toutes les maladies sont acquises par l'individu avant ou après sa naissance, ou par ses ascendants. Le mot constitutionnel ne devrait pas être synonyme d'héréditaire ou d'inné. Il devrait n'avoir qu'une signification clinique. La constitution pourrait être définie suivant la formule de l'un de nous (Courbon) : « le coefficient réactionnel du sujet » conditionné par un substratum organique inconnu encore qui a été apporté à la naissance ou déterminé par des causes diverses à une date quelconque de la vie individuelle.

M. Brissot (*Rouffach*). — La forme que prennent les maladies mentales est en grande partie déterminée par la prédisposition particulière qu'avait le sujet avant l'atteinte pathogène. Les prédispositions ne sont ainsi que l'expression de la constitution.

M. Briand (*Paris*). — A côté des prédispositions évidentes il peut exister des prédispositions latentes.

M. Wimmer (*Copenhague*). — Insiste sur la fréquence dans les psychoses atteignant les sujets jeunes, des troubles du caractère et de l'humeur. Et il faut observer que même dans les démences, notamment la paralysie générale, on peut voir également se produire semblables syndromes, où les troubles du caractère dominent la scène.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*) reconnaît que le terme de constitution a en médecine mentale une signification imprécise et il rappelle ce que Grasset disait de la syphilis qui peut se présenter soit comme simple maladie, soit comme état constitutionnnel. — Lui-même propose la définition suivante : La constitution est le coefficient anatomique de l'individu, tandis que le tempérament en est le coefficient physiologique et le caractère en est le coefficient psychologique.

M. COURBON (*Stephansfeld*). — Une prédisposition qui est assez latente pour que rien ne la manifeste est inexistante car son existence est purement métaphysique. Une enfant qui pendant 15 ans fut d'humeur parfaitement égale, docile et appliquée puis qui, à la suite d'une encéphalite, devient turbulente, taquine, instable, a une transformation acquise du caractère et non une révélation de celui-ci. — Comme l'a dit très justement M. Wimmer, les troubles du caractere sont plus fréquents chez les enfants à la suite des psychoses parce que leur personnalité non encore formée est plus malléable. Quelquefois, les troubles du caractère sont les premiers à apparaître dans la paralysie générale dont ils constituent alors la période dite médico-légale. C'est une preuve de plus de la possibilité pour les troubles du caractère d'être acquis.

ACTES SUBCONSCIENTS DE NATURE INDÉTERMINÉE, par M. FROMENT (*Lyon*). — Rapporte le cas d'une femme de 41 ans qui, après guérison d'une encéphalite épidémique, accomplit parfois des actes stéréotypés qui n'ont aucune utilité et sont parfois destructeurs. Elle les exécute d'une façon soudaine et après explique qu'elle croyait rêver au moment de leur accomplissement. En l'absence de tout autre signe que ce somnambulisme, on ne peut poser un diagnostic précis sur la nature de ces troubles qui ne paraissent pas relever de l'épilepsie.

M. ANGLADE (*Bordeaux*) voit dans ces actes l'expression des troubles qui consécutivement à l'encéphalite atteignent l'exécution des mouvements automatiques.

©BIUM

M. BARRÉ (*Strasbourg*) les rattache à l'épilepsie.

M. DE BLOOK (*Belgique*), M. D'HOLLANDER (*Louvain*), d'autres orateurs encore, prennent part à la discussion, signalant le caractère intéressant au point de vue médico-légal des actes délictueux accomplis dans de telles circonstances.

HISTOIRE ET RÔLE PSYCHOLOGIQUE DU COMPLEXE D'ŒDIPE, D'APRÈS LES RÉCENTS ENSEIGNEMENTS DE FREUD, par M. HESNARD (*Bordeaux*). — Dans son dernier livre : *Das ich und das Es, le Moi et le Cela,* Freud prétend que l'enfant commence par choisir l'objet de son amour (Election), puis plus tard devant les autres exigences de la vie y renonce, mais pour se consoler il s'identifie avec l'objet de son amour (Identification). D'où narcissisation de ses tendances auparavant sexualisées.

L'enfant s'identifie avec le Père qui est son Surmoi, c'est-à-dire l'idéal qu'il veut devenir en lui ressemblant en tout. L'Election pour la mère a pour base la tétée du mamelon et devient de plus en plus sexuel, créant le complexe d'Œdipe, jusqu'à l'âge où le Père apparaît comme un obstacle. Alors l'Identification se fait soit avec la mère, ce qui est normal pour la fille, soit en exaltant l'identification déjà commencée avec le père, ce qui est normal pour le garçon qui devient plus viril. C'est alors que la bisexualité du sujet va persister ou évoluer dans un sens monosexuel. Et chez les névropathes on constate toutes les combinaisons plus ou moins contradictoires entre les 4 facteurs : amour, haine, tendance féminine, tendance masculine.

Mais, fait remarquer l'auteur, Freud prend les effets pour les causes, car c'est précisément parce qu'il est déjà anormal que le névropathe n'arrive pas à évoluer comme les autres individus et qu'il présente des aptitudes sexuelles contraires à celles de son sexe, et une persévération extraordinaire de l'amour et de la haine. Freud n'explique donc rien du tout.

Communications de neurologie

SYMPRAXIE SYMÉTRIQUE : RÉAPPARITION A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DES MOUVEMENTS BILATÉRAUX, par M. D'HOLLANDER (*Louvain*). — Chez une femme de 50 ans tous les actes simples sont exécutés symétriquement et avec une instantanéité réflexe : lever le bras, tendre le poing, toucher le nez, etc.

Ce phénomène permet les réflexions suivantes : L'éducation normale fait prendre à l'adulte normal l'habitude de ne se servir que d'un seul membre. Mais l'aptitude à la bilatéralité des mouvements persiste à l'état latent. Elle reste même manifeste pour certains mouvements, comme le prouve l'impossibilité de la plupart des gens à fermer un œil sans ébaucher ou compléter l'occlusion de l'autre et leur impossibilité à exécuter simultanément deux mouvements différents avec chaque bras. Elle peut réapparaître intégralement au cours de certaines affections du système nerveux central, chez les hémiplégiques et dans certains syndromes thalamiques.

M. MOLIN DE TEYSSIEU (*Bordeaux*). — Rappelle une observation analogue qu'il a publiée avec M. Hesnard. Il s'agit d'un soldat qui aux signes de sympraxie que vient de décrire M. d'Hollander joignait d'autres signes de débilité motrice.

DERMOGRAPHISME PÉRIPHÉRIQUE ET DERMOGRAPHISME DOULOUREUX, par M. SCHWARTZ (*Suisse*). — L'auteur insiste sur la différence fondamentale qu'il y a lieu de faire entre deux types de dermographisme : dermographisme périphérique et dermographisme douloureux. Les deux types s'obtiennent suivant qu'on applique l'instrument avec une pression plus ou moins forte. Pour ce but l'auteur a construit deux éréthomètres différents. Il attribue le dermographisme douloureux qui est rouge à un réflexe vasomoteur de la moelle. Les résultats constatés diffèrent suivant les malades : 1° au point de vue du temps de latence ; 2° de la durée de réaction ; 3° de l'intensité de la réaction ; 4° de la largeur de la réaction. Le dermographisme périphérique s'obtient en appuyant à peine et est dû à une réaction locale des capillaires.

©BIUM

TRÉPANATION DÉCOMPRESSIVE ET PONCTION VENTRICULAIRE, par MM. BARRÉ et MORIN (*Strasbourg*). — Dans le but d'étudier les effets de la trépanation ventriculaire les auteurs ont mesuré cette pression avant, pendant et après l'intervention avec l'appareil de Claude. Dans 7 cas ils ont constaté que la pression baisse souvent beaucoup pendant le perçage des trous et à peine quand on enlève le volet. Enfin dans presque tous les cas la pression restait au-dessus de son chiffre normal à la fin de l'intervention. Ces faits semblent établir que la trépanation dite décompressive est dans beaucoup de cas une opération insuffisante. Si elle fait disparaître la céphalée, c'est qu'elle amortit les crises de sustension, en permettant à la dure-mère de jouer le rôle de soupape de sûreté. La ponction ventriculaire suivie de drainage momentané a une action beaucoup plus réelle et durable. Elle ne fait pas du malade un infirme. Les auteurs croient qu'il serait utile dans beaucoup de cas de substituer ou d'associer la ponction ventriculaire à la trépanation décompressive.

QUELQUES TROUBLES DU MOUVEMENT CHEZ LES SYMPATHIQUES MOTEURS, par MM. BARRÉ et CRUSEM (*Strasbourg*). — Les auteurs distinguent parmi les sujets atteints de troubles sympathiques trois types de réaction : sensitif, vasomoteur et moteur.

Le type moteur sympathique est caractérisé par un défaut de l'adaptation des contractions synergiques à l'effort utile. L'influx nerveux irradie dans les antagonistes et les agonistes. Et cette diffusion qui empêche l'exécution correcte d'un mouvement est probablement à la base de beaucoup des impotences qualifiées fonctionnelles ou hystériques.

Comme preuve de cette diffusion, les auteurs fournissent les tests suivants : Ordonner au sujet de plisser le front : ce plissement est incomplet, mal soutenu. — Ordonner de fermer les yeux : il y a simple abaissement des paupières supérieures, avec parfois même relèvement des sourcils, c'est-à-dire entrée en jeu de contractions nuisibles à l'exécution de l'acte demandé. — Ordonner d'ouvrir la bouche : il n'arrive pas à le faire complètement. — Serrer la main : malgré des

©BIUM

contractions parfois très fortes dans tous les muscles du membre supérieur, il n'arrive pas à faire monter le dynamomètre au delà de quelques degrés.

LIPODYSTROPHIE PROGRESSIVE, par M. HARTENBERG (*Paris*). — Une malade de 19 ans présente un amaigrissement notable de la partie supérieure du corps avec disparition complète de la boule de Bichat, thorax réduit à son squelette, vente complètement aplati. Par contre, les fesses et les membres inférieurs montrent un développement exagéré de la graisse sous-cutanée. La malade présente en même temps tous les signes d'un goître exophtalmique. Le traitement au courant galvanique et à l'hémothyroïdine conduit à une amélioration notable, à un engraissement de 2 kilogr. ; la graisse n'a réapparu que sur la partie inférieure du corps.

En présence de pareils cas, il faut se demander s'il n'y a pas un rapport plus intime entre les deux affections coexistant chez la même malade.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — Cite un cas analogue observé par M. Pierre Marie et lui-même et un autre observé par lui pendant la guerre. Dans ce dernier les troubles thyroïdiens étaient secondaires à une insuffisance ovarienne.

UN TRAITEMENT DES MYOCLONIES DOULOUREUSES DANS LA MALADIE DE PARKINSON, par M. GOMMÈS (*Paris*). — Des crises de douleur, et les suivant immédiatement, des décharges myocloniques dans le membre inférieur (à forme de mouvements de pédale) sont enrayées par des injections de cocaïne et d'antipyrine en 10 cmc. de solution saline isotonique pratiquées dans la région du nerf tibial postérieur. L'auteur indique un procédé de repérage de ce nerf, qui doit se faire en projection cutanée et en profondeur ; le nerf est pris à la jonction de ses tiers supérieur et moyen.

PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE EXTERNE APRÈS INJECTIONS ÉPIDURALES, par M. GOMMÈS (*Paris*). — Observation d'une femme de 35 ans qui pour algie de la région coccygienne rattachée à l'hypocondrie ayant été traitée par des injections épidurales de stovaïne, fut

©BIUM

atteinte de paralysie du moteur oculaire externe deux jours après la 3e injection. L'auteur suppose que dans ce cas où le VIe nerf a montré sa vulnérabilité classique, c'est l'intoxication par un aminoalcool (aminocarbinol) base de la molécule de stovaïne qu'il faut incriminer.

DORSALISATION DE LA 7e VERTÉBRALE CERVICALE AYANT DÉTERMINÉ DES MANIFESTATIONS CLINIQUES TARDIVES, par MM. CROUZON et L. GIROT (*Paris*). — Après des fourmillements qui durèrent 4 mois dans les membres supérieurs, apparition, chez une femme de 53 ans, d'une parésie des doigts et des poignets avec tendance à l'attitude en flexion. Pas de signes objectifs de la sensibilité. — La radiographie montre une véritable dorsalisation de la 7e vertèbre cervicale avec grosses apophyses et à gauche côte surnuméraire. L'ablation chirurgicale est indiquée.

CONSTATATIONS EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTIVITÉ DE L'ONDE AFFÉRENTE SENSITIVE AU NIVEAU MÉDULLAIRE, par M. BRUNSCHWEILER (*Lausanne*). — On relie le secteur caudal d'une moelle de chien sectionnée à un électrocardiographe par deux électrodes impolarisables. On obtient des oscillations de forme variant selon les divers modes d'excitations périphériques. Ces formes d'oscillations sont restées les mêmes dans les différents faisceaux médullaires. C'est donc que les impressions que la moelle conduit subissent une première différenciation qualitative bien avant d'arriver au cerveau.

CYANOSE ET ŒDÈME DE LA MAIN, par M. LEDOUX (*Besançon*). — Ces signes apparurent sans cause sur un sujet. Le travail faisait disparaître le gonflement, mais non la coloration bleuâtre de la main. Une sympathectomie artérielle a amené au bout de 14 jours la disparition presque complète de ces troubles (1).

Paul COURBON et E. BAUER.

(1) Nous publierons dans le prochain numéro des *Annales* (novembre), la date et le programme des deux prochains Congrès.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 16 Juillet 1923

Président : M. le Dr Dupain

P. G. conjugale. — Le Dr A. Marie présente 5 cas de syphilis neurotrope conjugale.

Dans 1 cas : P. G. tabes de la première femme (1908). — P. G. tabes de l'homme (1922) et tabes fruste de la deuxième femme.

2e cas : Première femme morte de syphilis cérébrale à Tenon après un traitement massif au 606 (Lariboisière). — Le mari P. G. actuel et deuxième femme W. +.

3e cas : Mari P. G. tabes, femme tabétique simple.

4e cas : l'amant mort de Σ, femme décédée à Villejuif de P. G. — 2e mari P. G. actuel.

5e cas : Mari et femme P. G. similaires, tous deux actuellement à l'Asile Clinique.

Dans ces 10 cas la syphilis neurotrope est présente et confirmée par les réactions biologiques, l'histoire clinique et les descendances hérédo-spécifiques entraînant la mortinatalité selon la loi de P. Fournier.

Sur un cas de paralysie générale et tabes avec déformation de la mâchoire inférieure, par MM. H. Colin, Cénac et Péron. — Cas banal de paralysie générale avec tabes chez lequel on note une hypertrophie considérable des muscles masticateurs, particulièrement des masseters. Cette hypertrophie paraît liée à une attitude en trismus que le malade conserve habituellement depuis plusieurs années. Cet état a entraîné une déformation secondaire de la région angulo-maxillaire qui est déjetée en dehors comme si elle avait subi l'empreinte de la contraction musculaire permanente. Sur la radiographie l'os atteint présente une hypertrophie qui fait saillir des deux côtés l'angle de la mâchoire et des plaques de décalcification : on peut admettre que l'ostéoporose si fréquente du tabes ait pu faciliter la constitution de ces déformations secondaires bien différentes des troubles osseux maxillaires habituellement observés chez les tabétiques.

©BIUM

Un cas qui pose le problème des rapports entre les syndromes parkinsonien et hébéphréno-catatonique. Considérations psychomotrices et étiologiques sur ce cas (Service du Dr A. MARIE). — M. BERNADOU présente un malade que, sans les notions neuro-psychiatriques apportées par l'étude de l'encéphalite léthargique et du parkinsonisme, on aurait pu prendre pour un hébéphréno-catatonique. Mais un examen minutieux montre que ce malade réalise le tableau du parkinsonisme et que ses troubles psychiques rappellent la « rigidité mentale » signalée par Brissaud. Les troubles psychiques et les troubles moteurs ont même rythme lent, mêmes précipitations imprévues tranchant sur ce rythme lent, mêmes dérouillements avec l'exercice. Il en résulterait que le trouble moteur régit le psychisme en vertu d'une psycho-motricité ascendante ou centripète. L'auteur rappelle l'étude de Jean Camus sur les centres régulateurs du psychisme. En acceptant cette théorie, il ajoute que ces noyaux régulateurs doivent être, d'après l'observation clinique qu'il vient de rapporter, des noyaux moteurs, qu'il existe en somme un mouvement de l'intelligence et de l'affectivité à côté du mouvement musculaire, celui-ci communiquant son rythme et son impulsion à celui-là.

D'autre part, si comme semble le montrer le cas présenté, il existe une parenté entre les syndromes hébéphréno-catatonique et parkinsonien, l'étiologie de l'un pourrait s'étendre à l'autre. Il faut se demander si ces deux affections ne sont pas dues à un virus neurotrope, torpide, sujet à des poussées successives entrecoupées d'accalmies, et dont la somme des séquelles réalise, suivant les régions cérébrales atteintes, soit l'hébéphréno-catatonie, soit le parkinsonisme.

Hébéphrénie simultanée chez les deux frères. — MM. A. MARIE et BERNADOU rappellent que les folies familiales peuvent être homologues au point d'apparaître au même moment et de réaliser la même forme clinique. Les folies gémellaires ont été étudiées par A. Marie et le professeur Bagenof. On peut en rapprocher les cas intéressant deux frères ou deux sœurs d'âges différents.

Les auteurs rapportent un double cas d'hébéphrénie chez deux frères. Les tableaux cliniques sont à peu près identiques. Le plus jeune est tombé malade en soignant l'aîné. L'intérêt étiologique de cette communication réside dans le rôle du terrain en commun et peut-être dans un facteur infectieux inconnu encore.

©BIUM

Fugues, perversions instinctives et psychose périodique. — MM. H. CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA présentent un malade de 17 ans qui, en quatre ans, a fait sept fugues accompagnées de manifestations de perversions instinctives (mythomanie, impulsions à boire, à voler, etc...) ; en outre, l'analyse clinique de l'état mental de ce sujet montre que ces phénomènes paroxystiques sont accompagnés de troubles (hypermnésie, hyperactivité de l'idéation, diminution de l'attention, modifications du caractère) que l'on peut rapporter à l'excitation maniaque. Ces accès sont précédés de phénomènes prodromiques : tristesse sans cause, dépression, aboulie, diminution des sentiments affectifs et alternent avec des phases de dépression mélancolique légère. Dans les périodes intercalaires, le sujet paraît normal ; il est docile, affectueux, travailleur, ne ment pas.

Si l'on ajoute à ce tableau clinique la constatation d'un « syndrome biologique », caractérisé par un ensemble de phénomènes liés à l'hypertonie du système parasympathique, et apparaissant au moment des accès comme dans la psychose périodique, il semble que l'on soit autorisé à rattacher à cette dernière les troubles psychiques que présentent le malade. Les phases d'excitation révèlent, en supprimant l'inhibition, les tendances perverses latentes dans les périodes normales.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan).

Le poste de directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir) est actuellement vacant.

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Beauregard (Cher).

Un poste de médecin chef de service est vacant à la Colonie d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher).

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile privé faisant fonction d'asile public du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn).

©BIUM

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La prochaine séance aura lieu à Berne les 17, 18 novembre 1923.

Ordre du jour : Psychoanalyse et Psychiatrie.

NÉCROLOGIE

Nous avons été douloureusement affectés par le décès, survenu brusquement, de deux de nos collègues les plus éminents :

M. le Dr Philippe Chaslin, médecin honoraire de la Salpêtrière, décédé le 26 juillet 1923 à l'âge de 67 ans.

M. le Dr Ernest Lallemant, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine-Inférieure, décédé le 25 août 1923, à l'âge de 66 ans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Nous sommes heureux de relever les promotions et nominations suivantes :

Ministère de l'Hygiène. — *Légion d'Honneur.* — Promotion Pasteur. *Au grade de Commandeur :* M. le Dr Faivre, inspecteur général des services administratifs ; *au grade de Chevalier :* M. le Dr Paul Sérieux, médecin de l'Asile Clinique ; M. le Dr Raffegeau ; M. le Dr Bouquet, rédacteur scientifique du *Temps ;* MM. les docteurs Lafosse, Nivière (de Vichy).

Médaille d'Or de l'Assistance Publique : MM. les docteurs Séglas, Briand, Dupain, Kéraval, Vallon, Toy. — *Médaille d'argent :* MM. les docteurs Journiac, Charnel, Maupaté. — *Médaille de bronze :* M. le Dr Lagriffe.

Ministère de l'Instruction Publique. — *Légion d'Honneur :* Promotion Pasteur. *A la dignité de Grand Officier :* M. François Moureu, membre de l'Institut ; *au grade de Commandeur :* M. Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; M. Maurice de Fleury, membre de l'Académie de Médecine ; *au grade de Chevalier :* M. le Dr Rabaud, Mme Boas de Jouvenel.

Ministère des Affaires étrangères. — *Légion d'Honneur: Officier :* M. le Dr Fernand Héger, professeur de Médecine légale à l'Université de Bruxelles. *Chevalier :* M. le Dr Vervaeck, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 28.058

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Souvenirs

La vie n'est qu'un perpétuel recommencement. Déjà soulevée autrefois (reportez-vous à l'article de Bouchereau dans ces *Annales*), la question de l'emploi des aliénés par les fonctionnaires des Asiles est de nouveau à l'ordre du jour. Mon intention n'est pas de la reprendre ici en entier, et notamment je ne me propose en aucune façon de présenter je ne dirai pas les avantages, mais j'irai jusqu'à écrire (sans encourir les risques d'être démenti par les faits) la nécessité de cet emploi, dans les circonstances où nous vivons et où vivent en particulier les fonctionnaires des asiles. Je n'aborderai cependant pas cet aspect du problème parce que, aussi bien, à mon avis, ce n'en est que le tout petit côté. Mais les discussions que ces projets ont fait de nouveau s'élever, m'ont amené moi-

©BIUM

même à un examen de conscience, et ce sont des souvenirs ainsi évoqués que se composera ce très court article.

J'ai bientôt quelque vingt-cinq ans d'asile ; j'ai employé bien des malades, j'en ai vu employer beaucoup. Voyons donc dans quelles conditions. J'ai d'abord été médecin-adjoint à Amiens. J'habitais le pavillon administratif ; logement peu pratique, tout en longueur et, pour finir, une immense pièce de près de 9 mètres sur 9 mètres ; une hauteur de plafond inusitée, d'immenses fenêtres, bref, un logement d'un entretien peu commode. Une malade femme venait le matin et partait le soir. Elle aidait ma bonne. Nous la gardions aux repas. C'est une attention à laquelle les malades sont sensibles, la cuisine du quartier ne provoquant pas généralement chez eux un appétit particulier. L'emploi d'un ou de deux malades était à Amiens de tradition, et régularisé. Le fonctionnaire payait le pécule du malade. L'économe-comptable délivrait chaque fois un reçu en règle. Et puis, bien entendu, le malade employé bénéficiait d'autres recettes : sa fête ou le jour de l'An étaient l'occasion d'un cadeau ; il arrivait aussi qu'on l'emmenât en promenade ; enfin, je crois bien que ma femme était arrivée à retrouver la famille de l'aliénée que nous avions, et qui l'avait abandonnée, et elle assurait de nouveau la correspondance. La malade que nous occupions ainsi était une débile chronique avec des périodes d'excitation et une humeur assez mobile. Nous ne privions guère l'asile de main-d'œuvre, et cela n'allait chez nous que parce qu'elle y trouvait

moins de causes de désaccord qu'avec ses compagnes, et parce que nous passions sur ses fantaisies. Nous connaissions les jours les plus mauvais à ce qu'elle astiquait la cuisinière en chantant à tue-tête la Messe des morts. Nous sommes restés en relation avec cette brave femme, après notre départ, pendant plusieurs années, et puis, le temps, l'éloignement aidant, les relations ont cessé.

Médecin-assistant à Ste-Anne et logé hors l'asile, je n'ai plus eu l'occasion d'avoir recours à des malades, et je me souviens assez mal de celles que Magnan utilisait quelquefois, lesquelles prises à l'admission, étaient surtout des malades aiguës qui entraient vite en convalescence.

A l'Asile Saint-Yon, mon prédécesseur, célibataire, avait à son service une débile qui faisait les courses dans l'Asile et son ménage, mais qui manquait de propreté, et qui trop souvent, en remontant de la cuisine, tel un chat, et pour le même but, trempait son doigt dans les confitures de son maître, lequel d'ailleurs la gâtait presque à l'excès. Je l'ai changée presque dès mon arrivée et j'en ai, en 10 ans, employé plusieurs autres. L'une d'elles était une alcoolique mélancolique, entrée pour idées de suicide, sombre et jalouse, mais susceptible de s'attacher. C'était un gros risque de l'utiliser. Ma femme et moi étions souvent inquiets à son sujet. Comme nous ne buvions que de l'eau, et notre domestique également, du moins le danger de la cave n'existait pas, mais la moindre contrariété fermait un visage toujours peu ouvert et laissait à redouter les pires résolutions. Nous devions de temps à autre laisser cette malade au quartier. Après quelques

©BIUM

jours, ses papillons noirs à nouveau dissipés, elle demandait à revenir, et cette situation s'est prolongée pendant plusieurs années.

Entre temps d'ailleurs je faisais venir assez fréquemment d'autres malades à la maison. L'une d'elles était à l'Asile depuis trois ans déjà. Elle était entrée pour un état maniaque. Elle ne cessait depuis de présenter des crises d'excitation et de violence. Elle giflait régulièrement son mari les jours de parloir. Au cours de la visite du matin elle m'avait un jour envoyé une chaise à toute volée d'un bout de la pièce à l'autre, et seule sa maladresse m'avait empêché de recevoir ledit projectile. Elle conservait surtout mauvais souvenir de son entrée où l'on avait dû lui mettre et lui laisser la camisole, et elle avait par suite contre les Sœurs une animosité toute particulière, en sorte que, même dans les périodes où elle paraissait relativement tranquille, une intervention quelconque d'une religieuse suffisait à provoquer une nouvelle colère, et l'orage émotif ainsi déchaîné ne s'apaisait plus de toute la journée. Du moins c'est ainsi que je me représentais son état, et, tablant sur cette hypothèse, j'offris un jour à ma femme que cette malade vînt coudre à la maison. Le changement de milieu exerça d'abord une action assez intimidante ; et surtout le calme, l'absence de bruit l'impressionnèrent. Les mille et mille heurts qu'entraîne obligatoirement la réunion dans un quartier de malades plus ou moins turbulentes n'existaient plus. Quelques douceurs satisfaisaient aussi un appétit féminin qui en était depuis longtemps privé. Des journées printanières permettaient de broder et

©BIUM

de goûter au jardin. Cependant de temps à autre de brusques poussées d'excitations verbales éclataient ; parfois même les gestes devenaient saccadés et les mouvements impulsifs. Ma belle-mère, très rhumatisante et rendue par là impotente, n'était pas très rassurée. Heureusement elle avait l'art de détourner la conversation au lieu de jeter de l'huile sur le feu quand les récriminations devenaient trop vives. Il m'est arrivé d'avoir à intervenir, et je devais redescendre la malade au lieu de lui laisser continuer son travail. Tout cela rendait son utilisation assez scabreuse. Pourtant peu à peu le calme s'établit, plus marqué et plus constant. L'amélioration ne se fit ni en quelques jours ni en quelques semaines ; on n'obtint de stabilité qu'au bout de plusieurs mois. J'ai toujours pensé — on a de ces illusions — que cette tranquillité n'aurait jamais été atteinte sans ce stage dans un ménage. Entre temps, nous confiions la malade en permission à des parents qui s'intéressaient encore à elle. Enfin les circonstances firent que son mari consentit à la revoir malgré les réceptions dont elle l'avait gratifié pendant sa maladie. Il la reprit au bout de quatre ans environ, après sept ans d'asile par conséquent, et nous venons de recevoir ces jours-ci un mot d'elle nous disant qu'ils s'installaient à leur compte et demandant notre visite. Voilà plus de sept ans que tient cette guérison.

Je laisse de côté l'emploi d'une jeune fille débile qui n'a jamais pu apprendre à ne pas casser la vaisselle, et je mentionne brièvement trois autres essais. Une jeune femme était entrée pour confusion mentale post-puerpérale et son état l'avait

©BIUM

fait placer au quartier des agitées. C'était une fille de Boulogne, vigoureuse, et, pendant son agitation, d'une rare brutalité. Ses parents élevaient son bébé mais, peu fortunés, ils ne pouvaient la visiter ; son mari, canadien, l'avait connue à Londres ; il avait dû repartir au Canada. C'est la réponse qu'elle fit à une lettre de lui, en anglais, qui attira plus particulièrement mon attention sur cette malade. Il y avait dans sa lettre à lui une poésie si profonde et un amour si sincère, il y avait dans sa réponse à elle une telle affliction de son état et du milieu dans lequel elle se trouvait, qu'en dépit de l'impuissance qu'elle continuait à montrer d'un effort soutenu et d'un travail prolongé, je la fis venir à la maison soi-disant pour aider à la cuisine. Sa confusion n'était pas terminée ; elle n'avait pas repris pleinement conscience des choses ; le voile commençait seulement à se déchirer. Elle venait chaque matin, elle redescendait chaque soir. Le fait d'être considérée comme un être humain susceptible de sortir de la situation où elle se trouvait la surprit d'abord, elle y croyait à peine, elle s'imaginait condamnée à jamais à l'internement. Elle reprit confiance, elle sourit de nouveau, elle recommença à s'alimenter régulièrement et sa santé s'améliora. Elle fut reprise enfin du désir de revoir sa fille et de rejoindre son mari, mais combien d'argent lui fallait-il pour cela ! Sur ces entrefaites une famille amie nous demanda si nous connaissions quelque domestique à lui indiquer. Comme nous voyions Mme B. depuis plusieurs semaines, je me crus autorisé à répondre d'elle. Je ne l'aurais certes jamais fait si je ne l'avais vue qu'en passant au

©BIUM

cours d'une visite. Elle entrait dans une famille où se trouvaient de jeunes enfants, et c'est une condition que je n'aime pas beaucoup pour recommander des domestiques aliénés. Mais, je le répète, le séjour de la malade à mon service, à côté de ma bonne, les conversations que ma femme avait eues avec elle, tous ces menus détails me donnaient d'elle une connaissance particulière. Je prévins en outre les personnes à qui elle fut confiée des signes qui devraient les inquiéter en cas de rechute, je demandai que la malade revînt nous voir le dimanche, et je signai sa sortie. Tout alla pour le mieux. Au bout de quelques mois, Mme B. allait chercher sa fille et retournait avec elle au Canada. Nous avons reçu, depuis, plusieurs fois, des lettres d'elle et de son mari, des photographies de sa maison et de sa demeure. Elle redevint enceinte et la dernière nouvelle fût, hélas ! du médecin de l'Asile de Montréal où elle avait dû rentrer et à qui sa reconnaissance lui faisait nous demander de s'adresser à nous de nouveau.

Parmi les malades qu'on est amené ainsi à utiliser, les intermittents tiennent une place assez importante. Je me rappelle ainsi une maniaque dont les accès étaient aggravés par des excès alcooliques. Elle ne sortait guère de l'Asile que pour y rentrer. Nous avions décidé de la garder désormais, et, par hasard, à défaut d'une autre, les sœurs me l'adressèrent. Elle était exhubérante à souhait, familière au possible, mais du moins toujours riante, assez lunatique aussi, débordante d'initiatives pittoresques, heureuse d'être là et toutefois réclamant toujours. Elle allait mieux un instant, elle retombait au bout de quelques jours.

©BIUM

Elle aurait été au dehors inutilisable. Sa maladie l'avait fâchée avec toute sa famille. Mais elle était placée chez le médecin et, dans ces conditions, au bout de quelque temps sa sœur se fit plus confiante ; ma femme l'encouragea à revenir la voir plus régulièrement ; des explications achevèrent de remettre les choses, et elles contribuèrent surtout à faire comprendre la situation, la surveillance nécessaire, ce qu'on pouvait tolérer et ce qu'on devait défendre. Un nouvel essai de sortie fut fait enfin, mais dans des conditions bien différentes des précédentes, parce qu'il avait été longuement préparé. Eh bien, cette fois, nous fûmes plusieurs années sans qu'une réintégration redevînt nécessaire.

Une autre malade était une jeune fille dont la mère était également internée. La mère et la filie étaient atteintes de manie-mélancolie. La fille avait des accès déjà si rapprochés qu'on nc pouvait la faire sortir. Elle était couturière de son état. Venir dans un ménage avait pour elle cet avantage d'adoucir son séjour à l'Asile pendant les intervalles de sa maladie. Et sans doute ce n'était là qu'un adoucissement, mais imaginez-vous d'être condamné, par maladie, à vivre, à partir de l'âge de 30 ans, dans un milieu où les camarades n'ont pas leur raison et peut-être trouverez-vous que des interruptions de vie familiale ne sont pas pour ces malheureuses existences des consolations si négligeables. L'aumônier, mon collègue et moi l'offrions à tour de rôle à cette victime d'un sort injuste.

Paris présente-t-il à cet égard des différences sur la province ? Paris ou plutôt les Asiles de la

©BIUM

Seine ? Nommé à la Colonie d'Enfants arriérés de Perray-Vaucluse en août 1920, j'ai trouvé une situation de fait qui paraissait admettre l'emploi des enfants dans les ménages et je l'ai continué jusqu'ici. Ils frottent les parquets, ils cirent les chaussures, ils font les carreaux, bref, ils aident à toutes les besognes. Ils font aussi les courses ; ils montent par exemple à l'Asile chercher les lettres qui ne seraient sans cela descendues que le lendemain, quand les dépêches ne partagent pas le même sort.

Toutes les expériences avec les arriérés ne sont pas heureuses : quelques-uns sont sales, d'une saleté qu'on ne peut corriger ; d'autres ont une violence de caractère qui exige un mélange peu facile de fermeté et de patience ; j'en ai utilisé ainsi dont presque chaque jour une note au rapport me signalait les méfaits. Comme, malgré leurs 14 et 15 ans, ils n'avaient guère que 7 ans d'intelligence, il n'y avait d'ailleurs pas à leur en vouloir. La séparation d'avec les camarades qu'entraîne au moins plusieurs heures par jour la vie dans un ménage, le désir aussi d'y rester parce qu'on y est mieux, aidaient ces demi-rebelles à se tenir. Bien entendu, je ne choisis pourtant ni des voleurs, ni des vicieux, mais un travail à domicile rend service aux irritables et aussi à quelques-uns qui sont mal dégrossis.

Il y en a un que j'ai depuis trois ans. Sa famille a toujours hésité à le reprendre à cause de ses colères d'autrefois. Je ne prétends pas qu'on n'ait à lui faire que des compliments. Son caractère est de ceux auxquels il n'est pas facile de s'accommoder ; il a des manies, il ne tient guère en place,

©BIUM

il change plus facilement dans une occupation qu'il ne persévère dans un travail. Ma femme a eu beaucoup de mal à l'empêcher de faire le travail de la bonne, il voulait repasser et faire la cuisine et il serait capable de s'en tirer ; simplement on déjeunerait ou l'on dînerait chaque jour un peu plus tôt. Mais par ailleurs, il est d'une honnêteté scrupuleuse, et, bien que très indécis sur sa droite et sa gauche, il est capable, quand il fait attention, de bien servir à table. Je crains pour lui qu'il ne puisse jamais sortir, mais, si cela lui arrive, comme je le souhaite, au moins aura-t-il appris le métier de valet de chambre qui n'est pas aujourd'hui plus mauvais qu'un autre.

A vivre ainsi dans les ménages, nos garçons ne gagnent pas seulement des apprentissages de cette nature. Ils retrouvent souvent une famille, et ils rencontrent d'autres exemples et une éducation différente de celle du quartier. Le plus souvent, les premiers jours où on les emploie, ils se montrent naïvement grossiers. Nos infirmiers ne sont pas choqués de leur langage fruste. Une influence féminine est, à cet égard, bien plus opérante. J'ai vu des enfants qui n'appelaient guère mon coq que chameau et qui, après quelques observations et n'ayant plus l'entraînement des autres, ont pris rapidement des habitudes plus policées.

Jetons, à présent, un coup d'œil indiscret chez le surveillant qui est logé ou chez l'instituteur. Un gamin va quelquefois chez le surveillant balayer l'escalier. La femme du surveillant se fait aider par lui. Cela se passe aux heures de récréation. L'enfant, au quartier, se disputerait avec ses ca-

©BIUM

marades, il ne saurait comment occuper ses loisirs. Il est au contraire heureux de cette tranquillité relative et il bénéficie des quelques conseils qu'il reçoit, des leçons individuelles qui lui sont données. Que le surveillant y ait son profit, soit, encore que très minime, mais pour l'enfant, quel bénéfice ! puisque l'occasion ne se présente nulle part ailleurs pour lui d'apprendre ce qu'il apprend ainsi. Il en est qui n'ont commencé à être débrouillés que de cette façon, *qui ne sont devenus utiles à l'établissement* qu'après avoir été initiés grâce à ces leçons personnelles.

Chez l'instituteur, deux enfants également fréquentaient ces temps derniers. Assez chétifs, peu capables de gros efforts, ils aidaient aux besognes ménagères ; mais ils participaient aussi à la vie de famille et ils se sont affinés en manières et en langage. L'instituteur s'est occupé de trouver une place à l'un d'eux. Deux places se présentaient. Il a craint dans l'une qu'on abusât de l'enfant, qui, je viens de l'écrire, était peu vigoureux. On voit à quel point lui-même a agi là comme s'il se fût agi de son propre fils, et, bien qu'en le laissant aller, il eût obligé des amis. Il a donc cherché ailleurs et il a découvert enfin une famille dans laquelle il était sûr que l'enfant fût bien traité, suivi avec intérêt, soutenu dans ses faiblesses. Il continue de le voir. Or l'école, sans doute, avait commencé déjà à l'attacher à cet enfant, mais c'est toute la famille maintenant qui l'accueille avec plaisir, et où il sait trouver un appui.

Un second enfant continue seul d'aller chez l'instituteur. Il est orphelin et infirme. Je sais que c'était le désir de l'instituteur de le prendre

©BIUM

avec lui quand il quittera l'établissement, et de lui faire une famille qu'il n'a pas, si, comme je l'espère, cet enfant continue de se montrer ce qu'il est devenu, un garçon affectueux et doux.

Faut-il poursuivre cette revue rapide ? Deux enfants sont à l'écurie, un autre aux bains. Ces enfants ne sont-ils pas au service personnel du cocher et du baigneur ? Est-ce que même ils ne font pas en grande partie le travail de l'un ou de l'autre ? Et semblablement, à l'infirmerie, n'y a-t-il pas un enfant qui participe aux nettoyages et qui même, aide à alimenter les infirmes ?... Sur la réclamation de commerçants inquiets le travail des ateliers a été limité dans les asiles à certaines besognes. Je suis surpris que les syndicats de nos infirmiers ne réclament pas contre une main-d'œuvre qui, si elle n'existait pas, augmenterait leur nombre, créerait donc des emplois. J'en suis surpris et heureux, car ces enfants qui sont à l'écurie et aux bains, eux aussi bénéficient d'un contact plus direct, on leur montre mieux, ils ont également un peu plus de liberté, et quels inconvénients y a-t-il vraiment à tout cela, si la surveillance est bonne, je veux dire si l'on s'intéresse réellement à ces aides maladroits (1) ?

Voilà à peu près, ce que sont les malades « au service » des agents de nos Asiles. Je m'excuse

---

(1) Si l'on ne s'y intéresse pas d'ailleurs c'est très simple. Les malades ne restent pas où on les place. J'ai connu des fonctionnaires qui ne pouvaient en conserver. C'est qu'en effet nos malades ne travaillent que s'ils y trouvent eux-mêmes une satisfaction. Leur maladie les occupe assez pour qu'ils n'en éprouvent pas le besoin. Les remettre en train exige des conditions particulières... C'est un sujet sur lequel on ne tarirait pas...

©BIUM

de ce que ces souvenirs ont de personnel, et d'avoir dévoilé ici un coin peu connu — et qui a tant de charme — de la vie des Asiles. Il n'est pas un collègue qui ne pourrait citer des exemples du même genre. On se sera rendu compte, je pense, à quel point la formule « au service de... » rend mal les rapports qui existent entre ces malades et les fonctionnaires qui les emploient. Alors, est-ce bien ces fonctionnaires qui perdraient le plus à la suppression de ces coutumes ? L'arriéré ni l'aliéné ne sont, de loin, ni sympathiques ni aimés. Il faut les approcher pour apprécier leurs qualités sous leurs terribles défauts de caractère. Enlever une occasion de le pouvoir faire et, si l'on veut même, un mobile qui y incline, est à leur égard une action néfaste. Comme fonctionnaires, peut-être serons-nous tenus de rompre avec ces traditions de nos maisons ; comme aliénistes et comme hommes, nous ne pourrions que le regretter.

Th. Simon,
Médecin de la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse.

©BIUM

LA FOLIE ALCOOLIQUE AUX ÉTATS-UNIS

Par M. Maurice LEGRAIN

C'est avec une persévérance significative que les journaux, chaque jour, poursuivent leur campagne de dénigrement contre la prohibition américaine. C'est avec une complaisance inqualifiable qu'ils collectionnent, quand ils ne les inventent pas, les informations les plus grotesques sur les effets du 18e amendement. Ils ne prennent pas garde que, si les gens sensés absorbaient avec componction les immenses couleuvres qu'on leur sert, ce serait faire échec au plus élémentaire bon sens, qui fut pourtant le privilège de notre race jusqu'à ce jour. Si l'on en croyait la presse, la vie publique et privée en Amérique, depuis la Prohibition, serait l'abomination de la désolation : jamais il n'y aurait eu plus de criminels, plus d'ivrognes, plus de fous, plus de vagabonds ; jamais les affaires n'auraient été plus basses. Et l'idéal devrait être à coup sûr, pour une nation qui se respecte, de boire beaucoup d'alcool, puisque le régime sec lui réussit si peu.

Un peu d'équilibre sied en pareille matière. La Prohibition est un mot qui fait peur. C'est devenu un véritable épouvantail pour les mercantis comme pour les consommateurs assoiffés qui déjà aperçoivent dans leur imagination maladive les affres de la prohibition et le geste du gendarme les privant de leur doux poison. On n'est pas plus naïf.

A coup sûr il est trop tôt pour porter des jugements définitifs sur la valeur pratique du geste américain. Il y a toute une période expérimentale et d'adaptation qu'il faut traverser avant de conclure. Mais c'est dans cette période surtout qu'il faut être éclectique, ami de la vérité, pour ne point égarer dangereusement le public.

©BIUM

Il importerait surtout de ne point continuer ce « bourrage de crâne » de la fausse nouvelle, auquel tant de gogos se laissent prendre. Les colonnes de la presse sont chaque jour remplies des drames de l'alcoolisme. C'est donc que l'alcool est encore une chose dangereuse, même aux dires d'un publiciste quotidien. Et voici qu'il suffit que l'Amérique devienne sèche pour voir monter la courbe de la criminalité ! En vérité, comment admettre que de pareilles balourdises puissent être lues quotidiennement sans amener des protestations.

En fait, ce qu'on tente de démontrer, c'est que, si l'alcool a disparu, on l'a remplacé par des stupéfiants et des narcotiques bien pires. Admettons que cela soit. L'Amérique aurait-elle à regretter pourtant d'avoir éteint une source formidable de maux sociaux ? Et si quelques affolés se jettent aujourd'hui sur des succédants de l'alcool, faut-il s'en émouvoir beaucoup ? Ce sont de piteux malades, constituant au milieu de la grande réforme des Etats-Unis ce qu'on appelle la part du feu. Leur apparente aggravation ne prévaut point contre la vigoureuse santé de l'énorme majorité des citoyens qui ont voulu et réalisé la Prohibition et qui sont, eux, la vraie garantie de demain.

Mais le fait de la substitution d'un poison à un autre n'est qu'exceptionnellement vraie. Serait-elle bien nécessaire du reste si, comme on ne craint pas de l'affirmer encore, l'Amérique est submergée plus que jamais par l'alcool de contrebande et par l'alcool fabriqué clandestinement.

Un peu de sagesse pénétrera, il faut l'espérer, dans nos jugements sur une matière aussi importante. C'est urgent en tout cas, car l'irritation du monde commercial est à son comble ; les protestations intéressées de notre gouvernement se heurtent à des résistances qu'il était facile de prévoir. Rien ne vaut mieux que la vérité pour apaiser les querelles.

En attendant, puisons à des sources sûres quelque documentation intéressant notre spécialité.

Tout ce qui concerne les admissions pour folie

©BIUM

alcoolique dans les asiles, avant 1919, est contenu dans le recensement fédéral pour 1910. Par psychose alcoolique, ce document entend toute maladie mentale en connexion directe avec l'intempérance d'alcool. Les cas où l'alcool n'a été qu'un appoint ne figurent pas sous cette rubrique.

Sur 60.769 aliénés administrés en 1910, il y avait 6.122 délirants alcooliques, soit 10,1 0/0, soit 6,7 pour 100.000 habitants. La proportion atteignait 12 0/0 dans les Etats de la Nouvelle Angleterre et 12,7 0/0 dans les Etats du Pacifique.

La proportion des admissions était de 12,4 0/0 pour les villes et de 6,4 0/0 pour les campagnes.

Sur 34.116 hommes dans l'Etat de New-York admis, on a compté 15,3 0/0 d'alcooliques contre 3,4 0/0 sur 26.653 femmes.

New-York sépare soigneusement dans son recensement les admis pour la 1re fois des réadmissions. Il estime que l'on a ainsi une meilleure mesure de la fréquence des affections. Les 13 Hôpitaux d'Etat de l'Etat de New-York ont reçu, depuis 1909 jusqu'en 1921, admis pour la 1re fois comme alcooliques :

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAL	0/0 DE TOUTES LES 1res ADMISSIONS		
				HOMMES	FEMMES	TOTAL
1909	433	128	561	15,6	5,8	10,8
1910	452	131	583	15,3	5,0	10,5
1911	444	147	591	14,7	5,5	10,4
1912	434	131	565	14,4	4,8	9,8
1913	438	134	572	13,7	4,7	9,4
1914	348	116	464	10,4	3,6	7,4
1915	255	90	345	7,8	3,1	5,6
1916 (9 M.)	215	82	297	8,4	3,5	6,1
1917	437	151	594	12,1	4,8	8,6
1918	257	97	354	7,3	3,0	5,2
1919	204	65	269	5,8	2,0	4,0
1920	90	32	122	2,7	1,0	1,9
1921	167	26	193	4,6	0,8	2,8

On remarquera que le déclin de la courbe est déjà accentué avant 1914. On n'a point attendu l'éclosion

©BIUM

du 18e amendement, ni même l'explosion de la guerre dans sa participation américaine, pour noter une tendance au recul des chiffres d'admission pour alcoolisme.

C'est là une constatation générale aux Etats-Unis. Elle est précieuse pour répondre à une légion d'ignorants qui croient encore dur comme fer que la Prohibition fut une mesure impulsive prise du jour au lendemain sans égards pour qui ou quoi que ce soit. On ne rappellera jamais assez que la campagne prohibitionniste (cela dit à titre de simple fait historique sans prendre parti pour ou contre la mesure ni en faire la critique de fond) était vieille de près d'un siècle au Nouveau-Monde. Elle fut lentement progressive et, avant qu'elle ne devînt une altération fondamentale à la Constitution même du pays, elle fut votée et adoptée par divers Etats. Dès 1852, le Maine était prohibitionniste. Et comme conséquence de cette transformation lente des mœurs, il ne serait pas difficile d'exhiber ici les statistiques très anciennement connues des divers Etats qui s'étaient donné une loi de Prohibition. Elles montreraient éloquemment les bons résultats qui en dérivent. Notamment dans le chapitre qui nous touche.

La guerre n'a fait que donner le coup de pouce à une réforme qui était dans l'air profondément désirée par l'ensemble de la population sérieuse, et qui eût abouti quelques années plus tard. L'une des bonnes preuves que l'on peut donner des bons effets de la campagne déjà ancienne réside précisément dans ce fait de la décroissance générale du nombre des aliénés pour cause d'alcoolisme. Dans tous les autres domaines intéressant l'équilibre social, de semblables constats peuvent être faits.

Donc, dans l'Etat de New-York, en 1915, la chute de la courbe est déjà prononcée. En 1916, la chute se ralentit un peu. En 1917, un retour en arrière se manifeste. Mais à partir de là, la chute redevient rapide pour atteindre le chiffre le plus bas en 1920 (4/5 du chiffre de 1909). En 1921 léger ressaut pour les hommes, état stationnaire pour les femmes.

©BIUM

Par rapport à la population générale de l'Etat, la courbe descend progressivement de 6,3 pour 100.000 habitants en 1909 à 1,8 en 1921. Il y a en moyenne 3 fois moins d'alcooliques.

Le 18e amendement est entré en vigueur le 17 janvier 1920, mais il avait été précédé de la prohibition de guerre.

Il y a une corrélation entre les premières admissions pour psychose alcoolique et la consommation par tête. Les deux colonnes de chiffres sont intéressantes à comparer (Proportions ramenées à 100).

ANNÉES	CHIFFRE INDEX DES 1res ADMISSIONS	CHIFFRE INDEX DE LA CONSOMMATION AUX ÉTATS-UNIS
1909	100	100
1910	102	104
1911	102	108
1912	95	105
1913	95	108
1914	76	108
1915	57	95
1916	63	93
1917	95	95
1918	56	77
1919	41	44
1920	19	14

Le coefficient de corrélation entre les 2 séries de chiffres est comme 0,875 à 0,045. Sans doute une corrélation beaucoup plus étroite encore aurait pu être obtenue si l'on avait pu connaître la consommation par tête dans l'Etat de New-York.

Les chiffres suivants, rassemblés par Miss Furbush, préposée à la statistique du Comité National d'Hygiène Mentale, sont tirés des rapports les plus récents des hôpitaux d'Etat. Ils sont relatifs à la prévalence des psychoses alcooliques dans les différentes parties du pays.

©BIUM

ÉTATS	TOTAL DES PREMIÈRES ADMISSIONS	CHIFFRE DES PSYCHOSES ALCOOLIQUES	0/0 SUR LE TOTAL DES ADMISSIONS
Californie	2.459	110	4,5
Colorado	457	4	0,9
Maine	399	17	4,3
Massachussetts	2.538	130	5,1
New-Hampshire	260	12	4,6
New-Jersey	1.301	28	2,2
New-York	7.104	210	3,0
Ohio	2.838	61	2,1
Pennsylvania	1.508	39	2,6
Rhode-Island	329	19	5,8
Caroline du Sud	740	8	1,2
Dacotah du Sud	193	1	0,5
Vermont	140	3	5,7
Virginie	1.315	24	1,8
	21.581	667	3,1

Proportion bien faible d'alcoolisme relevée dans les Etats les plus importants ; comparés aux chiffres tirés plus haut du recensement fédéral de 1910 et de l'Etat de New-York, ces chiffres marquent un déclin général de la folie alcoolique et illustrent les développements que j'ai donnés sur les effets généraux de la campagne prohibitionniste.

Cela ressortira encore jusqu'à l'évidence du tableau suivant indiquant pour les mêmes Etats et pour la même année le chiffre des admissions totales et, en regard, le chiffre de toutes les admissions et le pourcentage par rapport à la population générale.

ÉTATS	ADMISSIONS TOTALES	ADMISSIONS P. ALCOOL.	0/0 SUR TOUTES ADMISSIONS	PROPORT. P. 10).000 HABITANTS
Californie	3.098	133	4,3	3,8
Colorado	480	5	1,0	0,5
Maine	490	20	4,1	2,6
Massachussetts	3.349	174	5,2	4,5
New-Hampshire	301	14	4,7	3,2
New-Jersey	1.557	38	2,4	1,2
New-York	9.235	255	2,8	2,4
Ohio	3.539	77	2,2	1,3
Pennsylvania	1.728	47	2,7	0,5
Rhode-Island	413	24	5,8	3,9
Caroline du Sud	938	10	1,1	0,6
Dacotah du Sud	256	1	0,4	0,2
Vermont	197	3	1,5	0,9
Virginie	1.597	30	1,9	1,3
	27.178	831	3,1	1,9

©BIUM

Ainsi donc la proportion des admissions pour psychose alcoolique n'a été que de 1,9 pour 100.000 comparée à 6,7 pour l'ensemble du pays en 1910.

En 1920 il y a un léger retour offensif dans certains Etats tels que New-Jersey, Massachussetts. On l'a attribué soit à un certain relâchement dans l'application de la loi, soit à la dépression économique. Il est peut-être mieux de noter que les Etats en question comptent parmi ceux qui sont les plus tard venus à la Prohibition, qui n'ont ratifié le 18e amendement que tout à fait à la fin, entraînés par l'exemple des autres Etats, mais dont, en fait, les autorités se prêtent mal à la réforme. Ajoutons, notamment pour l'Etat de New-York, que la proportion de la colonie étrangère dans ces Etats est énorme. Ses mœurs, ses goûts et sa discipline ne donnent qu'une idée fort inexacte de ce qui se passe dans les Etats à population franchement autochtone.

Dans ce vaste problème de la Prohibition, on formulerait une bien étrange erreur si l'on unifiait ses jugements dans la pensée de les appliquer à l'ensemble de la grande République. On oublie trop que les Etats-Unis sont un territoire colossal, dont la superficie est plus grande que l'Europe entière et que les mentalités qu'on rencontre aux quatre points cardinaux sont aussi dissemblables que possible les unes des autres. Quand on a prononcé le mot Amérique, on pense avoir tout dit, alors que tout reste à dire. Personne, l'Amérique elle-même, ne peut être à la page encore au sujet de l'application de la loi Volstead. A moins que l'on ne possède des statistiques officielles précises émanant de tous les points du territoire, on ne pourra hasarder pendant bien longtemps que de simples hypothèses pour ou contre la réforme. L'impression des voyageurs a été variable, selon qu'ils ont abordé tel ou tel point des Etats-Unis. Ce qui n'a pas été variable, en tout cas, et ce fut ma propre impression, c'est que la Prohibition est une mesure sérieuse, qu'elle est très ancrée dans l'âme de la vraie population nord-américaine et que, quoiqu'on en puisse penser, la Prohibition prohibe réellement.

©BIUM

La distribution par sexe des premières admissions pour psychose alcoolique, dans les divers Etats, montre un déclin de la courbe des entrées beaucoup plus accentué pour les femmes que pour les hommes en 1920 et 1921. C'est un résultat qui confirme ceux de Miss Stoddard dans son étude sur les effets de la prohibition parmi les femmes (Scientific Temperance Federation). Elle mentionne : « Les femmes ont appa-
« remment gagné plus que les hommes, peut-être parce
« qu'elles sont moins exposées aux séductions des
« contrebandiers (bootleggers) et moins aptes à cher-
« cher aventure hors de la famille. En tout cas, la
« proportion des femmes détenues dans toutes les
« institutions pénales de Massachussets en 1920 et 21,
« les deux années sèches a été la plus basse de la
« décade, 60 0/0 plus faible que dans les années hu-
« mides ; dans le même temps, la population totale
« des prisons s'est abaissée de 52 0/0.

« Une décroissance d'environ 50 0/0 du nombre des
« admissions dans les maisons de réforme d'Etat pour
« femmes, dans les deux années de prohibition, est
« une étape de plus dans l'histoire non seulement de
« la criminalité féminine alcoolique, mais aussi de la
« criminalité des femmes en général. »

Pendant la période entière où des chiffres ont été fournis, les psychoses alcooliques ont été bien plus nombreuses dans les districts ruraux que dans les urbains. Ainsi que je l'ai mentionné, en 1910, le bilan de toutes les admissions p ur alcoolisme dans les Etats-Unis, par 100.000 habitants, fut respectivement de 10,7 à la ville et de 2,6 à la campagne. Cette année-là, les admissions dans les districts urbains constituèrent 77,8 0/0 de toutes les admissions pour alcoolisme.

Depuis 1910, la proportion des cas d'alcoolisme dans les districts urbains a augmenté. Dans une étude (1) sur les premières admissions dans les asiles de New-York du 1er juillet 1915 au 30 juin 1920, on a trouvé 90,9 0/0 des cas venant de la ville. La proportion

(1) *Mental disease in cities villages and rural District of New-York, 1915-1920*, par Hor. POLLOK, State Hopital Quarterly, Nov. 21.

©BIUM

annuelle pour 100.000 habitants a été de 3,7 dans les districts urbains et de 1,6 dans les ruraux.

Des statistiques empruntées par Miss Furbush aux rapports des asiles de plusieurs Etats ont donné les résultats suivants pour 1919, 1920 et 1921 :

ANNÉES	PREMIÈRE ADMISSION (Ville)		PREMIÈRE ADMISSION (Campagne)	
1919	333....	85,6 0/0	56....	14,4 0/0
1920	400....	83,9 0/0	77....	16,1 0/0
1921	622....	84,4 0/0	115....	25,6 0/0

En résumé, depuis 1910, les psychoses alcooliques ont diminué de nombre. Cela est dû en partie aux mesures de restriction, en partie aux modifications des mœurs.

C'est en 1920 qu'on observe les chiffres les plus bas. En 1921, il y a une légère recrudescence. Les statistiques s'arrêtent là.

La courbe de la folie alcoolique a été nettement parallèle à celle de la consommation générale.

La diminution a été nettement plus prononcée chez les femmes.

Enfin ce sont les villes qui restent encore les plus grandes pourvoyeuses de la folie.

⁂

Je voudrais terminer ces sèches considérations statistiques par quelques réflexions assez suggestives sur l'état actuel de la réforme prohibitionniste aux Etats-Unis. Je crois inutile de rappeler avec quelle violence aveugle la plupart des gouvernements de pays viticoles, à la merci absolue et exclusive de l'éternelle pleurarde qu'est la viticulture, ont mené l'assaut contre le 18e amendement, risquant à tout propos de compromettre leurs bonnes relations avec les Etats-Unis. Ce n'est pas le lieu de discuter cette importante affaire du

©BIUM

seul point de vue économique, ni de montrer combien une pareille agression est aussi injustifiée qu'impolitique. Mais il est connu de tout le monde que, depuis l'application de la réforme et grâce surtout à la complicité coupable des gouvernements, une contrebande formidable s'est organisée. Allant au-devant de la soif incurable des derniers buveurs irréductibles du Nouveau-Monde, cette contrebande a continué de les abreuver et, ainsi qu'il arrive toujours, la réaction a pu en certains points dépasser l'action, donner le change à l'opinion publique sur les effets réels de la prohibition, et même faire affirmer ce paradoxe, si énorme qu'il tient de la plaisanterie, à savoir que la suppression de l'alcoolisme a développé des vices analogues.

Il serait peu éclectique et scientifique de ne point envisager froidement les faits et de ne point s'incliner devant eux, sauf à en tirer des déductions qui ne plaisent point à tout le monde. Il est sûr que la contrebande énorme, la campagne d'une presse nombreuse, stipendiée visiblement par le capital-alcool, l'esprit de fronde, développé aux Etats-Unis tout comme ailleurs, ont stimulé les imaginations comme les appétits et que certains observateurs, volontiers pessimistes, peuvent enregistrer des faits qui leur donnent raison.

C'est ainsi que (je tiens ces déclarations de témoins visuels, correspondants français de mes *Annales Antialcooliques*) la prohibition aurait introduit, dans les pensées et les habitudes, le mépris de la loi. *Naguère,* les Américains respectaient toute *law, comme si elle était de droit divin.* Il y a en effet apparence d'irrespect, et c'est là un fait nouveau dans l'histoire, mais convient-il de l'attribuer à la prohibition ? Tout est là.

Elle a développé la corruption des fonctionnaires. C'est un fait. Mais où est donc la loi coercitive, surtout une nouvelle loi qui n'en fait pas autant ? A l'extrémité de Long Island, les bateaux contrebandiers déchargent leurs liquides *coram populo.* L'œil de la police est bouché à New-York. C'est encore un fait.

©BIUM

Oserait-on dire qu'il en est de même ailleurs ? New-York est une cité cosmopolite qui ne donne certes pas la juste mesure de l'état général des esprits aux Etats-Unis.

Boit-on plus ou moins ? Mon correspondant, M. Rieffel, rédacteur au *Courrier Français,* m'écrit : « Impos-« sible d'acheter de la bière. Mais on a du vin, du « whisky et de l'alcool autant qu'on en veut. *La loi* « *a simplement réussi à augmenter les prix.* L'alcool « s'obtient sans ordonnance chez le pharmacien.

« Chez les restaurants élégants, on sert à la demande « vin ou whisky à New-York. Vers le Canada, région « du puritanisme, dont Boston est la capitale morale, « la fraude ne se cache pas.

« Des capitaux énormes sont engagés dans la fraude, « capitaux internationaux. Evidemment on vend moins « de boissons alcooliques, mais quelle quantité de « boissons est fabriquée à domicile ? Mal terrible, « inconnu, nouveau ici : la fermentation et la distilla-« tion à domicile, devant les enfants, que, naguère, le « plus invétéré des ivrognes écartait du mal. Les « stupides législateurs de Washington n'ont pas même « interdit la vente des alambics ! »

On vend les alambics surtout en quartiers pauvres, avec du sucre de malt, etc., et tout l'arsenal pour faire bière ou vin.

Le prix des boissons chez les pharmaciens, qui ont remplacé les saloons, est le suivant : whisky : 6 dollars le litre ; vin : 3 dollars ; champagne vrai : 12 dollars ; cognac : 9 dollars le litre d'origine. Droits de douane, pour le cognac : 2 dol. le litre ; alcool à 90° : 3 dol.

Tout pharmacien a le droit de commander 100 gallons (400 litres) d'alcool pour 3 mois, quel que soit le nombre de ses clients. Il doit rendre compte de son emploi, mais cette reddition de compte est élastique.

Il y a de curieuses raisons à la ruée de certaines gens vers « ce qui est défendu ». C'est d'abord très humain, disons enfantin (en tout cas cela n'a jamais qu'un temps). Ensuite c'est très adéquat à la mentalité

©BIUM

américaine. En Amérique, la gloire est d'avoir *réussi*. Et il n'y a pas d'autre gloire. Tout signe de richesse est donc glorieux. Il était méprisable de boire de la bière, parce qu'elle coûtait cinq sous le verre et parce qu'elle était la boisson des pauvres émigrants allemands ; il était peu honorable de boire du whisky, car on l'obtenait à bon marché. Mais aujourd'hui, le whisky coûte cher, donc il est glorieux ! Pour appliquer la loi Volstead, il eût fallu, il faudra, dans les écoles et partout, révéler que la gloire n'est pas de réussir.

J'en aurais pour longtemps à aligner les notes prises au jour le jour sur le vif, ainsi que les interprétations plus ou moins originales qu'elles ont inspirées. Elles ont toutes du vrai, mais elles sont ordinairement partiales, aprioristes. Rien ne prévaut contre les faits qui résultent de l'évolution générale des idées, contre l'expérience, contre la transformation lente, mais profonde jusqu'à constituer une nouvelle nature, de la subconscience de toute une collectivité, par l'éducation, l'entraînement. Il n'est pas généralement vrai que, pour tout Américain, la gloire est de réussir. C'est évidemment une gloriole qui peut convenir beaucoup au Yankee, pour qui la force physique, le sport et la lutte sous toutes ses formes sont l'objet d'un culte, mais il serait injuste et aveugle de nier la splendide éducation morale grâce à laquelle plusieurs générations de femmes américaines ont pétri l'âme de la jeunesse et où la haine de l'alcool, qui dégrade et tue, a joué le principal rôle.

C'est pourquoi il est bon d'assister curieusement, mais sereinement, aux convulsions suprêmes d'une minorité alcoolâtre, dans l'attente que l'expérience même ait jugé non point le principe moral de la prohibition, mais l'efficacité proprement dite de la méthode prohibitionniste. Le temps seul nous documentera.

©BIUM

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LES CARACTÈRES CLINIQUES DE CERTAINES FUGUES

AUTOMATISME AMBULATOIRE ET AMBULOMANIE CONSTITUTIONNELLE (1)

Par Roger DUPOUY et Paul SCHIFF

(Travail du Service de Prophylaxie mentale du Dr Toulouse à l'Asile Sainte-Anne)

Nous avons souvent l'occasion de voir au Dispensaire de Prophylaxie mentale des malades chez lesquels la fugue est le symptôme essentiel du tableau clinique. Parmi ces cas il en est où le diagnostic étiologique est facile, où l'on peut se rendre compte rapidement qu'on est en présence d'une fugue hypomaniaque, par exemple, ou due à un état confusionnel chez un éthylique, un urémique, etc... Dans d'autres cas, au contraire, le diagnostic est plus difficile, les données étiologiques sont à la fois trop imprécises et trop complexes pour permettre immédiatement une conclusion ferme. Ce sont quelques-uns de ces cas que nous voudrions exposer, en essayant de montrer qu'il est possible toutefois de trouver à leur base des processus psychologiques communs.

Obs. I. — Le jeune R... 17 ans, nous est envoyé, par ses parents parce qu'il est un incorrigible fugueur. Depuis l'âge de 17 ans s'évade, à intervalles très irréguliers, de tous les établissements auxquels on le confie ; a passé successivement dans une école religieuse, chez un précepteur particulier, dans un collège provincial. Il s'agit d'un débile mental assez doux d'habitude, fuyant les sociétés mondaines où la situation de sa famille lui donnerait accès et préférant la fréquentation des fermiers et des domestiques. Mais quelque-

---

(1) D'après une communication à la Société Médico-Psychologique dans sa séance du 29 octobre 1923.

©BIUM

fois il semble se rendre compte du contraste de ses facultés et de ses fréquentations avec celles de son entourage, en particulier avec celles d'un frère à peine plus âgé mais bien plus favorisé au point de vue intellectuel et physique ; ou bien il vient de subir une humiliation devant des condisciples plus intelligents. Il devient alors jaloux, grossier et violent, croit qu'on ne l'aime pas, qu'on lui enlève sa part de liberté et d'affection, injurie ses maîtres et ses parents, puis s'enfuit dans la nuit en dérobant de l'argent ou en empruntant, au nom de son père, de petites sommes chez des commerçants de la ville. En désespoir de cause ses parents l'envoient pour l'empêcher de s'évader, dans un collège d'une île anglo-normande. Il est sage pendant quelque temps, puis a une discussion avec ses maîtres qui se refusent, vu son arriération intellectuelle, à le placer avec des enfants de son âge : il s'irrite, les injurie, puis fracture un tiroir-caisse, prend à l'un de ses condisciples un appareil photographique « qu'il n'avait pas encore remarqué jusque-là » et se faufile à bord du paquebot de cabotage. Sur le continent est pris de remords, renvoie par la poste l'appareil photographique, mais garde l'argent et revient chez lui, racontant tout, et chargeant son père de régler ses dépenses. Il reste quelques semaines chez lui, ne travaillant pas, puis fait une nouvelle fugue, dérobe de l'argent à son père, achète à crédit une motocyclette ; on le ramène après un déplacement de 300 kilomètres où il a dépensé plusieurs milliers de francs, dont une partie lui a été escroquée par des compagnons de rencontre. Pas d'aventures sexuelles.

A l'entrée : grand garçon au teint blême, au visage bouffi. Aspect de dysthyroïdien, thyroïde non palpable, peau épaisse au revers de mains, tissus infiltrés, sudations normales, pilosité réduite aux aisselles, ligne pubienne à type féminin. Seins volumineux. Testicules sensibles, de taille normale mais légèrement indurés. Tests pharmaco-dynamiques et endocriniens impossibles à rechercher de façon satisfaisante : le malade se refuse aux injections, se débat, rendant toute mesure de pression illusoire. R. O.-C. marqué (tachycardie émotionnelle pendant l'épreuve), réflexe solaire également positif. Raies vaso-motrices vives, à la recherche par la pulpe du doigt (raie blanche) et par l'épingle (raie rouge). *Ponction lombaire :* Bordet-Wassermann, benjoin, élixir parégorique, floculation = 0. Eléments = 1,7. Albumine = 0,20 (tube de Sicard et Cantaloube). Globulines = 0. Tension = 29 (manomètre de Claude, position assise).

Emotivité très forte, état permanent d'anxiété. Affolé par

©BIUM

l'idée d'être dans un hôpital ; a, durant plusieurs semaines, en face de la moindre intervention de l'ordre le plus anodin, une peur panique, nous écrit des lettres suppliantes et enfantines. Intelligence très retardataire, malgré tous les efforts qui ont été faits pour l'instruire : retard d'au moins 3 à 4 ans, connaissances très fragmentaires. Paresseux, sauf pour des besognes physiques grossières : balayage, lavage de vaisselle. Aucune curiosité sexuelle, n'a jamais eu ni voulu de fréquentations féminines, en dehors de sa famille la plus proche. Pas de goût pour les lectures. Sentiment d'un état morbide, voudrait guérir.

Durant les 3 mois de séjour, aucun signe de périodicité, ni au point de vue psychique, ni au point de vue neuro-végétatif. Il est évident que la période d'observation a été trop courte pour que nous puissions être affirmatifs sur ce point.

Les anamnestiques fournissent deux renseignements importants : la mère a usé de morphine (0,10 à 0,30 *pro die*) alors qu'elle était enceinte de cet enfant, du 2e au 7e mois, et c'est le seul de ses 4 enfants qui soit taré, les 3 autres (notre malade est le second) sont bien portants physiquement et intellectuellement. Jamais à une autre période de sa vie la mère du jeune R. n'aurait usé de morphine, la première piqûre lui en avait été faite alors dans un but médical (coliques hépatiques), qu'elle dépassa.

En outre, un oncle maternel du jeune homme a été un grand instable, courant les mers à l'âge de 16 ans comme mousse, ayant recherché toutes sortes d'aventures dans les contrées les plus lointaines. Marié en France, pour plaire à sa famille, qui espérait enfin le fixer, il quitte sa femme au bout de quelques semaines et va outre-Pacifique épouser une Japonaise. Cette carrière aventureuse dura jusqu'à sa mort sur le champ de bataille.

Obs. II. — C., 16 ans, sans profession définie, est envoyé au Dispensaire par l'Office Départemental d'hygiène sociale. Il est le 3e enfant d'une série de quatre. Deux sont bien portants ; une sœur est soignée à Beck pour une tumeur blanche. Il a suivi l'école mais fut un élève médiocre ; il n'a pas passé son certificat d'études, n'a pas fait d'apprentissage régulier. Placé dans une école de mécanique, la quitte au bout de 3 semaines, sans motif, puis est employé chez 5 patrons successivement en 3 mois. Depuis sa 10e année environ ses parents ont remarqué qu'il est, à intervalles réguliers de 2 à 3 mois, sujet à des crises de dépression où il est triste, anxieux, laconique ; ces crises alternent avec des

©BIUM

phases de comportement normal, sans agitation motrice ni gaieté exagérée. Jamais de crises convulsives, d'absences, de vertiges. Pas d'énurésie.

Plusieurs fugues, toutes au moment d'une phase dépressive (dans un cas analogue publié par Claude, Santenoise et Targowla (1) la fugue coïncidait avec une phase maniaque). Départ brusque, non préparé. La dernière, datant de décembre 1922, a duré plusieurs mois. S'était rendu dans le département de la Loire, moitié à pied, moitié en empruntant des chemins de fer départementaux. Motive aujourd'hui cette fuite de la façon suivante : « On l'embêtait, on se moquait de lui parce qu'il est plus bête que les autres, les hommes, c'est tous des vaches, des policiers. » Recueilli à Firminy par la police, est placé sur sa demande, et avec l'agrément de sa famille, dans une ferme. Voulait travailler la terre « pour faire un essai, pour voir si ça irait mieux ». Reste 3 mois chez ce fermier, semble s'y plaire, travaille bien, puis un jour on lui fait une remarque un peu vive, « mais au fond pas plus que d'habitude », et il quitte brusquement la ferme au cours de la nuit, va jusque dans l'Ardèche en utilisant les chemins de fer locaux pour dépister des recherches qu'il craint. Se débrouille parfaitement dans le lacis des petits chemins de fer départementaux, semble avoir gardé des souvenirs précis de cette randonnée, atteint enfin son but : de petits fermiers chez qui il avait été mis en pension dix ans auparavant, à l'âge de 6 ans, et qui l'avaient bien reçu. Le pasteur de la localité lui procure un emploi qu'il garde quelques jours, puis il s'enfuit et est arrêté pour vagabondage dans l'Isère. Amené au Dispensaire par ses parents qui demandent si leur enfant est un malade ou s'il doit être envoyé dans une maison de correction.

A l'entrée, garçon de taille petite, yeux bridés, mais son père a également ce type. Pas de microcéphalie. Urée du sang, épreuve de la phénolsulfonephtaléine rénale normales. Bordet-Wassermann du sang = 0. Pas d'éléments anormaux dans l'urine ni dans le liquide céphalo-rachidien. Toutes les réactions colloïdales et autres donnent, pour ce dernier, un résultat négatif. Réflexes achilléens et cutanés vifs. Se plaint de céphalées frontales. R. O.-C. accusé à l'entrée avec réflexe solaire également positif. Réaction intense à la pilocarpine et l'ésérine. Palpitations fréquentes, rougeurs de la face. Sueurs, cauchemars, peurs nocturnes.

---

(1) Prof. Henri CLAUDE, D. SANTENOISE et René TARGOWLA. — Fugues et perversions instinctives à manifestations périodiques, *Bulletin de la Soc. clin. de Médecine mentale*, Juillet 1923, p. 223.

©BIUM

Pas de mutisme, pas de loquacité. Réticences sur certains points et quelques réponses « à côté ». A la question : « Qui était Napoléon ? » répond : « C'était un grand — un grand je ne sais pas quoi — qui a gagné la guerre — la guerre de 1887. Il est mort à Ste-Hélène. Vous savez, il y a longtemps que je n'ai pas été à l'école. » Calme dans le service, durant le séjour de 6 semaines qu'il y fait. Aucune tentative de fuite. Essaie de se rendre utile, puis a quelques crises de colère. Devient hypocondriaque, préoccupé de sa nourriture, de son couchage, de sa maladie. Accuse des douleurs variées et inconstantes. Gestes bizarres. Quelques rires discordants. Se met à porter une décoration bleu pâle sur la signification de laquelle il ne veut pas donner de détails. Très calme et docile vis-à-vis de ses parents ; ceux-ci le reprennent pour faire l'essai d'une nouvelle occupation qu'ils lui ont trouvée.

Obs. III. — M. P., 36 ans, ouvrier-mécanicien, vient consulter l'un de nous en compagnie et sur la demande de sa femme pour les motifs suivants. Depuis un an environ a des impulsions à quitter son domicile, à vaguer dans la rue à pied ou en taxi. Garde le taxi plusieurs heures de suite, des après-midis entiers et une partie de la nuit, quelquefois il ne lui reste pas assez d'argent pour le payer et sa femme a dû régler une fois à son retour une note de 130 francs. Il s'agit tantôt de petites fugues incomplètes, durant tout ou partie de la nuit, tantôt de fugues plus prolongées (quatre grandes fugues en tout), fugues de plusieurs journées : il quitte brusquement son travail dans l'après-midi, emportant de l'argent qui représente le tiers ou la moitié de sa paie mensuelle, parfois de l'argent emprunté, et va dans un quartier différent du sien « faire la bombe », dit-il, avec des femmes. Il lui est arrivé d'interrompre une fugue pour rentrer chez lui. La dernière, la plus grave, celle qui a décidé sa femme à nous l'envoyer parce qu'elle a considéré cette aventure comme décidément pathologique, date du mois de septembre : il a disparu pendant 7 jours, était allé dans l'Indre chez des paysans qu'il a connus autrefois, puis il est rentré spontanément, ses ressources épuisées, très honteux et repentant comme toujours, en demandant pardon à sa femme.

A l'hospitalisation dans le service de Prophylaxie mentale, on se trouve en présence d'un homme déprimé, au visage anxieux, se rendant compte de son état morbide, désireux de guérir. Les réponses sont toutes pertinentes, la voix est un peu nasonnée. Les réflexes patellaires sont vifs,

©BIUM

les réflexes du membre supérieur sont normaux et les pupilles fonctionnent bien. Les réactions sympathiques : raie vaso-motrice, réflexe pilo-moteur, etc., sont vives et le patient présente un grand nombre de symptômes qui témoignent d'une excitation particulière de son sympathique : bouffées de chaleur, émotivité, etc. Il existe une trémulation accusée de la langue, des paupières et des doigts. Le malade avoue avoir augmenté sa ration de boisson au cours des dernières années : il est arrivé actuellement à 2 litres 1/2 de vin par jour, sans préjudice de quelques apéritifs. Pas de syphilis. Pas de stigmates épileptiques.

M. P. a toujours été un scrupuleux, un douteur. Il lui faut vérifier à plusieurs reprises si la porte est bien fermée, l'adresse des lettres exactement mise, etc... Il n'est jamais content de ce qu'il a fait, il pense qu'il aurait pu mieux faire, il se faisait de tout temps des reproches pour des choses insignifiantes et son état actuel le désole parce qu'il se dit qu'un manque de volonté en est un facteur important. Il a, en outre, un caractère difficile, instable, il est sujet à des crises de larmes et à de l'irritabilité, il trouve sa mémoire insuffisante, mais c'est là un fait que les épreuves cliniques banales n'ont pas vérifié et qui est dû surtout à un manque de concentration de l'attention. Enfin il présente plusieurs symptômes physiques des états dits psychasthéniques : fatigue matutinale, sensation de jarrets rompus, difficulté de la « mise en marche » physique et intellectuelle. Pour ce qui est des stigmates épileptiques ou hystériques, au contraire, un interrogatoire attentif ne nous a pas permis d'en découvrir aucun chez M. P. ; pas de crises nerveuses, d'absences ni de vertiges, pas d'énurésis diurne ou nocturne, pas d'impulsions actives brutales, pas de somnambulisme. Mémoire presque entière de ce qu'il a fait pendant les fugues : pour la dernière par exemple, il peut donner à peu près jour par jour le détail de la villégiature, fort monotone d'ailleurs, qu'il a faite dans l'Indre : il s'était rendu chez des paysans auprès desquels il avait, il y a deux ans, passé des vacances agréables. Le seul point un peu obscur pour lui, c'est la façon dont il a pris son billet, il ne se rappelle pas s'il y avait du monde à la gare du quai d'Orsay, quelle heure il était : d'après celle de son arrivée à Romorantin il reconstruit rétrospectivement que ce devait être le matin.

M. P. nous dit que ses fugues surviennent toujours à la suite d'état dépressif plus accusé. Il a des ennuis de famille, ses beaux-parents lui ont, il y a un an, réclamé « tout à

©BIUM

coup » de l'argent qu'il avait emprunté pour l'achat des meubles de son ménage, argent qu'il n'a pas encore pu rembourser. En outre, ses relations conjugales lui sont un sujet de gros soucis et de gros désappointements : de tempérament plutôt ardent, et marié avec une femme qu'il aime et qu'il estime beaucoup, il est condamné à n'avoir avec elle que des rapports très incomplets et interrompus presque d'emblée : sa femme a deux enfants et considérerait la venue d'un troisième comme une catastrophe budgétaire. C'est pourquoi, il va de temps à autre « faire la bombe » avec des femmes de rencontre, qui le satisfont plus que la sienne, malgré le dégoût qu'au fond elles lui inspirent et le remords qu'il éprouve de ses infidélités. Cette question de vie sexuelle difficile, il nous en parle spontanément, et elle paraît jouer dans ses préoccupations un grand rôle. Sa femme nous a confirmé le fait et, en outre, dans nos conversations avec elle, nous avons pu nous rendre compte que son caractère autoritaire et entier n'était guère propre à rendre plus facile l'existence d'un mari déjà peu enclin constitutionnellement à la gaieté.

Nous avons donc été amenés à faire jouer un grand rôle, dans la genèse des fugues de M. P., à des faits psychologiques, et son cas nous paraît devoir être rapproché de celui que le Prof. Claude exposait dans une leçon récente, où un psychasthénique faisait des fugues consécutives à des déboires professionnels (1). Nous signalerons cependant pour terminer que notre malade a présenté deux symptômes organiques dignes d'être mis en relief : le liquide céphalo-rachidien, par ailleurs tout à fait normal, a montré une tension basse (16 cm. d'eau au manomètre de Claude, dans la position assise) et la ponction lombaire a été suivie d'une parésie du droit externe gauche, parésie en voie de guérison mais qui persiste encore légèrement à l'heure actuelle 5 semaines après la ponction. C'est là sans doute l'indice d'une fragilité particulière du système nerveux, qui permet de faire intervenir dans l'appréciation du malade la notion de terrain.

Obs. IV. — M. D., 35 ans, mécanicien-ajusteur, est venu en avril dernier à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale pour des tremblements dans les membres supérieurs qui sont accusés au point de l'empêcher de tra-

(1) Prof. H. Claude. — Fugue psychasthénique. *Journal des Praticiens*, 24 février 1923.

©BIUM

vailler. Il se plaint également de céphalée occipito-frontale, peu vive mais presque permanente. En outre : syndrome psychique de dépression. Crises anxieuses : il est heureux au lever et brusquement, en allant à son travail, il est pris d'une peur indéfinissable qu'il lui arrive quelque chose. Ça le travaille dans la tête, il a le sentiment d'être suivi par quelqu'un. Il se croit poursuivi par les gendarmes. A toujours une appréhension comme s'il avait volé, comme si quelqu'un allait lui « arriver sur le dos ». Sensation intermittente de « tête vide », sans absences ni vertiges vrais : reste alors 5, 6 ou 10 minutes sans rien faire, sans pensée précise, mais sans inquiétude. Parfois la fin du travail le surprenait ainsi, et il se trouvait tout ennuyé de devoir quitter l'atelier. Fatigabilité psychique et physique. Quelques petites fugues avortées : certains jours de semaine, au lieu de travailler, va se promener le long de la Seine, sans but, sans songer à rien. S'interrogeait ensuite et s'étonnait de se voir en promenade au lieu d'être au travail, mais avait conscience de tout ce qu'il faisait. Le malade accuse une diminution de sa mémoire, une incapacité à faire les petits calculs simples que nécessite son métier.

Ce syndrome s'est très accusé depuis 2 à 3 mois, sans épisode aigu ou fébrile, sans grippe intercurrente, mais il y existait déjà des phases d'appréhension vagues depuis longtemps et M. D., en se remémorant ses souvenirs d'enfance, nous décrit son caractère comme celui d'un anxieux et d'un instable. Il a été fortement commotionné en décembre 1916 : un obus tombé à 3 mètres à sa gauche éclate, mais aucun fragment ne l'atteint. Le malade était debout, reste immobile sans pouvoir parler, puis tombe sans conscience et demeure ainsi pendant une heure et demie. Transporté au poste de secours, il reste 3 semaines sans remonter en ligne. En 1917, il est envoyé en Orient où il contracte la malaria et revient en France chroniquement impaludé. A son retour, gros choc moral, a été abandonné et volé par sa femme. Refait sa vie tant bien que mal, se remarie, vivait heureux, dit-il, avec sa seconde femme, jusqu'à ce que la maladie l'obligeât à interrompre son travail. Le malade n'est pas éthylique, ne croit pas avoir eu la syphilis.

A l'entrée dans le service, aspect déprimé et anxieux. Caractère très doux et serviable, pas de revendication ni de pithiatisme apparent. Orientation bonne, pas de troubles objectifs du jugement ni de la mémoire. Céphalées et rachialgie. Sueurs profuses, dermographisme, réflexes pilomoteurs intenses, palpitation. Apparence de dysarthrie, en

©BIUM

réalité plutôt bégaiement avec émotivité. Tremblement très accentué de la main droite et de l'orbiculaire des lèvres. Pupilles inégales, réactions iriennes légèrement paresseuses. Soupçon de P. G., qu'aucun des divers résultats fournis par la ponction lombaire ne peut confirmer sinon une réaction de floculation positive, dont nous avons déjà discuté la valeur (1).

Pression artérielle abaissée, urée du sang 0,40, épreuve de la phénolsulfonephtaléine : 35 0/0 en 1 heure. Bordet-Wassermann négatif dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien.

Traitement : cacodylate à hautes doses et gardénal. Le malade quitte le service après 3 semaines, amélioré, beaucoup moins anxieux. Deux mois se passent assez bien, il travaille, puis vient une période de chômage qui le tourmente beaucoup.

A la fin septembre, soit 3 mois après sa sortie, revient. A fait une fugue de 3 semaines loin du domicile conjugal, ne saurait dire pourquoi. Il avait retrouvé à s'employer mais il a perdu le goût du travail brusquement, sans raison. Quitte son patron après s'être fait payer 500 fr., reste quelques heures chez lui à ne rien faire, rôde dans les rues en sentant une inquiétude vague le ressaisir et ne pouvant retrouver, malgré son désir, le courage de reprendre son travail. Il part un soir, prend un billet pour Creil, puis s'en va à pied dans la Somme, passe par des villes dont il n'a pas demandé le nom, marche sans arrêt et quoiqu'ayant les pieds meurtris et ensanglantés. S'est retrouvé un matin sur une route près de Dunkerque et tout étonné de se trouver là. Il lui restait 50 francs, il revient en chemin de fer, de nouveau tout à fait lucide et repentant, se rend chez sa sœur n'osant affronter sa femme. Celle-ci pourtant ne lui fait pas de reproches, mais le renvoie elle-même au Dispensaire.

L'interprétation de ce cas nous semble difficile et reste pour le moment en suspens. L'abondance des symptômes psychasthéniques nous inciterait à le rapprocher du malade précédent, mais la présence d'une inégalité pupillaire, d'un Argyll incomplet, joints à la réaction de floculation positive dans le liquide nous oblige à réserver le diagnostic à l'heure actuelle. L'évolution démontrera s'il n'y a pas lieu de

---

(1) Sur la significatisn de la réaction de floculation dans la syphilis nerveuse, voir St. MUTERMILCH, 2e Réunion biologique neuro-psychiatrique à l'Asile Ste-Anne, *Encéphale*, juillet 1923, p. 523, et R. DUPOUY, *Ibid.*, *Encéphale*, p, 529.

craindre que la fugue de M. D. n'ait été symptomatique d'une paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale au début.

⁂

On le voit, ces malades ne semblent pas, à première vue, faciles à réunir entre eux et les éléments cliniques comme les facteurs étiologiques possibles paraissent, dans tous ces cas, fort différents. Une analyse un peu serrée permet cependant de se rendre compte que certains des symptômes que nous avons énumérés se retrouvent dans les quatre observations.

Et d'abord, c'est la grande *émotivité* qui est propre à tous ces individus si divers. Les deux adolescents dont nous avons rapporté les observations sont des débiles émotifs, nos deux adultes sont des psychasthéniques, des scrupuleux, des douteurs, ils présentent un état permanent d'anxiété et d'angoisse, leur visage est contracté. Nos quatre malades montrent tous les signes d'une irritabilité particulière du système vago-sympathique. Il s'agit, dans tous ces cas, de sujets aux réactions vaso-motrices et sécrétoires vives, prompts aux larmes, à l'éreuthose, au dermographisme, avec sensations de froid aux extrémités, bouffées de chaleur au visage, réflexes pilo-moteurs vifs. Les recherches biologiques montrent un R. O.-C. accusé, les réactions aux agents pharmacodynamiques sont intenses. On commence à connaître le rôle du système vago-sympathique dans la genèse et dans le déclanchement de l'émotion ; c'est donc chez des individus prédisposés à ressentir vivement toutes les émotions, émotions fortes comme émotions banales de la vie courante, que sont apparues ces fugues — chez des individus moins capables que d'autres d'opposer aux entraînements affectifs la barrière d'une raison bien ordonnée et d'une volonté ferme.

Ce qui nous paraît, en effet, la cause essentielle de la fugue, c'est la suprématie brusque, chez ces sujets, d'un état affectif. Toutes barrières sont renversées, l'anxiété domine tout : amour de la famille, contrainte

©BIUM

professionnelle, devoirs sociaux. Placés en face d'une situation insoluble, ou même simplement irritante pour eux, de tels malades réagissent par une fuite hors des conditions et du décor de leur vie quotidienne. Les raisons peuvent en être diverses : diminution de la résistance psychique, par apparition de la phase dépressive chez le petit cyclothymique de l'observation N° II — exaspération d'un « sentiment d'infériorité », selon l'expression d'Adler, survenant par paroxysmes chez le jeune débile hérédo-morphiné de l'observation N° 1 — ou bien encore crises aiguës d'anxiété, de doute et de mécontentement, comme chez le psychasthénique de l'observation III, et peut-être chez celui de l'observation IV ; dans tous les cas, une période apparaît où les tendances profondes des malades l'emportent sur les notions plus superficielles que leur a inculquées l'éducation. C'est à la suite d'un tel envahissement du conscient par l'inconscient que se sont produites, selon nous, les fugues de nos divers malades.

Nous serions disposés à dire davantage : c'est bien comme une *manifestation de la vie inconsciente* que *toute* fugue nous semble devoir être envisagée, et ceci qu'elle soit mnésique ou non, et même consciente ou non : si les détails de l'exécution peuvent être conscients, une fois la fugue engagée, les motifs réels, comme dans tout acte inadapté, en demeurent inconnus pour le sujet. C'est pourquoi il est pour ainsi dire impossible de rencontrer des fugueurs entièrement et complètement mnésiques : il existe toujours, au début, une petite phase d'obscurcissement, d'embrumement de la conscience ; dans toute fugue, il y a une part d'automatisme.

Mais la notion de cette souveraineté subite acquise par les forces subconscientes, si elle permet, croyons-nous, de mieux comprendre la pathogénie des fugues, ne nous explique pas cependant pourquoi certains individus font seuls des fugues, et pourquoi d'autres, tout aussi débiles ou tout aussi psychasthéniques, en

©BIUM

proie à des difficultés identiques, n'en font pas. Il y a plusieurs façons, en effet, de fuir hors de la vie quotidienne : l'hystérique réagit par une fuite dans la maladie, le schizophrène ou le schizoïde par une fuite dans le monde imaginaire de son autisme. Ce sont là des fuites purement mentales, des fuites immobiles, si l'on ose dire. Mais il est des individus dont la fuite est réelle, active ; ceux-là font leur fuite dans la déambulation, leur fuite mentale dans la fuite motrice.

Le problème de la fugue consiste justement à comprendre pourquoi leur inconscient se révèle ainsi, non sous une forme quelconque, mais sous la forme d'un automatisme ambulatoire. Nous croyons que c'est parce qu'il existait chez ces malades un *élément constitutionnel* particulier. C'est ainsi que nous rencontrons dans notre premier cas une notion héréditaire importante : ce jeune insuffisant pluri-glandulaire et insuffisant psychique par intoxication fœtale a, dans ses ascendants collatéraux, un oncle qui, sans être un fugueur au sens précis du mot, a néanmoins fait preuve, sa vie durant, d'une instabilité motrice réellement pathologique, courant les mers sans arrêt, toujours en quête d'aventures nouvelles et lointaines. Il est permis de penser que, chez cet adolescent, la fugue n'est que la manifestation d'une tendance innée atavique, d'une tendance constitutionnelle (1). Cette tendance, réfrénée dans les périodes de calme, devient toute-puissante, au contraire, au moment des périodes de trouble, d'émotion, de jalousie.

Quant à l'existence, chez certains êtres, d'un telle tendance atavique, elle nous paraît indubitable. Combien nombreux sont-ils ces individus incapables de sédentarité et qui, suivant leur situation sociale, déambulent sans arrêt à travers les palaces et sur les paquebots internationaux, ou seulement le long de routes

(1) L'un de nous, dans un livre publié avec le Prof. Joffroy (*Fugues et vagabondage*, Alcan, édit., Paris, 1909, pp. 216 à 227), avait étudié sous le nom de « paranoïa ambulatoire » des cas assez voisins, mais nous en considérons aujourd'hui l'élément paranoïaque comme secondaire à une ambulomanie constitutionnelle primitive.

©BIUM

départementales ! Nous-mêmes, au Dispensaire de Prophylaxie mentale, nous en voyons arriver souvent, et, tout récemment encore, nous avons pu étudier longuement dans le service un jeune homme de 17 ans qui se refusait à tout travail dans une agglomération urbaine quelconque, en raison de son désir, formellement exprimé, de vivre une vie de liberté et d'aventures. Son hérédité pouvait servir à comprendre cette tendance : son père et ses oncles, dans les deux lignées, avaient tous mené une existence aventureuse, comme soldats de l'armée coloniale, comme légionnaires ou comme émigrants. Nous avons étudié d'aussi près que possible, d'après les renseignements anamnestiques, la vie des ascendants de ce malade. Ils s'étaient montrés entièrement adaptés à leur existence de soldats ou de colons, n'avaient pas déserté ni changé constamment de profession : c'étaient des nomades plus que des instables, pour qui les changements de climats et de paysages étaient une nécessité.

Ces nomades par irrésistible instinct ne sont donc pas forcément des fugueurs : nous avons vu que la fugue était la résultante d'un conflit entre le conscient et le subconscient, et un tel conflit ne se produit que chez certains. Mais quand on trouve un nomade dans l'ascendance d'un fugueur, il est licite, croyons-nous, de remonter à une notion plus générale, celle de constitution. Il ne s'agit pas de tomber dans des démonstrations tautologiques, ni de vouloir expliquer, à la suite du médecin de Molière, la dromomanie par une constitution dromomaniaque et la fugue par une tendance aux fugues. On essaye seulement de rattacher une manifestation clinique transitoire, la fugue, à une notion plus générale et plus permanente, quoiqu'encore obscure, celle de constitution. La première n'est pas expliquée par la seconde, elle lui est simplement subordonnée. C'est dans ce sens seulement que nous nous permettrons de dire que, dans l'observation n° I, par exemple, le mécanisme de la fugue pourrait être envisagé ainsi : débilité psycho-physique par hérédo-morphinisme — émotivité diffuse — anxiété chroni-

©BIUM

que — crises de jalousie et de mécontentement se résolvant en fugues, chez un sujet dont l'oncle a été un nomade toute sa vie et qui peut lui-même être considéré comme un *ambulomane constitutionnel.*

⁂

L'étude de quelques cas de fugue à diagnostic étiologique difficile nous a entraînés à des considérations sur le mécanisme et l'étiologie des fugues en général. Ayant été amenés ainsi à élargir notre sujet, nous nous permettrons d'ajouter quelques remarques relatives aux caractères cliniques et aux formes cliniques des fugues.

En ce qui concerne les *caractères cliniques* du syndrome, il y aurait lieu, croyons-nous, de distinguer, au point de vue symptomatologique, deux grandes sortes de fugues : les fugues *répulsives* d'une part, impulsions plus ou moins irrésistibles et conscientes, que l'alcoolique, l'anxieux, le confus, le persécuté mélancolique, le commotionné ou l'émotionné éprouvent à fuir l'endroit où ils se trouvent — les fugues *propulsives*, d'autre part, qui poussent vers un endroit déterminé le déséquilibré mental, l'halluciné à voix impérative ou l'hypomaniaque. C'est ainsi que nos malades 2 et 3 ont fait des fugues vers des endroits où les rappelaient des souvenirs heureux. Les deux mobiles peuvent d'ailleurs se trouver réunis chez le même sujet, mais remarquons que l'existence de fugues propulsives, à but précis, est une réponse probante à ceux pour qui la fugue serait un acte instinctif banal et dont tout le monde serait capable.

En outre, quand on étudie le point spécial, important en matière d'expertise et de médecine légale, qu'est le degré *d'irrésistibilité* de la fugue, il faut insister sur le fait que la fugue peut être considérée, en somme, comme la résultante de deux facteurs : la puissance de la force agissante et la diminution de la résistance psychique. La force agissante, nous venons de la rappeler : bouffée hallucinatoire aiguë, choc émotionnel, accès anxieux... La diminution de la résis-

©BIUM

tance psychique, elle peut être acquise et passagère (ivresse), acquise et progressive (démence organique, démence sénile...). Elle peut être également congénitale (arriération mentale, déséquilibre constitutionnel). Il est évident que le coefficient de ces deux facteurs est inverse l'un de l'autre et qu'une appréciation exacte du fugueur consistera avant tout dans un dosage de ces deux éléments, l'un extérieur, l'autre intérieur à l'individu. On voit donc que ce n'est pas seulement au point de vue étiologique, c'est également à un point de vue purement clinique que dans l'étude des fugues on est obligé de faire intervenir la notion de constitution.

C'est ainsi que l'alcool agira à la fois dans les deux sens, en exaltant l'impulsivité latente de l'individu, l'acuité de ses désirs et de ses tendances, et en diminuant son pouvoir de frénation volontaire. Aussi rencontre-t-on souvent chez les fugueurs l'existence d'un appoint alcoolique sans lequel la fugue ne se serait pas accomplie ; c'est, il nous semble, en particulier le cas de l'observation N° III.

La *conscience* de la fugue enfin, point si discutée, est très diverse. Elle peut varier depuis l'inconscience totale du dément complet ou du confus, jusqu'à la conscience presque entière du capricieux instable.

Nous avons déjà indiqué que toute fugue comporte une phase d'obnubilation, un certain obscurcissement, plus ou moins net et plus ou moins passager, de la conscience. C'est pourquoi ce facteur conscience ne saurait caractériser une fugue et, en particulier, ne saurait servir à différencier deux grands types cliniques de fugues que nous voulons brièvement opposer pour terminer : la fugue psychasthénique et l'automatisme ambulatoire prétendu épileptique.

⁂

La *fugue du psychasthénique* est très proche de celle du débile et du déséquilibré. Elle survient chez des sujets à constitution émotive : l'émotivité, nous l'avons

©BIUM

vu, est inhérente au syndrome, si elle est incapable de le justifier entièrement à elle seule. Facilement impressionnés et inquiets, manifestant des tendances scrupuleuses, obsédantes, phobiques, offrant un état particulier de fatigabilité mentale et musculaire, « myopsychique », pour reprendre l'expression de Joffroy, ces sujets se laissent envahir et dominer par leurs émotions, et l'anxiété qui naît en eux à la faveur d'un choc quelconque, traumatique ou émotionnel, les incite à fuir (fugue répulsive). D'autre part, l'alcool qu'ils se sentent poussés à absorber pour « se donner du ton » ou pour « noyer leur chagrin » fait émerger, de la subconscience où ils étaient refoulés, certains désirs, notamment des sexuels, et la fugue qui était primitivement une réaction de défense, une fuite, devient secondairement une poursuite, voire une agression. La fugue de notre malade P. (obs. III) s'explique facilement ainsi.

Ces psychasthéniques se plaignent fréquemment d'éprouver de la céphalée, apicale, nucale, bi-temporale, en clou, en étau en casque... ainsi que des vertiges, principalement le matin ou bien après les repas, et liés sans doute à une atonie gastrique et intestinale habituelle chez eux. Cette céphalée et ces vertiges ne doivent pas être pris pour des stigmates épileptiques.

L'émotion et l'appoint alcoolique sont tous deux des facteurs de dysmnésie ; à plus forte raison leur association s'accompagne-t-elle de lacunes dans les souvenirs et la fugue qu'elle conditionne sera-t-elle en partie amnésique, risquant encore d'être confondue avec une manifestation comitiale.

Enfin, si l'anxiété est à son comble, ou que l'alcoolisation secondaire aille jusqu'à l'ivresse, l'inconscience peut être à peu près totale, et la fugue revêtir l'aspect de l'automatisme confusionnel. Durant la guerre, on a pu fréquemment observer partout de ces fugues bizarres, provoquées par cette étiologie compliquée, et certains cas d'ivresse délirante avec automatisme ambulatoire presque totalement amnésique, attentats sexuels ou agressions meurtrières, relèvent également de ce mécanisme.

©BIUM

Reste *l'ambulation épileptique.* Il est étrange que les grandes fugues dites épileptiques depuis l'observation célèbre de Charcot, aient comme principal caractère de survenir chez des sujets qui ne présentent aucune manifestation typique, c'est-à-dire convulsive, de l'épilepsie. Et il paraît bien fragile de s'appuyer sur un symptôme aussi banal que le vertige pour affirmer que l'origine du phénomène est certainement épileptique, d'autant que ce vertige, allégué plus ou moins nettement par le malade ou admis en principe par le médecin, n'a presque jamais été observé par celui-ci. La céphalée et le vertige existent aussi bien chez le psychasténique, chez l'obsédé, chez l'intoxiqué (alcoolique, tabagique) que chez l'épileptique ; ces deux signes nous semblent insuffisants pour établir un diagnostic.

L'un de nous a personnellement étudié un grand nombre d'épileptiques, à Saint-Yon notamment, où il a eu durant deux ans le service des quartiers spécialement affectés à cette catégorie de malades ; jamais il n'a observé un cas de grande fugue coordonnée. Par contre, en dépouillant une quantité d'observations de fugues rapportées à l'épilepsie, et en étudiant lui-même différents grands fugueurs, il n'a jamais constaté chez eux un accident probant d'épilepsie. Cette opposition est déjà impressionnante, et si l'épilepsie n'aboutit que rarement à la fugue, il devient d'autant plus difficile de conclure de la fugue à l'épilepsie.

Analysons au surplus les impulsions et les fugues de l'épileptique vrai, dont les attaques convulsives ou les vertiges avec pâleur subite, généralement acompagnée de quelques contractions toniques ou de quelques petites secousses convulsives des yeux ou de la face, ont eu lieu devant nous. Abstraction faite des réactions mnésiques et conscientes dues à l'irritabilité pathologique de ces malades, et qui tiennent au caractère anormal du sujet et non pas à une « crise » comitiale, ces impulsions et ces fugues se produisent en état confusionnel. Voyons ces malades durant la fugue et interrogeons-les : ils sont égarés et désorientés, leur mise est en désordre, leur attitude étrange, inquiète,

terrifiée ou hébétée ; ils courent au hasard, tombent, se souillent, satisfont leurs besoins n'importe où et n'importe comment ; ils répondent à peine ou de travers, inintelligiblement, aux questions posées ; ils sont excités, gesticulants, haletants, souvent hallucinés. L'accès d'épilepsie psychique, post-convulsive ou vertigineuse, se termine enfin par une période de sommeil analogue au coma qui suit l'attaque.

La grande fugue, mise à tort, selon nous, au compte de l'épilepsie, se présente autrement. Le sujet est lui aussi désorienté, mais il se comporte avec des apparences correctes ; ses vêtements sont en ordre, ses gestes mesurés, sa respiration normale ; son automatisme n'a pas les allures agitées, précipitées, anxieuses du confus halluciné. Il paraît, comme celui dont l'histoire a été longuement rapportée au Congrès de Dijon, en 1909, vivre un rêve, à images fixes ou mobiles, mais non terrifiantes, laissant s'accomplir avec régularité, pertinence, cohérence, le jeu de l'activité réflexe. Les réponses sont faciles à obtenir et appropriées aux questions si celles-ci sont banales ; les actes, la marche, la satisfaction des besoins journaliers s'exécutent sans choquer l'observateur ; ces malades s'habillent, se meuvent, prennent leurs repas, urinent, se couchent automatiquement mais correctement, sans témoigner d'émotion particulièrement intense ; ils sortent de leur état automatique ou second sans éprouver l'insurmontable besoin de dormir des précédents. Ils sont très différents des épileptiques ; ils rappellent plus le dormeur que l'anxieux.

Et c'est pourquoi, après avoir dit ce qu'ils n'étaient pas, nous voudrions dire ce qu'ils sont : nous les assimilons aux somnambules. L'un de nous observe actuellement une famille dont plusieurs membres sont somnambules. La mère, dans sa jeunesse, a présenté du somnambulisme ; un de ses fils a eu, lui aussi, en bas âge, quelques manifestations légères de même nature ; un autre, indemne, a deux enfants dont l'un est franchement somnambule, se levant la nuit pour aller fureter dans l'appartement et accomplir certains actes qu'il

©BIUM

ne se rappelle aucunement au réveil ; le second n'est pas somnambule mais offre parfois, étant éveillé, un très curieux phénomène d'automatisme idéo-moteur : il se tient auprès de son lit et, *durant des heures*, secoue son mouchoir comme on fait, en geste d'adieu, sur un quai de gare ou d'embarcadère, en même temps qu'il saute sur ses pieds ainsi qu'en un pas gymnastique sur place. Son masque se modifie ; son regard se fixe et devient étrange ; il s'encolère si son frère fait mine de troubler son activité automatique et quand on l'interroge, il répond qu'il se croit en train de faire un voyage lointain et imagine des aventures extraordinaires vite oubliées ; c'est là de l'automatisme ambulatoire sur place, une fugue imaginative en chambre, avec manifestations motrices inconscientes et fugacité du souvenir.

L'automatisme ambulatoire de ces grands fugueurs auxquels nous faisons allusion n'est pas de l'épilepsie : c'est du *vigilambulisme*, en tous points analogue au somnambulisme classique, rattaché jadis à l'hystérie et certainement très voisin de cette névrose s'il ne se confond point avec elle.

©BIUM

LE MÉDECIN D'ASILE ET LES FAMILLES D'ALIÉNÉS

Par M. A. RODIET

Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

Les relations avec les parents des aliénés de son service sont, parmi les obligations du médecin d'asile, l'une des plus intéressantes, mais aussi parmi les plus pénibles.

En effet, lorsque le médecin, pour bien soigner son malade, s'efforce de connaître ses antécédents héréditaires et personnels, les débuts de son affection mentale, ses causes déterminantes et occasionnelles, il se heurte à de nombreuses difficultés. Du malade lui-même, il est bien rare qu'il puisse obtenir tous les détails indispensables à son observation. A ses questions et à l'examen direct, le malade oppose l'incohérence des réponses, la fabulation, parfois la mauvaise volonté et la confusion des idées qui résultent de son état mental.

Quant aux familles, pour aussi précis que soit l'interrogatoire écrit à elles envoyé, les réponses sont le plus souvent très difficiles à débrouiller, soit parce qu'elles ne sont pas comprises, soit parce que, dans une intention impossible à définir, les parents ne répondent pas ou répondent à côté de la question. Dans nos services, nous utilisons l'excellent questionnaire utilisé depuis longtemps à l'asile de Villejuif par M. Toulouse et que nous reproduisons ci-dessous, parce qu'il nous paraît ausi clair et aussi complet que possible :

©BIUM

Feuille de renseignements

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS AU MÉDECIN TRAITANT

Prière de répondre à chacune de ces questions et de faire précéder la réponse du numéro de la question. Ces renseignements sont remis au médecin, soit directement, soit sous pli fermé par l'intermédiaire du surveillant en chef.

1. — Est-ce la première fois que le malade a des troubles intellectuels ?

Si non, quels étaient-ils et à quelle époque se sont-ils produits ?

Combien de temps ont-ils duré ?

Ont-ils nécessité l'internement et la guérison a-t-elle été complète ?

2. — Le malade a-t-il eu des convulsions, des crises nerveuses avec perte de la conscience, des étourdissements, des attaques, des paralysies, des pertes de connaissance ?

Spécifier, approximativement au besoin, à quelle époque.

Dans ces circonstances avait-il la parole embarrassée, urinait-il sous lui, se mordait-il la langue ?

3. — Etant enfant, le malade a-t-il été précoce ou en retard ?

Quel est son degré d'instruction ?

Avant la maladie actuelle, quels étaient : 1° le degré de l'intelligence, — 2° la conduite, — 3° le caractère, — 4° les aptitudes professionnelles ?

4. — Quel genre et quelle quantité de boisson prenait-il au repas ? Le malade a-t-il fait, et à quelle époque, usage de cognac, de rhum, d'eau-de-vie, d'absinthe, de liqueurs quelconques ? — Prenait-il habituellement des médicaments (morphine, cocaïne, éther, chloral, bromure, iodure) ?

5. — Comment s'exerçaient les fonctions digestives ? — Le sommeil était-il bon ?

Si ces fonctions ont été troublées, spécifier à quelle époque.

6. — Quelles sont, d'après vous, les causes de la maladie actuelle ?

Le malade a-t-il éprouvé des deuils, des pertes, des contrariétés ?

A-t-il fait des excès, s'est-il surmené ?

A-t-il eu une maladie physique telle que fièvre typhoïde, grippe, érysipèle, tuberculose, syphilis, etc ?

7. — A quelle époque s'est-on aperçu des premières modifications de l'état mental ?

Indiquer les faits qui ont le plus frappé.

©BIUM

A-t-on constaté, et depuis quelle époque, une diminution ou une perturbation : 1°. du jugement, 2° de la mémoire, 3° des sentiments effectifs, 4° de la conduite et de la tenue, 5° des aptitudes professionnelles ?

Citer des faits.

8. — Quelles sont les raisons qui ont provoqué le placement dans la maison de santé ?

9. — Le malade était-il chez lui excité, violent, dangereux? Citer des faits.

10. — A-t-il été triste, déprimé, désireux de la mort ?

A-t-il manifesté des idées de suicide ?

Refusait-il de s'alimenter ?

11. — A-t-il été préoccupé d'une façon exagérée par sa santé ?

12. — A-t-il manifesté une satisfaction, un contentement sans motif ou déraisonnable ? Avait-il des idées de grandeur, de richesse, de puissance, non motivées ?

13. — S'imaginait-il avoir des ennemis, être poursuivi, persécuté, etc. ?

14. — Les sentiments religieux s'étaient-ils modifiés ?

15. — Le malade voyait-il, entendait-il des personnes qui n'existaient pas ? ?

Sentait-il des odeurs qui n'existaient pas ?

Sentait-il dans la bouche, en mangeant, des goûts qui ne répondaient pas à la réalité ?

Eprouvait-il sur le corps ou en lui-même des sensations qu'il attribuait à une intervention étrangère ?

16. — Le malade a-t-il commis des actes indélicats, immoraux, délictueux ?

S'est-il livré à des excentricités, à des bizarreries ?

Il semblerait que toutes ces questions, simples et adaptées à la mentalité de gens même peu instruits, devraient recevoir une réponse précise. Or, il n'en est pas ainsi, et nous constatons chaque jour combien il est difficile de faire état des renseignements qui nous sont envoyés, et surtout nous observons que les réponses écrites contredisent les témoignages verbaux recueillis par le commissaire de police lors de l'arrestation du malade ou les dépositions faites à l'infirmerie spéciale, lorsque les parents sont appelés à fournir des renseignements sur la maladie et les raisons qui nécessitent l'internement. Si les indications écrites sont

©BIUM

difficiles à obtenir, c'est encore bien autre chose lorsqu'il s'agit des indications verbales. Incompréhension, mendacité et mauvaise foi de la part des familles, tels sont les obstacles qui déconcertent le médecin soucieux d'établir une observation complète.

Autrefois, interne, et maintenant, praticien, j'ai bien étudié ces faits en suivant assidûment pendant plusieurs années les cliniques si originales et si vivantes de l'infirmerie spéciale, où sont amenés les aliénés pris, pour ainsi dire, en flagrant délire d'acte insensé, soit chez eux, soit dans la rue. Ces mêmes malades et leurs familles, vus à l'infirmerie spéciale, je les retrouve quinze jours plus tard dans mon service. Souvent, leurs propos et leur attitude ne sont plus les mêmes.

Quand l'aliéné est devenu gênant, lorsqu'il faut obtenir le certificat d'internement, les parents insistent avec énergie sur les paroles et les actes qui peuvent provoquer cet internement, et encore à la condition de ne pas se trouver en présence du malade, afin de ne prendre aucune responsabilité et, plus tard, de ne pas encourir de reproches.

Après quelque temps, lorsque l'aliéné demande sa sortie de l'asile, la famille se retourne contre le médecin pour exiger cette sortie, souvent prématurée, et on recueille des réponses telles que celles-ci, prises sur le vif et textuelles : « Je ne dis pas qu'il n'a pas « eu une maladie de nerfs, mais c'est par moments. « On ne peut pas dire qu'il ait le cerveau malade ; il « n'a jamais été fou, c'est vrai qu'il a tiré des coups « de revolver, mais c'est par frayeur et pour se défen« dre. Je ne comprends pas qu'on le garde enfermé. » Or, il s'agit d'un persécuté alcoolique chronique, interné pour la quatrième fois, et chaque fois après un acte médico-légal, et c'est la femme qui parle, insistant pour obtenir la sortie — ou encore une mère dit, quinze jours après avoir réclamé l'internement de son fils : « Il est trop intelligent : c'est *un avenir ?* (*sic*). « Je sais bien que dans un moment d'excitation — chez « nous — il pourrait nous étrangler ; il a déjà essayé, « mais je demande à ce qu'il nous soit rendu. » Il s'agit d'un dément précoce hébéphrénique avec impul-

©BIUM

sions dangereuses. Par ces exemples, et chacun de nous pourrait en citer un grand nombre, on se rend compte de l'état d'esprit des parents qui viennent visiter les aliénés.

Nous avons, en réalité, toutes les raisons possibles de nous montrer défiants à l'égard des familles qui nous font des promesses illusoires pour obtenir la sortie de leurs malades, de même que, en ce qui concerne cette sortie, on s'explique la prudence des administrations qui, avec nous, en assument la responsabilité. Les rapports des commissaires de police et les certificats d'internement des médecins sont établis d'après des documents que nous ne connaissons pas dans tous les cas. Ce que nous savons c'est qu'ils résultent des premières dépositions des familles et des enquêtes conduites dans l'entourage de l'aliéné. Défiance et scepticisme deviennent légitimes à l'égard de ceux qui ont soutenu ces dépositions, lorsque plus tard ils les renient et les démentent avec la même énergie.

La tâche du médecin d'asile serait moins ingrate si les parents du malade lui facilitaient sa besogne. Il faudrait pour cela : 1° qu'ils donnent des renseignements véridiques ; 2° qu'ils ne s'obstinent pas, dans bien des cas, à visiter un malade agité ; 3° qu'ils se résignent à ne pas solliciter des sorties prématurées et à se conformer, pour toutes les décisions, au jugement et à la conscience du médecin.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 29 OCTOBRE 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

MM. Allamagny, Beaudouin, Ceillier, Collet, Demay, Halberstadt, Olivier (de Blois), Quercy, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

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

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Revault d'Allonnes qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une invitation de la Société Suisse de psychiatrie à sa prochaine réunion qui aura lieu à Berne les 17 et 18 novembre 1923 et sera consacrée à la discussion du sujet suivant : « Psychoanalyse et Psychiatrie » ;

une lettre de M. Hesnard (de Bordeaux) qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une commission, composée de MM. Claude, Dumas, Toulouse, est désignée pour examiner cette candidature ;

une lettre de M. Potel, qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Antheaume, G. de Clérambault, Leroy, est désignée pour examiner cette candidature ;

une lettre de M. Reboul-Lachaux (de Marseille), qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Briand, Colin et Dupain est désignée pour examiner cette candidature ;

une lettre de M. Daniel Santenoise, chef de Clinique à l'Asile Sainte-Anne, qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une

©BIUM

commission composée de MM. Claude, G. de Clérambault, Sérieux, est désignée pour examiner cette candidature.

Les rapports seront lus à la séance de novembre et il sera procédé à cette séance aux élections de membres correspondants.

M. ANTHEAUME, *président.* — Mes chers Collègues, la mort depuis quelques mois frappe cruellement notre Compagnie ; à la séance de juillet dernier, nous déplorions la perte de notre ancien Président Ph. CHASLIN, aujourd'hui, j'ai le vif regret de vous annoncer le décès de deux de nos Collègues jouissant de l'estime générale P. Kéraval et E. Lallemant.

Kéraval était membre de la Société Médico-Psychologique depuis le 23 novembre 1897. Successivement chef du service à l'Asile de Vaucluse, puis à l'Asile Sainte-Anne, après un long séjour en qualité de médecin-directeur de l'Asile d'Armentières, il était apprécié de tous ses collègues pour ses qualités de droiture et de franchise. Il laisse le souvenir d'un médecin de grande érudition très au courant de toute la bibliographie étrangère, grâce à ses qualités de travail persévérant et à sa connaissance des langues étrangères. Très versé dans l'étude des langues indo-orientales et notamment du chinois et du sanscrit, il était fort au courant de la littérature scientifique allemande et anglaise. Il a collaboré activement à de nombreux périodiques de notre spécialité et entr'autres mémoires, a publié un livre fort intéressant sur l'origine du langage. Il a pris sa retraite il y a quelques années, quittant son service de Sainte-Anne pour prendre un repos qu'il avait bien mérité. Médecin en Chef honoraire des Asiles de la Seine, Chevalier de la Légion d'Honneur, il avait été au mois d'août dernier, compris dans la promotion des Aliénistes auxquels le Ministre de l'Hygiène a décerné la Médaille d'Or de l'Assistance Publique en raison de leurs carrières bien remplies.

Je suis certain d'être l'interprète de tous les mem-

©BIUM

bres de la Société en transmettant à sa veuve et à ses enfants l'expression de nos condoléances.

Ernest LALLEMANT appartenait à notre Compagnie en qualité de membre correspondant depuis l'année 1898. Ancien Médecin-Directeur de l'Asile de Saint-Yon, il est décédé subitement au milieu de sa famille et d'amis réunis auprès de lui le 25 septembre dernier.

Lallemant était interne provisoire des Hôpitaux de Paris quand il fut reçu, en 1883, au concours des Asiles de la Seine. Il fut ensuite médecin du quartier d'aliénés des Hospices de Tours, puis médecin des asiles de Lafond, Maréville, Dijon et Rouen. Entr'autres travaux, je rappellerais le mémoire qu'il a consacré à la folie des vieillards et qui lui fit décerner jadis le prix Aubanel, par la Société Médico-Psychologique. Lallemant ne fut pas seulement un médecin instruit, il laisse le souvenir d'un excellent cœur et d'un aliéniste très attaché à sa profession. Très serviable, il est unanimement regretté de tous ceux qui l'ont connu.

Nous adressons à sa veuve et à son fils l'expression de nos vifs regrets pour sa disparition prématurée.

M. le Président déclare vacantes deux places de membres titulaires par suite du décès de M. Chaslin et du décès de M. Kéraval. Les candidatures seront reçues jusqu'à la séance de novembre, date à laquelle sera désignée la Commission d'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance de décembre.

M. ANTHEAUME, *président*. — Au moment de la reprise des séances de la Société Médico-Psychologique, je suis heureux d'adresser les félicitations de la Société à nos collègues Paul Sérieux, Raffegeau et André Collin qui ont été promus Chevaliers de la Légion d'Honneur, ainsi qu'à MM. Briand, Dupain, Séglas et Vallon, auxquels le Ministre de l'Hygiène a, au mois d'août dernier, décerné la Médaille d'Or de l'Assistance Publique.

©BIUM

L'atrophie musculaire à localisation masticatrice dans la forme chronique de l'encéphalite épidémique. Le syndrome pseudo-bulbaire de l'encéphalite.

Par MM. MOURLON, Henri COLIN et J. LHERMITTE.

Lorsque l'encéphalite « léthargique » fit sa réapparition dans le monde sur le mode épidémique, aussi bien les données de l'expérience passée que les indications fournies par le « génie épidémique » semblaient indiquer que l'on était en présence d'une maladie aiguë voisine de la poliomyélite, c'est-à-dire d'une affection à la vérité susceptible de laisser à sa suite des séquelles plus ou moins sévères, indices de la destruction de certaines régions du névraxe, mais incapable de poursuivre pendant des mois et même des années une évolution insidieuse et sournoise pour aboutir à des syndromes de la plus désespérante ténacité. Les épidémies successives auxquelles nous venons d'assister nous ont montré avec la plus claire évidence que le processus de l'encéphalite pouvait se dérouler en de longues étapes et réaliser des groupements symptomatiques variables, lesquels, en l'absence de la notion de l'encéphalite, eussent paru déconcertants.

Les faits que nous désirons rapporter aujourd'hui ajoutent au tableau clinique, déjà si riche, de l'encéphalite épidémique prolongée (1) une nouvelle expression symptomatique, témoin de l'extension lente du processus morbide à certains noyaux du mésocéphale.

⁂

La malade qui fait l'objet de notre communication a déjà été présentée à la Société médico-psychologique à la séance de mai 1922 (1). Atteinte d'encéphalite

(1) J. LHERMITTE. — Les formes prolongées de l'encéphalite épidémique. *Journal médical français*, avril 1923, p. 143-153.

(2) Un cas d'encéphalite épidémique à évolution chronique et à forme pseudo-bulbaire. *Annales Médico-Psychol.*, juin 1923.

©BIUM

épidémique typique au 7e mois d'une grossesse, cette malade offrait à cette époque un tableau clinique qui nous a semblé digne d'intérêt en raison de certains traits assez particuliers. Parmi les plus suggestifs, nous insistions sur les phénomènes pseudo-bulbaires : sialorrhée intense, dysarthrie prononcée, dysphagie, pleurer et surtout rire spasmodiques, sur l'akinésie, la perte de l'initiative cinétique, contrastant avec la faible intensité de l'hypertonie, de la rigidité musculaire. Nous relevions en même temps l'intérêt des constatations négatives et, en particulier, le manque de symptômes en rapport avec une modification de la voie motrice centrale et de tout phénomène anormal d'ordre réflexe, sensitif, vaso-moteur et *trophique*.

Aussi étions-nous en droit de porter le diagnostic d'encéphalite épidémique à forme pseudo-bulbaire, en rapport, très vraisemblablement, avec une altération profonde des corps striés, dont on sait aujourd'hui le rôle primordial dans le jeu régulier de l'automatisme moteur en général et de l'automatisme de la mimique, de la déglutition et de l'articulation des mots en particulier.

Depuis cette époque, le syndrome pseudo-bulbaire s'est peu modifié. Cependant, des examens répétés nous ont fait apparaître quelques différences qui ne sont pas sans intérêt. Malgré la cessation de tout traitement actif, la sialorrhée a disparu aujourd'hui presque complètement ; la malade conserve encore un masque figé, immobilisé dans un rictus caractéristique, mais il n'existe aucune trace d'hypersécrétion sébacée, le visage n'est point cireux, comme chez la plupart des sujets atteints de syndrome akinéto-hypertonique post-encéphalitique. Le tremblement à type parkinsonien que nous avions observé dès notre premier examen n'est plus appréciable ; il est remplacé par un tremblement à oscillations très rapides et de très courte amplitude, lequel ne se manifeste que pendant l'exécution des mouvements délicats, l'écriture, par exemple.

©BIUM

Au contraire, la langue garde encore un tremblement même dans la position du repos.

L'hypertonie musculaire, très accusée autrefois sur la face et le cou est, à l'heure actuelle, sensiblement moins développée ; elle est à peine reconnaissable sur les membres supérieurs, dont le gauche présentait cependant une rigidité incontestable.

Malgré la disparition presque absolue de l'exaltation du tonus statique et cinétique, les perturbations des mouvements automatiques persistent sans modifications. Pendant la marche, la tête reste immobile, comme empalée, les bras ne présentent plus leurs oscillations rythmiques normales ; si l'on commande à la malade de fermer énergiquement la main, les extenseurs antagonistes ne se contractent que très faiblement, alors que, normalement, leur tension est élevée pour donner aux agonistes une plus grande puissance d'action, grâce à l'augmentation de l'écartement de leurs insertions (signe du poing). Dans le regard latéral, la tête ne suit qu'avec retard le déplacement des globes oculaires. Ajoutons enfin que les signes du moulinet et du renversement en arrière (Souques), qui témoignent aussi de la régression de l'automatisme et des synergies musculaires sont franchement positifs.

Ce qui persiste sans modifications appréciables, c'est, en dernière analyse, la perte de l'automatisme, l'affaiblissement de l'initiative cinétique, l'hypertonie du cou, des muscles faciaux et masticateurs, la dysarthrie, le pleurer et surtout le rire forcé qui, par sa persistance, immobilise parfois le masque dans une expression sardonique.

Si nous n'avons pas encore parlé de l'état des fonctions psychiques c'est que, en réalité, leurs perturbations sont très discrètes et sans grande signification. Assurément, la malade se montre, comme à nos examens précédents, diminuée dans sa capacité intellectuelle, la mémoire est moins bonne, la fatigue survient vite au moindre effort ; peut-être l'affectivité elle-même est-elle légèrement émoussée ; la patiente s'est progressivement adaptée à la triste situation matérielle et morale à laquelle la maladie l'a contrainte, mais si

©BIUM

le chagrin qu'elle éprouve ne peut que difficilement s'extérioriser, elle ne le ressent pas moins douloureusement.

⁂

Parmi les éléments dont est formé le syndrome clinique que présente notre malade et qui, en apparence, ressemble à ce que l'on désigne par « Parkinsonisme post-encéphalitique », bien que dans ce cas on ne retrouve, en vérité, que bien peu d'analogies avec la vraie paralysie agitante de Parkinson, nous désirons attirer l'attention sur quelques phénomènes qui nous semblent dignes d'être retenus.

Le premier de ceux-ci tient dans la *discordance entre les mouvements volontaires et automatiques.* Ainsi que l'un de nous y a insisté à plusieurs reprises (1), le contraste entre la conservation quasi-intégrale de la mobilité volontaire et la réduction de l'activité motrice qui est à la base de l'automatisme *primaire* ou *élémentaire* apparaît très saisissant ainsi qu'il est de règle dans tous les syndromes qui tirent leur origine dans les désordres anatomiques du système strié. Mais, par un de ces paradoxes dont les maladies du système extra-pyramidal sont coutumières, le contraste, la discordance entre les activités motrices volontaires et automatiques peut s'exprimer d'une manière exactement inverse. Ce n'est plus le mouvement automatique qui apparaît réduit et pauvre mais, tout à l'opposé, le mouvement volontaire. Et l'on connaît ces malades qui, à certains moments, peuvent exécuter une série d'actes automatiques : courir, danser, marcher, jouer du piano, alors que leur attitude habituelle se réduit à une immobilité figée. Chez notre malade, nous n'avons observé rien de semblable, mais un petit fait qui, directement, s'y rattache : *la plus grande amplitude de l'écartement des mâchoires au cours du bâillement qu'à la suite du mouvement volontaire.*

(1) Voir en particulier J. LHERMITTE : Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié. *Annales de Médecine*, 1921, et *Revue Neurologique*, 1922.

©BIUM

Le second phénomène consiste dans le *désaccord entre le jeu de la physionomie et le ton émotionnel.* D'une manière habituelle, à l'état statique pourrait-on dire, les traits de la physionomie apparaissent fixés dans l'expression figée de ce ricanement si particulier, sorte de rire persifleur incomplet et comme avorté, qui donne à tous les sujets atteints de syndrome akinéto-hypertonique strié cet air de famille grâce auquel l'affection, au premier coup d'œil, peut être identifiée. Au moindre effort de pensée, à toute émotion, cette expression se renforce et se transforme en la mimique du rire explosif, irrésistible et très prolongé.

Parfois, mais beaucoup plus rarement, ce rire alterne avec une expression incomplète et floue de pleurer forcé et également involontaire. Or, ainsi qu'il résulte des explications catégoriques de la malade, celle-ci n'éprouve, parallèlement au déchaînement du rire ou du pleurer, aucun retentissement émotionnel de même qualité. Aussi bien le rire que le pleurer s'accompagnent du même sentiment de gêne, de contrainte et de tristesse même, qui résulte de l'impuissance où se voit réduite la patiente obligée de laisser, malgré elle, se dérouler une mimique ne correspondant en rien à un état intérieur et dont elle sent de manière très sensible l'inadaptation et selon sa propre expression, « l'absurdité ».

Ainsi que nous nous en sommes assurés à maintes reprises chez les vieillards atteints de syndrome pseudo-bulbaire, d'origine lacunaire, la libération involontaire, automatique de l'expression animique de la joie ou de la tristesse ne s'accompagne pas, *ipso facto*, d'un retentissement effectif de même tonalité. Notre malade n'est pas gaie parce qu'elle rit ni triste parce qu'elle pleure : elle souffre seulement de la perte du contrôle sur ses expressions mimiques et de leur libération momentanée et sans frein.

⁂

Le dernier point sur lequel nous voudrions insister se rapporte aux atrophies musculaires localisées

©BIUM

qui sont si frappantes chez notre malade ; nous avons assisté à leur éclosion et nous en avons pu suivre l'évolution.

Ainsi que nous l'avons expressément relevé lors de la présentation de cette malade en mai 1922, les troubles trophiques musculaires ou autres faisaient complètement défaut. Aujourd'hui, l'on peut constater combien les deux fosses temporales sont excavées, les masses des masseters amaigries, l'omoplate gauche décharnée, l'éminence thénar du même côté aplatie. La palpation de ces régions confirme les données de l'inspection et montre la réalité de l'atrophie des temporaux, surtout à gauche, du sus et du sous-épineux gauches, du court abducteur et de l'opposant du même côté.

Il n'est pas sans intérêt de noter que, malgré leur atrophie, les constricteurs des mâchoires gardent leur hypertonie et que, aujourd'hui comme il y a 2 ans, l'écartement des mâchoires demeure limité.

Le 16 mars 1923, nous avons pratiqué la recherche des réactions électriques des muscles en voie d'atrophie ; celle-ci nous a fourni les résultats suivants :

Temporal droit, Masseter droit : Réactions faradique et galvanique normales.

Temporal gauche : R. farad. diminuée, R. galvan. diminuée, N. > P.

Masseter gauche : R. farad. nulle, R. galvan. diminuée, N. > P.

Trapèze inférieur droit : R. farad. et galvan. diminuées.

Ajoutons que les deux trapèzes supérieurs et les deltoïdes présentaient la *réaction myodystonique* de Söderbergh et des fasciculations à la suite de l'application un peu prolongée du courant faradique.

Le 15 octobre 1923, nous relevions une atrophie plus accusée encore des temporaux et du masseter gauche, un léger amaigrissement du deltoïde gauche, une atrophie très marquée du sous-épineux et de l'éminence thénar gauches. Ici, l'amyotrophie frappe surtout l'opposant, déterminant une gouttière entre le court fléchisseur et le court abducteur, gouttière renforcée par l'abduction passive du pouce.

©BIUM

Les réactions électriques demeuraient sans grandes modifications relativement à celles que nous avait montré le précédent examen.

Temporal gauche, masseter gauche : R. galvan. et farad. hypo., N. > P.

Masseter droit, temporal droit : R. galvan. et farad. subnormales.

Court abducteur opposant : R. galv. et farad. hypo., N. > P.

Deltoïdes : Réaction myodystonique et fasciculations après le passage du courant faradique.

Sous-épineux gauche : R. farad., très hypo. R. galv., P. > N.

Trapèzes : Réactions normales.

De cet examen, deux faits sont à relever : l'atténuation des modifications réactionnelles aux courants électriques dans le temporal et le masseter droits, et le trapèze, l'aggravation de l'atrophie et l'inversion de la formule dans le sous-épineux gauche (réaction de dégénérescence incomplète).

Ainsi qu'on en peut juger, notre malade présente une amyotrophie localisée à certains muscles : éminence thénar, sous-épineux et surtout muscles masticateurs, amyotrophie accompagnée d'une diminution proportionnelle de la force musculaire et de modifications surtout quantitatives des réactions électriques avec, sur le sous-épineux, une réaction de dégénérescence incomplète.

Les amyotrophies semblent devoir être rangées parmi les manifestations, sinon très exceptionnelles, du moins assez rares de l'encéphalite épidémique ; M. Achard, dans la monographie qu'il a consacrée à la maladie, n'en fait pas mention, non plus que M. L. Reys dans son excellente thèse.

Sur un total de 864 cas d'encéphalite, Riley (1) identifie 16 faits compliqués de myélite aiguë, dont 2 dus à Wechsler (2) où le syndrome s'accompagnait d'amyo-

(1) Riley. — The spinal form of epidemic encephalitis. *Archiv of Neurology and Psychiatry*, 1921, n° 4, p. 408.

(2) Wechsler. — Cité par Riley.

©BIUM

trophie limitée aux membres. On retrouve une proportion supérieure dans une statistique personnelle de M. Rietti (1) ; cet auteur, sur un ensemble de 106 cas, a pu observer cinq exemples d'amyotrophie spinale localisée soit à la main, soit à la ceinture scapulaire. Higier (2) cite également plusieurs faits dans lesquels l'atrophie musculaire était manifeste. Dans un travail important sur la maladie qui nous occupe, Félix Stern indique, en résumé, les caractères des amyotrophies consécutives à l'encéphalite, mais sans indiquer le nombre des faits sur lesquels il appuie ses conclusions.

Selon M. Stern (3), l'encéphalite léthargique peut se doubler d'amyotrophies *spinales* ; celles-ci s'installent pendant la phase aiguë de la maladie et persistent, à l'exemple des amyotrophies de la poliomyélite aiguë, sans s'accompagner de troubles de la sensibilité. Dans les faits de ce genre, la faiblesse musculaire apparaît parallèle à l'intensité de la fonte musculaire.

A en juger d'après les documents puisés dans la littérature si copieuse afférente à l'encéphalite, il semble que les amyotrophies distales du membre supérieur ne sont pas les plus rares. Nous trouvons, en effet, plusieurs observations dues à Speidel (4), Nonne (5), F. Stern, Rietti, dans lesquelles on trouve expressément mentionnées des atrophies localisées au *grand dentelé* ; dans deux faits rapportés par Runge (6) et Kraus (7), l'amyotrophie du *serratus magnus* se montrait bilatérale et symétrique.

---

(1) Rietti. — Paralisi del musculo grande dentato consecutiva a l'encefalita letargica. *Rivista di clin. med.*, 1921, n° 7.

(2) Higier. — Beitrag zur Kenntnis der selteneren symptomen und Verlangsarten der epidemischen Enzephalitis lethargica. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk*, vol. 75, f. 4-5, p. 250.

(3) F. Stern. — Die Epidemische Encephalitis. *Monographie*, 1922. Springer.

(4) Speidel. — Spätfolgen der Encephalitis nach Grippe. *Münch. med. Wochen*, 1920, n° 22.

(5) Nonne. — Zum Kapitel der epidemischenstehenden Bulbärmyelitis und Encephalitis des Hirnstamms. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk*, vol. 64, f. 1.

(6) Runge. — Encephalitis epidemica. *Neurologisch. Centralblatt*, 1920, n° 22.

(7) Kraus. — Cité par F. Stern.

©BIUM

Les membres inférieurs semblent beaucoup plus exceptionnellement intéressés. Cependant, ainsi que deux observations curieuses de Hall (1) et de Pribram (2) en témoignent, la musculature du membre abdominal n'est pas absolument à l'abri de l'atteinte de l'amyotrophie. Il est intéressant de noter que dans les deux cas auxquels nous faisons allusion, l'amyotrophie se limitait aux muscles innervés par le sciatique poplité externe.

Si, comme on le sait, les troubles du tonus musculaire s'accusent, avec une prédilection très marquée dans l'encéphalite, sur les muscles de la face, ceux-ci paraissent ménagés par le processus atrophique. Mis à part un fait de Gröbbels (3), dans lequel on relève une amyotrophie faciale, nous ne sachions pas qu'il existe de témoignages certains de la dégénération atrophique de la musculature innervée par la VII^{e} paire cranienne. Dans un travail remarquable, et qui demeure la plus complète et la plus personnelle des monographies françaises sur l'encéphalite, Mlle Gabrielle Lévy (4) fait une brève allusion à l'atrophie musculaire. « On peut voir, dit Mlle Lévy, survenir un certain degré d'atrophie musculaire *généralisée* dans le syndrome parkinsonien de l'encéphalite, et aussi des atrophies *localisées*. L'hémiatrophie linguale peut se voir. L'une de nos malades en présentait avec fibrillation du côté atrophié. »

D'après cette rapide revue des observations antérieures à la nôtre, on peut remarquer d'abord la rareté des complications amyotrophiques de l'encéphalite, puis, en second lieu, l'affinité du processus bulbo-spinal pour certaines régions : la région cervicale supérieure (C^{4}, C^{5}, C^{6}), la région sacrée supérieure (S^{1}, S^{2}). L'atrophie de la face et de la langue paraît être d'une excessive rareté.

---

(1) Hall. — Epidemic Encephalitis. *British. med. journ.*, 1918, n° 26.

(2) Pribram. — Uber Enzephalitis. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. 125, p. 160.

(3) Gröbbels. — Ueber Encephalitis lethargica. *Munch. mediz. Wochensch.*, 1920, n° 5, p. 131.

(4) Gabrielle Lévy. — *Thèse de Paris*, 1922, p. 43.

©BIUM

Malgré nos recherches bibliographiques, nous n'avons pu retrouver d'exemple analogue aux nôtres, c'est-à-dire d'atrophie localisée aux muscles masticateurs.

S'agit-il ici d'une variété d'atrophie réellement très exceptionnelle, ou ne peut-on supposer plutôt que celle-ci a passé inaperçue des observateurs peu enclins à chercher la réduction volumétrique de la musculature masticatrice et à en explorer l'activité fonctionnelle. Si nous posons cette question, c'est que, précisément, depuis notre première constatation (mars 1923), nous avons relevé deux autres cas dans lesquels les muscles crotaphites et masseters sont nettement atrophiés.

L'un de ces faits a trait à un jeune homme âgé de 22 ans, chez lequel l'encéphalite aiguë épidémique s'est développée il y a 4 ans et s'est traduite par de l'insomnie avec agitation extrême, délire onirique avec zoopsie, hallucinations cinématographiques. Huit mois après le début de la maladie, tous les troubles avaient disparu et le sujet, se croyant guéri, reprenait son travail. C'est alors qu'apparurent un tremblement surtout visible au bras droit, l'akinésie généralisée et l'hypertonie. Actuellement, le malade présente le type très complet du parkinsonisme post-encéphalitique (f. akinéto-hypertonique). Mais ce qui frappe chez ce malade, outre l'aspect glacé et sardonique de la physionomie, c'est l'émaciation profonde des temporaux et des masseters. De même que chez notre première malade, les fosses temporales sont fortement creusées et les joues aplaties du fait de l'amaigrissement des masseters, dont la force se montre affaiblie.

La recherche des réactions électriques nous a fait voir une diminution simple des réactions électriques galvanique et faradique sans inversion de la formule polaire.

Enfin, chez une troisième malade qui présente le même tableau clinique, nous avons pu également observer une fonte très nette des muscles masticateurs. Et, dans ce cas aussi, l'origine encéphalitique n'est pas douteuse.

©BIUM

⁂

Les faits que nous venons de rapporter témoignent donc de l'existence d'une variété spéciale d'atrophie musculaire à *localisation masticatrice* et consécutive à l'encéphalite épidermique prolongée à type akinéto-hypertonique. Quelle est l'origine de cette amyotrophie et que peut-on préjuger de son évolution ? tel est le double problème qu'il nous faut aborder.

La plupart des auteurs qui ont relevé, dans leurs observations, l'existence d'amyotrophies limitées ont admis que celles-ci étaient sous la dépendance de lésions poliomyélitiques antérieures, lésions qui, au reste, ne sont pas hypothétiques puisque de nombreux anatomo-pathologistes en ont pu vérifier directement la réalité au moins dans la phase aiguë de la maladie. M. Rietti dont nous avons rappelé l'intéressant mémoire, admet lui aussi que la majorité des amyotrophies relèvent de la poliomyélite liée à l'extension sur la moelle du virus de l'encéphalite épidémique. Cependant, cet auteur fait une réserve au moins pour certains faits d'atrophie associée à des troubles de la sensibilité. Et, dans un cas personnel, M. Rietti tend à rattacher l'origine de l'atrophie musculaire aux lésions du plexus brachial dont l'atteinte se marquait ici par des points douloureux caractéristiques.

Il ne nous semble pas que l'on puisse invoquer, pour rendre compte des amyotrophies localisées et *disséminées* que nous avons en vue, l'existence d'altérations soit névritiques, soit funiculaires, soit radiculaires. La distribution très spéciale des atrophies, l'absence de troubles de la sensibilité subjective et objective, les modalités des réactions électriques, tout indique ici l'origine centrale du trouble de la trophicité musculaire.

Il est à peine besoin de faire remarquer que ni l'inactivité relative des muscles masticateurs, ni l'hypertonie qu'ils présentent ne suffisent à rendre compte de leur atrophie.

Nombreux sont les malades que nous avons observés chez lesquels l'hypertonie masticatrice apparaît

©BIUM

extrême et qui, cependant, n'offrent pas, même après une évolution de longue durée, la moindre amyotrophie des muscles masticateurs.

Nous sommes ainsi conduits, tout naturellement, à supposer que, dans nos faits, la lésion mésocéphalique de l'encéphalite s'est étendue aux noyaux masticateurs que leur situation intra-protubérantielle rend assez vulnérables.

Pour ce qui est de l'évolution des amyotrophies post-encéphalitiques et plus particulièrement de l'amyotrophie à localisation masticatrice, il est assez malaisé d'augurer de leur avenir en raison des surprises déroutantes auxquelles nous a habitués la marche capricieuse de l'encéphalite épidémique.

Ce que nous montrent nos observations, c'est la progression extrèmement lente de ces amyotrophies, la possibilité de leur stabilisation et même, dans une certaine mesure, de leur régression. Enfin, le développement de l'amyotrophie masticatrice à une phase tardive de l'encéphalite vient témoigner en faveur de la persistance du virus pathogène dans les centres nerveux et de la continuité de son action nocive sur le névraxe.

Mais si l'existence d'amyotrophies localisées et plus particulièrement d'amyotrophie à localisation masticatrice nous semble d'un réel intérêt au point de vue nosologique, celle-ci ne saurait, croyons-nous, laisser indifférent le clinicien. La constatation d'une semblable localisation du processus atrophique impose, dans un cas d'interprétation difficile, la recherche des autres manifestations de l'encéphalite dont il semble être un symptôme assez particulier.

Discussion

M. Henri Colin. — Le troisième cas auquel M. Lhermitte a fait allusion est celui d'une malade habitant la province et que j'ai eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises. On retrouve chez elle la même atrophie des muscles temporaux.

M. Claude. — Je voudrais demander à M. Lhermitte

si ces malades n'ont pas présenté des troubles oculaires frustes.

M. LHERMITTE. — Ils présentent même encore maintenant des séquelles de troubles oculaires. Ils présentent encore aussi de la somnolence.

M. CLAUDE. — Ces troubles de la convergence sont très importants dans les formes frustes. Ils échappent très souvent à l'examen. Dans des cas douteux, le signe de la convergence permet d'orienter le diagnostic. Les atrophies musculaires se trouvent surtout dans les polioencéphalomyélites.

Les formes avec rire sont assez fréquentes. J'observe depuis trois ans un cas dans lequel des accès de rire inextinguible se produisent dès qu'on approche le malade, l'empêchent de parler et s'opposent à l'examen de l'état mental.

M. LHERMITTE. — Cette étude de l'état mental des malades ayant présenté ces formes avec rire est très intéressante à faire chez les malades guéris. Un malade m'a répondu qu'il trouvait ce rire absurde et que cela l'ennuyait beaucoup. Il y a discordance entre l'affectivité et l'expression mimique.

M. Raoul LEROY rapporte le cas d'un malade de 23 ans, atteint il y a trois ans d'encéphalite épidémique, chez lequel évolua un an plus tard un syndrome parkinsonnien et qui présente depuis un an de l'atrophie du membre supérieur gauche.

Un délire de persécution bienveillante

Par MM. SÉRIEUX et CODET

Dans l'observation de délirants systématiques, on peut distinguer, entre autres, deux éléments : d'une part, l'ensemble des phénomènes éprouvés par le malade et rapportés par lui à une action extérieure (hallucinations diverses et tous faits d'automatisme mental) ; d'un autre côté, les interprétations relatives à ceux qui mettent en œuvre cette action et à leurs

©BIUM

intentions, interprétations dont le groupement constitue le système délirant. A l'ordinaire, ces deux séries d'éléments présentent une coloration affective de même ordre.

Au contraire, chez la malade que nous présentons, existe un désaccord entre les perceptions pathologiques, de caractère pénible, et la cause qu'elle leur attribue; de nature bienveillante. Cette opposition se dégage de l'observation.

Obs. — Mme G., âgée de 44 ans. Teinturière.

Ant. héréd. : Grand'mère morte internée.

Mère, nerveuse, plutôt déprimée.

Père, alcoolique.

Ant. person. : Pas de maladie importante. Pas de gestation. Jusqu'à la guerre, bien réglée. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis connue.

Caractère antérieur. Pas de vanité ni de méfiance de type paranoïaque. Plutôt vive, « toujours en train », bavarde et taquine, s'était brouillée avec une grande partie de sa famille. Toujours désagréable d'humeur avec son mari, lui faisait de fréquentes querelles et de nombreuses scènes de jalousie.

Début. Durant les bombardements par les gothas, très vive réaction émotive, à forme de dépression et d'anxiété, avec tremblement intense des mains.

Juillet 1918, congestion pulmonaire. Depuis lors, exagération manifeste de l'irritabilité : colères violentes, cris, bris d'objets domestiques. Devenue plus égoïste, elle était davantage hostile à son mari.

Accroissement progressif de l'irritabilité, coupée, en 1922, de phases de dépression où elle pleurait et déclarait vouloir mourir. Paraît avoir eu, à ce moment, ses premières idées délirantes : on lui en voulait, dans son entourage, personne ne voulait plus lui parler et s'en affectait vivement. Elle déclare avoir rectifié ces idées. A conservé de façon plus durable des idées de jalousie, qu'elle corrige plus ou moins, actuellement.

Cet état s'aggravant, accompagné d'actes impulsifs, de menaces de suicide, comportait des idées d'influence exprimées et des hallucinations auditives avouées, au printemps de 1923. Il nécessita un premier internement en mai 1923. Sortie, bien plus calme, en juillet, elle dut être placée de

nouveau le 21 août, dans un état qui s'est peu modifié depuis.

Actuellement, Mme G. présente de l'excitation verbale et parle volontiers de son état, avec une grande loquacité. Sans rien qui dénote un affaiblissement psychique, son langage et ses jugements traduisent une certaine débilité mentale. Elle fait remonter le début des troubles présents à 5 ou 6 ans, mais il peut exister là une part d'interprétation rétrospective, d'autant plus qu'elle déclare : « Au début, je ne savais pas ce que c'était, j'étais tout le temps triste ». Peu à peu les choses se sont précisées.

D'une part, elle sent se manifester en elle une influence extérieure qui la pousse « dans la tête » à faire ou à dire ce qu'elle ne veut pas : c'est ainsi, au mois de mai, qu'elle a jeté un vase par la fenêtre, sans comprendre pourquoi. Les hallucinations psycho-motrices la forcent à monologuer ou parfois, véritables impulsions verbales, à dire des mots inconvenants : « Je traite quelquefois ma sœur de vache et je n'ai pas été élevée à dire des choses pareilles. J'y suis poussée, c'est une impulsion plus forte que moi. » On ne constate pas d'écho ni de prise de la pensée. Souvent, aussi, les accès de colère et de cris apparaissent comme des réactions à l'agacement hallucinatoire.

En effet, d'autre part, il y a de très fréquentes hallucinations auditives verbales. Paraissant venir d'une distance de quelques mètres, elles sont fort distinctes et présentent des timbres caractéristiques : voix de la sœur, du beau-frère et du mari. Ce dernier s'exprime souvent en patois de son pays. Ces trois personnes, dans la conversation ordinaire, tutoient la malade, mais elle déclare : « ici, ils me disent vous ». Le contenu hallucinatoire a toujours été désagréable, injurieux ; on lui dit que son mari a des maîtresses, ou bien on l'insulte, la traite de « sale femme », etc. Ces manifestations lui sont fort pénibles, l'irritent et même lui auraient bien donné le désir de mourir.

La malade sait très bien de qui cela provient, tant par le timbre des voix que par le contenu des paroles. Elle est fortifiée dans cette croyance par une série d'interprétations : Quand elle a posé la question, nettement, aux siens, elle s'est heurtée à des dénégations ; mais celles-ci étaient trahies par certains sourires auxquels elle ne s'est pas trompée. D'ailleurs, elle déclare : « Il y a tellement de coïncidences autour de moi ! »

Le procédé utilisé est, évidemment, l'électricité. « J'ai toujours cru que c'était une électricité spéciale, mais je

©BIUM

n'ai pas appris la science. » Du reste, n'a-t-elle pas vu, un jour, sa sœur et son beau-frère, portant une boîte « comme pour une machine électrique » certainement destinée à elle.

Mais ce qui est particulier, chez Mme G., c'est la systématisation des motifs bienveillants supposés à cette constante persécution, par influence et par hallucinations, que lui font subir sa sœur et son beau-frère, bien plus que son mari. « Au début, dit-elle, je ne me rendais pas compte ; ça prouve que j'étais plus malade. » En tout cas, l'explication lui a été fournie, sur le moment ou par interprétation rétrospective, grâce à une phrase de son mari ; comme elle se plaignait de ses ennuis, il aurait répondu : « Il faudra que tu t'y fasses ». Depuis lors, elle a compris, et, comme par hasard, les voix ont abondé dans ce sens. Déclarant les citer textuellement, elle dit : « c'est dur, mais c'est comme ça, c'est pour fortifier votre cerveau. — C'est un drôle de traitement, mais il faut que ça soit comme ça. — Ce qu'on est vache de vous faire ça, mais c'est pour votre bien ; ça va finir. » Et ce même thème est longuement développé : elle a été très malade par l'anémie cérébrale, et on lui applique un traitement fort pénible, « comme un calvaire », mais elle sait bien que c'est dans son intérêt.

De fait, si elle s'en plaignait tant qu'elle ne savait pas, si, maintenant encore, elle proteste fréquemment et avec violence contre ce procédé, vraiment excédant, néanmoins, elle n'en fait reproche à personne. Elle ne se connaît pas d'ennemis, personne ne lui a fait de mal, il n'y a pas de persécuteur hostile. Bien au contraire, si on lui applique cette thérapeutique héroïque, c'est peut-être dû à ce qu'elle a un proche parent attaché à la préfecture (fait en soi-même exact). Sa débilité mentale ne lui permet pas de chercher à approfondir les causes de cette situation, expliquée une fois pour toutes ; elle ne l'induit pas, néanmoins à des idées d'orgueil ou de grandeur. Il y a peut-être d'autres personnes que Mme G. traitées de la même manière, mais elle ne s'en soucie guère. Elle se contente de déplorer sa situation de malade, de gémir sur le traitement douloureux et d'espérer la fin prochaine de ses tourments.

Si l'on vient à discuter avec elle l'origine subjective des phénomènes observés, elle hésite un peu, mais reste, finalement, attachée à son explication. « Je comprends que l'on puisse parler toute seule, mais qu'on entende de loin des voix comme ça, je ne comprends pas que ça soit imaginaire. — Ça ne peut guère être la maladie qui me rappelle le patois du pays de mon mari ; il y a de ces chansons-là

©BIUM

qu'il me chante et je ne pourrais avoir l'accent du pays aussi bien. »

Elle admet bien l'existence d'un état morbide « nervosité, anémie cérébrale », à l'origine. Mais, pour les troubles actuels, elle est présentement irréductible ; après avoir dit : « c'est peut-être un genre de folie ; je me dis quelquefois que ça serait le sang qui circule mal dans ma tête, mais je ne pense pas que ça soit possible ». Si l'on insiste, elle déclare : « c'est très drôle, ça ne peut pas être admissible ».

En ce qui concerne son avenir, elle espère sa guérison et l'attend avec impatience. « Pour guérir, ça dépendra de la tranquillité morale que j'aurai ; c'est dur, mais, enfin, je suis encouragée ». Elle affirme sa résistance à l'influence en affirmant : « On dirait qu'on veut me faire pleurer, qu'il y a quelque chose qui veut que je sois triste et moi je ne le veux pas. J'aie plutôt envie d'être gaie ». Du reste, la guérison n'est peut-être pas aussi lointaine qu'il semblerait ; d'abord parce que les voix le répètent et puis, ajoute-t-elle, « il peut y avoir des améliorations dont je ne me rende pas compte ; mais je ne m'en aperçois guère. »

En résumé, Mme G. a un passé bien plutôt d'excitation hypomaniaque légère que de réactions paranoïaques. Une phase dépressive s'installe, à l'occasion des bombardements, après laquelle l'irritabilité va s'accroissant. Puis apparaissent des hallucinations auditives et des manifestations diverses d'automatisme, le tout de caractère hautement désagréable. C'est alors que se constitue le système délirant, peut-être à la faveur d'une interprétation : tous ces phénomènes pénibles représentent un traitement que les parents bienveillants lui appliquent dans son intérêt. Sachant cela, et quelle que soit son impatience passagère sous le coup de cette thérapeutique héroïque, elle l'accepte avec confiance et espoir. Elle a donc bien la conscience d'un trouble morbide, à la base de son état, mais, sur l'ensemble du système délirant surajouté, elle demeure, depuis des mois, irréductible. En somme, il s'agit d'une psychose hallucinatoire chronique, avec idées d'influence et interprétations.

Il convient de remarquer, dans ce cas, qu'il ne s'agit pas d'un fait d'hallucinations antagonistes, comme

©BIUM

celles qu'a signalées M. Séglas, avec un groupe d'attaque et un groupe de défense. Ici, en effet, il n'y a pas, proprement, d'attaque. Ce sont de tels malades que l'on pourrait appeler, comme MM. de Clérambault et Porc'her (1), des persécutés sans persécution. De même que dans les observations rapportées et commentées par ces auteurs, on observe ici que les symptômes d'automatisme sont initiaux. Comme il est de règle, la malade a construit son délire secondairement, par besoin inconscient d'explication causale, avec la tournure que lui a imprimée son caractère antérieur. Sa culture et sa dialectique étant réduites, le développement intellectuel du délire est demeuré simple et rudimentaire. Mais sa constitution lui a imprimé une marque affective spéciale.

Mme G., en effet, d'après les renseignements, n'a jamais eu de tendances paranoïaques ; si elle est brouillée avec presque tout son entourage, et depuis longtemps, c'est surtout parce qu'elle était taquine et irritable ; elle se rendait insupportable, comme une hypomaniaque. Et c'est bien ce qu'elle est, à l'ordinaire. Du reste, les périodes dépressives qu'elle a traversées, depuis la guerre, confirment l'existence, chez cette malade, d'une constitution cyclothymique. Mais, le plus souvent en état d'excitation, elle possède l'humeur euphorique qui correspond à l'aisance de son activité physique et psychique. Il n'est donc pas surprenant de lui voir édifier un délire optimiste sur la base de sensations franchement pénibles.

Malgré son apparence un peu paradoxale, ce cas rentre donc dans la règle générale : à des phénomènes subjectifs, attribués par lui à une action extérieure, le sujet réagit, au point de vue intellectuel, avec les ressources dont il dispose et, dans l'ordre affectif, en fonction de son caractère antérieur, constitutionnel ou acquis.

---

(1) MM. DE CLÉRAMBAULT ET PORC'HER. — Automatisme mental et scission du moi. *Soc. clin. de Méd. Mentale*, 19 avril 1920,

DISCUSSION

M. ARNAUD confirme l'existence de ces cas de « persécution bienveillante ». Il en a observé quelques cas et s'est servi de la même formule.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Chez la majorité des Persécutés Hallucinés, on ne constate pas le Caractère Paranoïaque, et l'Idée de Persécution n'est pas à l'origine du délire. Les mécanismes générateurs sont l'Automatisme Mental, l'Automatisme Sensitif et l'Automatisme Moteur, soit séparés, soit réunis. L'Automatisme Mental, dans ses phénomènes initiaux (écho de la pensée et énonciation des actes), est essentiellement neutre. Les explications essayées et l'attitude adoptée sont fonction, pour la plus grande part, du caractère antérieur. Nous disons seulement pour une part, parce que les phénomènes d'A. M. tendent par eux-mêmes, dans quelque mesure, à orienter vers la notion d'hostilité ; il en est de même pour l'A. Sensitif (paresthésies) et pour l'A. Moteur (paresthésies motrices). A l'A. Mental, ou bien au Triple Automatisme, s'ajouteront des constructions mégalomaniaques, mystiques ou paranoïaques, conditionnées par le fonds psychique antérieur, et aussi les nuances intrinsèques des phénomènes automatiques. Une tendance imaginative innée engendre le plus souvent des conceptions optimistes ; la tendance interprétative, au sens strict du mot, coïncide ordinairement avec une innéité paranoïaque.

La plupart des sujets appelés dans la langue courante Persécutés sont des personnages conciliants ; ils se montrent confiants à l'égard du médecin, obligeants, expansifs, parfois enjoués, et l'on apprend, en insistant près de la famille, qu'ils ont toujours été ainsi. Les réactions violentes de tels persécutés sont des réactions coléreuses, légitimées par leur situation supposée, mais non commandées par un fonds d'hostilité paranoïaque.

La Psychose Hallucinatoire Progessive, type Magnan, n'est qu'un Automatisme Mental, ou mieux un triple Automatisme, surgi sur un Fonds Paranoïaque ; ce n'est pas, au point de vue génétique, une Unité, mais

©BIUM

une Symbiose. Cette Symbiose se complique, dans certains cas, soit d'un Processus Passionnel (quérulance, jalousie), soit d'un fonds de Perversité (mendacité, malignité). Tous ces éléments du total sont séparables, c'est-à-dire isolément viables.

En résumé, le Persécuté Halluciné n'est, le plus souvent, pas un Paranoïaque, et, malgré toutes les apparences, ne tend que faiblement à le devenir. Les beaux cas de Persécution Hallucinatoire à hostilité maxima constituent bien un Syndrome Clinique défini, mais non une Entité au point de vue de l'analyse.

J'ai déjà exposé ces vues à la Société Clinique de Médecine Mentale (avril 1920) ; je parlais alors d'Automatisme Basal ou Pur, de Délires Inermes, de Fausses Persécutées, de Persécutées sans Persécution. Le cas actuel confirme ces vues. Je compte les développer dans un prochain article des *Annales Médico-Psychologiques*, sous le titre « Paranoïa et Persécution ».

MM. DUPUY et SCHIFF font une communication sur l'étiologie et les caractères cliniques de certaines fugues. Cette étude est publiée à titre de mémoire dans le corps des *Annales* (v. p. 314).

Sur les troubles du langage chez les aliénés : le langage elliptique

Par M. QUERCY

Le langage elliptique, ainsi nommé par J.-P. Falret, est d'ordinaire celui des maniaques lorsque, dans leur précipitation et la fuite de leurs idées, ils omettent des syllabes ou des mots ; elliptique aussi, le langage où des idées délirantes déterminent la suppression de mots dangereux, interdits, que l'auditeur est indigne d'entendre ou le malade de prononcer ; les paraphasiques et jargonaphasiques plus ou moins inconscients peuvent également donner le spectacle de semblables éliminations verbales.

En l'espèce, il s'agit d'autre chose, il s'agit d'une

©BIUM

malade, non maniaque, non démente, non aphasique, non confuse et qui, sans se fonder sur de bonnes ou mauvaises raisons, supprime, dans des phrases par ailleurs fort simples, des syllabes et des mots parfois assez importants pour que leur disparition rende ses propos inintelligibles.

C'est une femme de 56 ans ; elle est entrée à l'Asile de Rennes le 14 avril 1923, sans renseignements, et je ne sais d'elle que ce qu'elle m'a dit. Mariée, elle s'occupait de son intérieur et de son fils ; le mari s'occupait de bicyclettes, se conduisait mal et l'aurait abandonnée il y a une dizaine d'années. Plus récemment, je ne sais quand, il lui aurait enlevé son fils et, depuis, elle vivait seule et faisait des ménages. Peut-être faut-il voir dans la perte de son fils la grande cause extérieure de son délire : elle accuse certains individus, son mari, un nommé Paumier, un nommé Sirelor (ou (Sire-Lord), de comploter contre elle, de séquestrer son fils dans la tour Solidor, pièce bien connue du décor de St-Malo, et de travailler à se débarrasser d'elle en la faisant enfermer. « Voilà dix-sept semaines que je suis ici, à l'Asile de Rennes ; on m'a enfermée le 14 avril. Qu'est-ce qu'on attend pour me rendre mes habits, mes papiers et pour me laisser partir à la recherche de mon fils ? »

Quand j'ai cessé de l'observer, il y a environ deux mois, elle était, en ma présence, correcte, polie, bien orientée ; mais elle monologuait, s'irritait contre des ennemis invisibles et s'emportait parfois assez grossièrement contre le personnel. On était en droit de lui appliquer, sous réserves, un certificat tel que celui-ci : délire de persécution épisodique ou, plus probablement, stéréotypé ; possibilité d'involution sénile prématurée. Système nerveux, organes des sens, principaux appareils à peu près normaux.

Passons à son langage et, pour faire court, faisons un choix et consentons à une mise en ordre.

Dans l'ensemble, elle emploie un honnête langage vulgaire, mais, quelquefois, apparaissent des formules ou des mots plus recherchés, comme empruntés à un stock verbal presque littéraire ;

©BIUM

« *On m'a volé, usurpé mon fils.* »... « *Voilà dix-sept semaines que je suis en entraves.* »...« *Le but de ces atrocités ? C'est ce que je ne suis initiée.* »

Elle s'est aussi permis quelques néologismes, inégalement mystérieux :

« *C'est honteux. Mon enfant. Le surviendre comme ça.* »... « *Mon fils est en possèderie.* »... « *Ces gens-là sont des initiés, estantifiés.* » (*Estantifié = Initié*)... « *Ils se sont élités d'entente.* »... « *Tout ça, c'est de l'erb.* » « *L'erb, c'est un enfant, c'est profiter de l'inoffensif, c'est enlever un enfant.* »

Arrivons à son langage « elliptique », pour rester fidèle à la désignation usuelle, et voyons d'abord ses abréviations de mots, abréviations qui portent sur un préfixe ou sur une désinence. Dans son jargon, les religieuses de l'Asile constituent une « munauté » ; elle n'était pas dans le commerce, elle était dans le « merce » ; elle n'a pas vécu à Saint-Servan, elle a vécu à « Saint-Serv. ».

Mais les mutilations les plus fréquentes sont celles qu'elle opère sur les flexions des verbes :

« *Ils ont laisse mon fils à la dépravation.* »... « *Pour le séquestre dans la tour Solidor.* »... « *Mon fils m'a été déplace, enleve, si vous préfère.* »...« *Si je me mêle d'aide, de dresser, on me dit qu'il faut laisse.* »... « *Voilà ce qui est arrive.* »... « *Elle a dit : si vous* VIENNE *vers moi.* »... « *Elle a failli me casse le poignet, me le fracture.* »

N'allons pas croire qu'elle supprime systématiquement la forme de l'infinitif, du participe passé, de la deuxième personne du pluriel de l'indicatif présent. Comme toutes ses abréviations, son omission de la flexion est inconstante ; de plus, si un infinitif tel que *survenir* disparaît souvent de ses propos, c'est pour céder la place à *surviendre* ; enfin nous notons chez elle, moins un souci d'abréviations quand même, ou je ne sais quelle hostilité à l'égard d'une forme, d'un temps, d'un mode, d'une voix, qu'un goût très prononcé pour les syllabes muettes, joint à un tendance très forte à la réduction de diverses flexions, comme

©EHUM

si elle évoluait vers un français de plus en plus analytique. Mais laissons cette rêverie et poursuivons l'exposé des faits.

Dans un autre groupe d'abréviations de mots, la mutilation est plus grave et le mot se trouve réduit à son initiale :

« *Mon fils est dans la tour Solidor, orphelin de* PÉ *et de* EMME. » Il n'a pas suffi à la malade de réduire des mots à leur première syllabe, elle n'en a gardé que la première lettre, et elle la prononce comme elle a appris à le faire jadis, « pé » ou « emme ». Ce procédé, largement employé, l'a conduite à utiliser les phonèmes « é » ou « pé » pour exprimer des idées très diverses :

« *On m'a* É *dans un lieu qui ne devait être.* »... « *Au lieu de m'*É *la photo de mon enfant, ils l'ont* É *à d'autres.* »... « *E, c'est mon enfant.* »

« *Ce sont des pères qui se sont* PÉ *sur des enfants.* »... « *Mon mari s'est* PÉ *d'entente avec le juge de paix.* »

En disant qu'elle tend à réduire certains mots à leur initiale et à se servir avec prédilection des phonèmes « é » ou « pé » pour exprimer des notions diverses, je reste à dessein dans le vague et ne peux guère préciser davantage ; parfois, j'ai cru que « é » ou « pé » ne remplaçaient que « père » et « enfant » ; plus souvent, j'ai cru qu'elle substituait lesdits phonèmes à des mots quelconques, dans la composition desquels ils n'entrent même pas.

Cette substitution d'une forme très simple à un mot plus ou moins complexe s'observe chez elle sous un autre aspect encore : elle utilise largement le verbe « être » et, avec la seule aide de ce modeste auxiliaire, elle veux exprimer des idées à la traduction desquelles il est d'ordinaire inapte ou insuffisant :

La malade refuse de s'asseoir : « *Il ne m'est de m'asseoir* » (1), « *Il n'*EST *de vous de m'enlever mes habits.* »... « *On vous enlève ici tout ce qui vous* EST. »...

(1) Cf. « est regis tueri subditos ».

©BIUM

« *La petite a crié ; alors il* EST *d'elle qu'elle lui saute aux cheveux.* »... « *Il* EST *qu'elle lui a arrache les cheveux.* »

Nous arrivons maintenant au dernier groupe de faits, la suppression radicale d'un élément essentiel de la proposition. Mme G. ne va plus se contenter de supprimer un préfixe, une désinence, une flexion ; il ne lui suffira plus de réduire un mot à son iniatiale et d'employer un verbe tel que « être » ou un phonème tel que « pé » à la place de substantifs ou de verbes plus complexes ; elle va supprimer radicalement un mot de la proposition, un mot souvent essentiel, et ce mot est presque toujours le verbe.

Soit d'abord quelques exemples où l'on pourrait soutenir qu'il y a substitution du verbe être à un autre verbe et retour à un procédé latin : « *Expliquez-moi pourquoi des entraves m'ont* ÉTÉ. »... « *Qu'est-ce que ces entraves qui ont* ÉTÉ *vis-à-vis de moi.* »... « *Si je vous disais tous les ennuis qui m'ont* ÉTÉ. » Voici par contre une formule où il est difficile de croire à une pareille substitution : « *elle l'a battue, alors la petite s'*EST *vis-à-vis de l'autre* ».

Voici enfin des exemples de suppression totale du verbe : « *On venait de lui un bain.* »... « *Sœur Anna, voulez-vous mes habits ?* » Cette dernière phrase, sous nos questions, est devenue : « *voulez-vous me les é* », « *voulez-vous me les rendre* ».

« *A quelle date allez-vous mes papiers* » et « *en attendant que je me de l'avocat* » sont deux phrases que la malade n'a pu être amenée à compléter ; il semble qu'elles lui aient toujours paru complètes, munies de tous leurs éléments.

Nous n'avons que rarement observé la suppression du substantif : « *demain il y aura huit que ça se passe* ».

Dans une unique circonstance, nous avons cru observer la suppression de la négation : « Il ne m'est de m'asseoir » et « Je n'étais malade » peuvent se défendre, mais voici qui est peut-être plus net :

« Ils l'ont conduit dans les liens où il devait être ». Où cela, Madame ? « Dans la tour Solidor ».

©BIUM

tre ». Où cela, Madame ? « Dans la tour Solidor ». C'était donc sa place, Mme G. ? « Vous savez bien que non, que c'est honteux, de l'avoir mis dans un lien pareil » Il ne devait donc pas y être ? « Naturellement ». Mais vous dites : dans les liens où il devait être ! « Eh bien oui ! Dans les liens où il ne devait être ». Le « ne » est enfin émis, sans insistance, sans renforcement de la voix, comme si les deux formules étaient équivalentes, comme si la première exprimait la pensée négative de la malade aussi bien que la seconde.

En résumé, Mme G., dans un langage très primaire, intercale quelques termes presque littéraires et quelques néologismes ; elle abrège souvent quelques substantifs et de nombreux verbes par suppression du préfixe, de la désinence et, surtout, de certaines des flexions de la conjugaison ; elle réduit certains mots à leur lettre initiale, elle substitue un monosyllabe ou les phonèmes « é » ou « pé » à des mots quelconques, elle substitue la troisième personne du singulier de l'indicatif présent de « être » à divers verbes, elle supprime enfin, et radicalement, un élément essentiel de la proposition : le verbe, très souvent ; le substantif, quelquefois ; la négation, peut-être.

Dans l'hypothèse ou nous serions en présence d'un processus destructif, l'ensemble de particularités que nous avons décrit représenterait un stade possible dans une histoire de la mort du langage. Il ne faudrait pas se laisser trop impressionner ici par les quelques termes bourgeois ou littéraires et les néologismes de cette femme de ménage presque illettrée. On trouve des néoformations défensives et aberrantes dans tous les processus destructifs et les destructions organiques ou psychiques ne vont guère sans des remaniements qui mettent au jour des éléments rares ou anormaux. Je n'ai voulu insister ici que sur les simplifications et les suppressions subies par le bagage verbal de la malade.

Ces simplifications, substitutions et suppressions

©BIUM

ne sont pas quelconques, elles ne portent ni sur tous les éléments du langage ni sur des éléments variables selon le jour, l'heure, la circonstance et nous ne pouvons pas parler encore, chez cette malade, d'un affaiblissement global d'une ou plusieurs fonctions. En restant dans l'hypothèse d'un processus destructif, il faut noter au contraire que la désorganisation s'effectue en suivant les articulations que prête au langage la grammaire française élémentaire ; Mme G. tient compte en les éliminant, des préfixes, désinences et flexions ; quand elle supprime des mots, ce ne sont pas les premiers venus ; à part quelques exceptions, elle ne supprime que des verbes, ce qui est déjà énorme ; elle conserve les substantifs, elle conserve surtout la foule des adjectifs, pronoms, prépositions, adverbes et particules de coordination ou de subordination de toute espèce. Elle ignore les caprices de l'aphasie comme les rigueurs de la loi de Ribot et il semble qu'un vieux grammairien un peu facétieux lui dicte son rôle. Si elle sait et veut ce qu'elle fait, il est intéressant de la voir découper la continuité du langage spontané en respectant les prescriptions de quelque Larive et Fleury ; dans l'hypothèse opposée d'une activité verbale involontaire et inconsciente, comment ne pas noter que la phrase, la proposition, ce continu, cette unité organique, cet acte indivisé qu'est une phrase spontanée peut se décomposer, non pas en retournant à je ne sais quelle confusion ou indistinction primitive mais par élimination, automatique et systématique, d'éléments très différenciés et dont on peut se demander s'il y a jamais rien eu d'artificiel dans leur isolement par les grammairiens.

Quelle est l'attitude de la malade devant ses propres propos ?

« *On m'a é mon enfant dans des syllabes* »... « *Ce sont des initiales syllabeux qui n'étaient de leurs antipèdes* »

Sur un pareil terrain, nous ne pouvons plus suivre notre interlocutrice, nous perdons le contact, et il est

probable qu'elle le perd aussi, du moins si la raison humaine est une.

« *Erb, c'est enlever un enfant.* »... « *Estantifier, c'est initier.* »... « *Emme, c'est mère ; il y a des intervients dans l'initiale syllabe de Emme.* »

Voilà des explications moins malaisément abordables ; ajoutons-y quelques détails. Il arrive à Mme G., fort rarement, mais quelquefois, de suspendre ses phrases ; elle refuse d'écrire, elle refuse de lire, elle refuse même de s'asseoir. S'agit-il dès lors, tout simplement, de néologismes et d'ellipses de défense au cours d'un délire en voie de stéréotypie, de réduction ? (1) C'est partiellement vrai, et le facteur volonté ne peut être écarté.

Par contre, la malade répond à toutes nos questions, ne les élude pas, ne répond pas à côté ; elle ne fuit pas la conversation, ses réponses sont nourries, parfois longues et, loin d'économiser les mots, il lui arrive d'aligner des synonymes. Or, tout cela n'est point fait pour satisfaire des préoccupations et des besoins linguistiques ; elle parle pour nous mettre au courant de ses malheurs et pour se faire comprendre de nous ; elle répète et modifie ses réponses à notre gré, elle s'étonne et s'irrite de notre incompréhension et, quand elle en a compris la cause, elle n'hésite pas à introduire dans ses phrases et ses mots, les mots et les syllabes dont on lui a fait vérifier l'absence. « *C'est la langue de tout le monde que je parle.* »... « *Je ne me rends pas compte que je ne parle pas comme tout le monde.* » Elle est enfin très indifférente à l'exactitude de l'expression : « *Ils ont enlevé mon enfant et* SUI. » *Vous voulez dire* FUI. « *Non, sui, fui, comme vous voudrez, c'est la même chose.* » (2). Nous voici donc

(1) J'ai vu un jour, pendant quelques minutes, un vieux pilier d'asile, interné en 1875, qui affirmait l'impossibilité de compter au-delà de 75. La preuve du contraire le laissait indifférent et quand on le contraignait à compter lui-même de 70 à 80, les efforts, l'émotion, la souffrance de ce vieux malade étaient assez réels et assez impressionnants pour qu'on n'insiste pas et pour qu'on le laisse se réinstaller dans son système.

(2) J'ai connu et signalé un aliéné poète qui jugeait équivalentes ou plutôt identiques les expressions « nous avons franchi le cap des

©BIUM

conduits à admettre que les troubles de son langage ont acquis ou toujours possédé une certaine spontanéité, une certaine indépendance vis-à-vis de sa volonté, de son moi. De ce nouveau point de vue, elle parlerait ainsi sans le vouloir, ses ellipses seraient passives.

Allons plus loin : sans doute elle reconnaît qu'elle mutile mots et phrases ; mais c'est nous qui le lui faisons reconnaître, mais elle s'étonne toujours de notre incompréhension, mais, au début de notre examen et avant les révélations que nous lui avons apportées sur son propre état, elle paraissait inconsciente de ses étrangetés verbales, et il lui arrive parfois, nous l'avons vu, de juger complètes des propositions gravement mutilées. Il est donc permis d'admettre, non seulement une part de passivité, mais une part d'inconscience ou de conscience retardée, dans ses singularités linguistiques.

Plaçons-nous à ce point de vue et reprenons l'exemple « à quelle date allez-vous mes habits », qui paraît signifier « à quelle date allez-vous me rendre mes habits ». A-t-elle cru émettre les mots absents ? A-t-elle eu la perception de ces mots ? Si oui, nous sommes en présence d'une hallucination psycho-motrice fort curieuse, car elle correspondrait, dans le domaine moteur, à ce qu'on appelle, dans le domaine visuel, l'illusion du correcteur. Je ne crois pas qu'il en soit ainsi et qu'il faille admettre cette indistinction du conçu et du perçu ; aucun « silence » ne marque la place des mots absents et, presque toujours, éclairée par nous, Mme G. constate et reconnaît qu'elle abrège. Sa perception de ses propositions incomplètes est peut-être différente de la nôtre, elle n'est pas plus riche, elle n'est pas chargée de fausses perceptions.

Est-ce donc une aphasique ? Pas davantage ; elle ne présente pas trace de surdité verbale ; prononcés par elle ou par nous, tous les mots sont aussitôt reconnus

---

tempêtes » et « nous avons fléchi le cap des tempêtes » ; pour lui, la substitution de « fléchi » à « franchi » ne modifiait *en rien* le sens de la proposition.

et compris ; elle ne présente pas non plus d'amnésie verbale motrice et, quand on lui fait constater les lacunes de ses phrases, elle les comble immédiatement et correctement ; elle n'est donc ni amnésique ni apraxique, et puisqu'elle ne présente nul trouble moteur plus élémentaire, on ne peut raisonnablement la dire aphasique.

Toujours dans l'hypothèse d'une désorganisation plus ou moins involontaire et inconsciente du langage de cette femme et de conclusion négative en conclusion négative, nous sommes poussés vers le terrain où se poursuit la lutte pour ou contre les images ; nous n'y entrerons pas. Quand nous allons parler, ce ne serait pas une image ou une série d'images que nous aurions à matérialiser en mots prononcés ; en étudiant notre « attitude mentale », on n'y trouverait qu'une « représentation d'ensemble », une Gesammtvorstellung, une « forme », un « schème », qui ne se complèterait qu'en se réalisant automatiquement en mouvements d'articulation ; et ce serait dans cette dernière phase du travail qu'il faudrait chercher le secret de pareils cas. Je ne veux qu'indiquer par des gestes volontairement vagues, la direction dans laquelle se trouve peut-être une terre promise et, à coup sûr, une discussion fort longue et fort délicate. Plusieurs fois déjà je me suis borné à décrire des faits de pathologie du langage qui ne sont, pour l'instant, que des curiosités ; aujourd'hui encore je n'ai voulu que poursuivre cette mise au jour de matériaux de hasard.

Discussion

M. Mignard. — Les faits très judicieusement observés par M. Quercy posent de nombreux et difficiles problèmes, dont il a bien dégagé l'un des principaux. Il s'agit de savoir si l'on se trouve en présence d'une dégradation générale, ou, tout au moins, d'un trouble global de la fonction du langage, ou bien d'une réaction délirante s'exprimant par une formule linguis-

©BIUM

tique particulière. Un fait d'observation pourrait, sur cette question, nous donner quelque lumière : M. Quercy a-t-il remarqué que le langage elliptique propre à cette malade fût plus spécialement réservé à l'expression de son délire, ou bien s'en sert-elle indifféremment au sujet des menus incidents de la vie courante ? Certains psychopathes, en effet, ont deux manières de parler différentes, l'une pour traduire leur activité mentale morbide, l'autre pour leurs opérations plus voisines de la vie normale.

M. HALBERSTADT. — Je crois qu'il s'agit dans ce cas uniquement d'une sorte de maniérisme du langage.

M. QUERCY. — Je répondrai à M. Mignard que je me suis en effet préoccupé de savoir si les ellipses de la malade étaient plus ou moins spécialisées à son délire et, de même que les phonèmes « é » ou « pé » s'appliquaient à n'importe quoi, et non pas seulement à son enfant et à son mari, ses diverses abréviations et suppressions de mots survenaient aussi bien quand elle parlait par exemple des petits événements du service, indépendants de son délire, que lorsqu'elle nous entretenait de ses misères.

Je répondrai à M. Halberstadt que je ne crois pas, en l'espèce, à un maniérisme voulu et, dans le même ordre d'idées, je n'ai pas cru devoir prendre la peine de discuter l'hypothèse de fantaisies verbales chez une débile désireuse de se rendre intéressante. Quant à l'hypothèse d'un maniérisme démentiel, je n'y suis pas hostile *à priori*. Il resterait à la définir et à la développer.

MM. EISSEN et BAUER communiquent une observation intitulée : Diagnostic rétrospectif d'un cas d'encéphalite léthargique traitée à l'asile de Stephansfeld en 1860.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BIOLOGIE

Diagnostics de laboratoire, T. II, *Tumeurs. Diagnostics histologiques*, par M. le Prof. P. MASSON (de Strasbourg) (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX), 1 vol. in-8°, 800 pages, 163 fig. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923.

Dans ce remarquable volume, illustré de très belles planches en couleur et de nombreuses figures, M. le Prof. P. MASSON présente d'abord une étude théorique des tumeurs. Dans une deuxième partie, consacrée à leur étude concrète, il passe successivement en revue les tumeurs des tissus mésenchymateux, les tumeurs de la chorde dorsale, les tumeurs des épithéliums nés de l'ectoderme et de l'endoderme branchial, les tumeurs des épithéliums nés de l'endoderme digestif, les tumeurs du cœlome et de la cortico-surrénale, les tumeurs des glandes sexuelles et celles des voies excrétrices des glandes sexuelles, les tumeurs des épithéliums du rein et des voies urinaires, les tumeurs des tissus nerveux, et les tumeurs des tissus pigmentaires.

Le volume se termine par un dernier article destiné aux étudiants comme aux praticiens et consacré aux diagnostics histologiques. L'histologie, écrit M. Masson, est la plus sûre des méthodes de diagnostic médical. En ce qui concerne le cancer, elle n'est comparable à aucune autre. L'exposé de techniques simples et sûres, dont beaucoup sont le résultat de l'expérience personnelle de l'auteur, et qui répondent à tous les besoins courants du praticien, est destiné à permettre à tous l'utilisation et le secours de l'histodiagnostic. Dans bien des cas pourtant la lecture et l'interprétation des coupes, dont les conclusions thérapeutiques peuvent être importantes, nécessiteront le secours d'un histopathologiste averti et expérimenté.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Le Principe constitutif de la Nature organique, par Edouard Jung (1 volume in-8°, 694 pages, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, 30 francs. Librairie Félix Alcan, Paris, 1923).

L'ouvrage expose des vues nouvelles, rationnelles et déterministes sur les diverses fonctions appelées à ressortir de la biologie générale. Il s'attache surtout à élaborer un principe de rapport entre ces fonctions, entre la nature physiologique des êtres, l'instinct primaire (des inférieurs), l'instinct supérieur (des vertébrés), l'intelligence, le sens moral, et le sens esthétique, toutes fonctions étant vues dans l'individu comme spécimen de l'espèce. Chacune de ces fonctions est née d'une ou de plusieurs fonctions relativement antérieures (l'intelligence de l'instinct supérieur, par exemple), tout comme l'ordre physiologique est né de l'inorganique. Toute fonction relativement supérieure n'est explicable que par les fonctions antérieures qui lui ont donné naissance en fournissant à sa constitution les éléments nécessaires, de même que la nature physiologique ne peut être expliquée que par la physique, la chimie et la mécanique, l'inorganique fournissant tous éléments constitutifs du physique des êtres. Mais il est indispensable de procéder d'une sphère fonctionnelle à la suivante, d'étape en étape, et de ne pas commettre l'erreur d'en outrepasser, comme le firent la psycho-physique et la psycho-physiologie.

R. C.

NEUROLOGIE

Défense organique et centres nerveux, par le Docteur Pierre Bonnier (Nouvelle édition, 1 vol. in-16, 284 pages, in *Nouvelle Collection Scientifique*, dirigée par M. Emile Borel. Librairie Félix Alcan, Paris, 1923).

Considérant que c'est par le système nerveux que nous nous défendons dans toute maladie aiguë, que c'est au bulbe qu'est confié notre équilibre physiologique, et songeant aux célèbres expériences de Claude Bernard, Pierre Bonnier s'est demandé : « Si l'on peut expérimentalement troubler une fonction en lésant son centre, ne peut-on rétablir l'équilibre fonctionnel troublé en dégageant ce centre responsable et compétent ? »

Sa théorie est résumée en deux ouvrages : « Action directe sur les centres nerveux » et « Défense organique et centres

©BIUM

nerveux », le premier comprenant l'anatomie et la clinique, le second la partie physiologique, biologique et philosophique de la centrothérapie.

R. C.

PATHOLOGIE INTERNE

Pédiatrie, Tome II, par MM. Weill, Péhu, Gardère, Bertaye, Dufourt, Nobécourt, Merklen, Rivet, Harvier, Ribadeau-Dumas, Meyer, Babonneix, R. Voisin, Tinel, Lance, Lamy, Terrien (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de MM. Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix, 1 vol. in-8°, 1.300 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

Ce deuxième tome de Pédiatrie complète l'exposé des maladies de l'enfance. Très volumineux, il est divisé en deux fascicules. Dans le premier fascicule, après une étude des *Infections du nouveau-né* par MM. le Prof. *Weill* et *Péhu*, sont passées en revue les *infections* (dysenterie, paludisme, rhumatisme articulaire aigu, grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.) qui présentent chez l'enfant des caractères particuliers. Des articles remarquables de M. le Prof. *Nobécourt* et de M. *Merklen* sont consacrés aux maladies du *cœur*, du *foie*, des *reins*, des *organes génito-urinaires*.

Il faut mentionner spécialement ici les excellents chapitres consacrés aux *maladies nerveuses* de l'enfance par MM. *Babonneix* et *R. Voisin* (Encéphalopathies infantiles, convulsions de l'enfance), *Ribadeau-Dumas* et *Meyer* (Tétanie et spasmophilie), *Tinel* (chorées, poliomyélite aiguë).

Les *dermatoses* infantiles courantes, les *hémorragies* des nouveau-nés, les *anémies* de l'enfance, sont décrites par M. *Rivet*. MM. *Lance* et *Lamy* font un exposé très complet d'*Orthopédie* pratique, et M. *Terrien* termine cet important ouvrage par des notions pratiques de *thérapeutique* et posologie infantiles.

René Charpentier.

PSYCHIATRIE

Conceptions de Kræpelin et conceptions françaises concernant les délires hallucinatoires chroniques, *étude comparée*, par Bernard Frey (Thèse de Strasbourg, 1923).

M. Frey, interne à l'asile de Rouffach, donc bien placé pour comparer les doctrines psychiatriques françaises et allemandes, s'est demandé si dans l'actuelle nosographie

©BIUM

kræpelinienne, on trouve l'équivalent de la théorie française des délires systématisés chroniques, soutenue par Sérieux et Capgras. L'école française, dualiste, oppose les délires non hallucinatoires, constitutionnels (délire d'interprétation, délire de revendication, délire d'imagination) au délire hallucinatoire chronique, qui nécessiterait l'intervention d'une cause déterminante, d'ailleurs mal connue. Dans le traité de Kræpelin on retrouve la distinction entre délires systématisés constitutionnels et délires accidentels, mais les faits groupés par les auteurs français sous la même rubrique : délires hallucinatoires chroniques, sont dispersés dans trois chapitres : paranoïa, démence paranoïde, paraphrénies.

Kræpelin ne décrit qu'un délire constitutionnel non hallucinatoire, la paranoïa, qui correspond exactement au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Comme les auteurs français, et pour les mêmes raisons, il distingue de la paranoïa le délire de revendication (querulantenwahn), mais il le sépare des délires constitutionnels pour le classer dans les délires psychogènes, provoqués par une cause extérieure. Quant au délire d'imagination de Dupré et Logre, il ne l'admet pas en tant qu'espèce autonome : pour lui les processus imaginatifs s'associent toujours à d'autres facteurs dans l'élaboration des délires.

Les délires systématisés hallucinatoires sont rangés par Kræpelin, partie dans les formes systématisées de la démence paranoïde, partie dans les paraphrénies. M. Frey s'est attaché à préciser le sens de ce dernier terme, que l'auteur allemand aurait, paraît-il, négligé de définir. Voici la définition que nous propose M. Frey : les paraphrénies sont des *délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée.* Cette définition implique l'existence d'une étroite parenté entre la paraphrénie et la démence précoce : pour Kræpelin il n'y aurait entre ces deux affections qu'une différence de degré. Au contraire, les auteurs français maintiennent l'autonomie du délire hallucinatoire chronique en face de la démence précoce. Et c'est là qu'apparaît le désaccord irréductible entre les deux conceptions.

Cette opinion de M. Frey, appuyée sur une série d'observations judicieusement commentées, mériterait une discussion approfondie. Il me suffira d'indiquer ici que pour nombre de cliniciens français il existe des délires systématisés à évolution démentielle rapide, distincts du délire hallucinatoire chronique ; que Sérieux et Capgras notamment admettent des formes de transition entre les délires systématisés et la démence précoce ; qu'enfin la notion de dissocia-

©BIUM

tion mentale n'est pas exclue de la psychiatrie française. Ces remarques n'ont d'autre objet que de souligner l'intérêt de l'excellent travail de M. Frey, qui a entre autres mérites celui d'exposer avec clarté un chapitre important, encore mal connu en France, de l'œuvre de Kræpelin : le chapitre des paraphrénies.

G. DEMAY.

PSYCHOLOGIE.

La Connaissance supra-normale, par le Dr E. OSTY (1 vol. in-8, 388 p., in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*. Librairie Félix Alcan, Paris, 1923).

Dans ce volume, M. Osty a condensé les résultats de douze années d'étude expérimentale sur l'étrange faculté qu'auraient certaines personnes de prendre connaissance de la réalité, êtres et choses, en des conditions où leurs sens et leur raison n'en pourraient absolument rien connaître.

Deux parties du livre exposent la nature et la diversité de la production de cette faculté. Une troisième partie la montre dans son activité fonctionnelle. Enfin, dans une quatrième partie, l'auteur recherche les sources inapparentes où elle puise ses informations.

M. Osty, résolu à ne pas dévier sur ce terrain neuf et très difficile, se garde de toute explication discurtive.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

BIOLOGIE

Parallèle entre la réaction de l'élixir parégorique et la réaction de fixation avec les liquides céphalo-rachidiens, par René TARGOWLA (Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 21 juillet 1923).

La propriété que possède l'élixir parégorique du Codex de donner une suspension colloïdale avec les liquides céphalo-rachidiens peut être appliquée à la recherche des modifications pathologiques de ces liquides. Dans ce but, nous avons étudié deux techniques d'une réaction de précipitation ; la

©BIUM

seconde, plus simple et un peu plus sensible, se dispose de la façon suivante :

Tubes	H^2O	Liquide céphalorachidien	Elixir parégorique
I	V gouttes (0,25 c. c.)	XV gouttes (0,75 c. c.)	XV gouttes (0,30 c. c.)
Témoin	XX gouttes (1 c. c.)	0	XV gouttes (0,30 c. c.)

(Brasser soigneusement la dilution aux 3/4 du liquide céphalo-rachidien dans l'eau distillée et agiter, après avoir ajouté l'élixir parégorique, de façon à obtenir une suspension homogène).

Le résultat se lit au bout de 12 à 24 heures. La réaction est positive lorsqu'il s'est produit une précipitation totale (+++), partielle (++) ou faible (+) ; elle est négative lorsqu'il n'y a pas de précipité (1). Seules, les affections syphilitiques de névraxe et la sclérose en plaques donnent des réactions positives.

Cette réaction a été étudiée parallèlement à la réaction de Bordet-Wassermann chez 100 malades atteints de troubles mentaux divers. Dans 91 cas, les deux méthodes ont donné des résultats concordants : positifs 48 fois (paralysie générale, tabes, syphilis cérébrale ou médullaire), négatifs chez 42 malades qui n'étaient pas syphilitiques ou ne présentaient pas de manifestations spécifiques évolutives ; dans un cas, les deux réactions sont restées simultanément négatives à deux reprises bien que l'anamnèse, les symptômes, l'action ultérieure du traitement eussent fait porter le diagnostic de syphilis cérébrale.

Neuf fois, il y eut discordance entre la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de l'élixir parégorique. Six fois, cette dernière fut partiellement ou faiblement positive, la réaction de fixation étant négative : paralysie générale prolongée dans 3 cas, réaction méningée sans traduction clinique évidente dans 2 cas de syphilis ancienne et 2 cas de syphilis héréditaire. Les 3 observations dans lesquelles la réaction de fixation fut trouvée positive et la réaction de l'élixir parégorique négative concernent 2 formes prolongées de paralysie générale et une réaction méningée latente chez

(1) Le liquide céphalorachidien doit être clair. L'élixir parégorique doit être récemment préparé, avec des produits purs, selon la formule exacte du nouveau Codex, l'eau fraîchement distillée, de préférence à l'aide de l'appareil d'Aubin.

©BIUM

une femme, syphilitique ancienne, atteinte d'urticaire pigmentaire et présentant de l'affaiblissement intellectuel.

En résumé, chez 91 de nos 100 malades, les 2 réactions se sont montrées concordantes. Dans 9 cas, où il s'agissait d'un processus faible, peu évolutif, souvent cliniquement latent, on a noté une dissociation entre la réaction de l'élixir parégorique et la réaction de fixation, 6 fois en faveur de la première, 3 fois en faveur de la seconde ; les autres réactions du liquide céphalo-rachidien étaient faibles ou faisaient défaut.

Hormis ces 3 cas atypiques, la réaction de l'élixir parégorique ne s'est trouvée qu'une fois en désaccord avec la clinique (réaction négative). Elle a donc une réelle valeur diagnostique, et la facilité de sa technique met entre les mains du clinicien un moyen simple et sensible pour dépister la syphilis du névraxe ; elle dispense, le plus souvent, d'avoir recours aux méthodes de laboratoire plus complexes ou ne leur demande qu'un complément de précision ; elle est susceptible, en outre, de les suppléer parfois dans les cas douteux où certains éléments du syndrome humoral peuvent manquer.

NEUROLOGIE

R. Lorente de No, de l'Institut Cajal. — **Les connections cérébello-bulbaires** (*Arch. de Medicina, Cir. y Espec.*, Madrid, 1923).

L'auteur a cherché à préciser, par les méthodes de Golgi et de Cajal complétant ses précédentes recherches par la méthode de Marchi, les relations du vermis, du lobule paramédian et du flocculus avec les noyaux du nerf vestibulaire, et la substance réticulée du bulbe.

De ces zones cérébelleuses partent de très importants courants fibrillaires *nés dans les cellules de Purkinje*, qui, après s'être entrecroisés en partie dans le vermis, contournant ou traversant les noyaux centraux, entrent dans la I. A. K. de Meynert, et de là passent dans le bulbe ; puis par une courbe accentuée changent leur direction dorso-ventrale en ventro-dorsale et se mélangeant aux faisceaux de la racine descendante du vestibulaire, atteignent les noyaux du plancher du IVe ventricule, après avoir émis d'innombrables collatérales ; enfin la fibre primitive, extrêmement amincie, se termine par une maigre ramification.

Toutes les collatérales ne restent pas dans les noyaux du vestibulaire, mais un grand nombre d'entre elles passent

©BIUM

dans la substance réticulaire blanche, pour se ramifier autour des grandes cellules. Ces fibres ont déjà été reconnues par certains auteurs, et, en dernier, par Saito, qui a donné d'elles une explication heureuse bien qu'il n'ait pas apprécié leur quantité.

« Par contre, la méthode de Golgi et celle de Cajal nous ont permis d'apprécier ces énormes masses dont on peut dire que *les 2/5 des fibres du plexus fibrillaire des noyaux du vestibulaire sont fournies par les axones des cellules de Purkinje, en particulier, celles du vermis, du lobule paramédian et du flocculus.* »

Louis PARANT.

PSYCHIATRIE

F. GORRITI. — **Régime alimentaire des aliénés** (*Semana medica* de Buenos-Ayres, 1923).

Gorriti rappelle l'attention, avec une juste raison, sur l'importance du régime alimentaire pour le traitement des maladies mentales. « Dans aucune maladie comme en psychiatrie, l'alimentation ou plus exactement le régime alimentaire, ce qui n'est pas la même chose, doit constituer un chapitre sur lequel le psychiatre doit apporter une attention particulière, parce que l'état d'inconscience du malade rend beaucoup plus difficile la régularisation des fonctions digestives. »

Le régime alimentaire est extrêmement important à connaître à cause du double rôle qu'il joue, à la fois nutritif et thérapeutique. Il y a là un nouveau chapitre qui devrait figurer dans les traités des maladies mentales et sur lequel on n'a pas insisté suffisamment.

C'est ainsi que les auteurs qui se sont tout particulièrement occupés de la question comme Paul Legendre et Martinet, Marcel Labbé, dans des livres récents, ne satisfont pas suffisamment la curiosité du psychiatre.

Gorriti rappelle quelques généralités mises en évidence, notamment par Armand Gautier. Les différences de régime entraînent d'une manière très générale, les différences dans le comportement des individus, de même dans la vie animale. Les granivores et les frugivores, remarque ce dernier auteur, sont presque toujours pacifiques, les herbivores sont facilement domesticables, par contre les carnivores sont plus ardents et dangereux.

Mais l'étude des vitamines a permis de voir le problème sous un angle nouveau.

Les recherches d'auteurs récents sur les fonctions endo-

©BIUM

crines ont montré que celles-ci étaient souvent insuffisantes chez les aliénés. Un des meilleurs procédés pour remédier à cette insuffisance fonctionnelle, consiste surtout à administrer une alimentation riche en vitamines, qui exercent également une action marquée sur le système nerveux.

Les vitamines B régularisent les fonctions digestives, désintoxiquent l'organisme, et exercent une action calmante sur le système nerveux. Ce groupe de vitamines se rencontre surtout dans les céréales, légumineuses, lentilles, vesces, fruits communs, pain, jaune d'œuf, lait, de même que dans le foie, les reins, le pancréas, le cœur, etc.....

Les vitamines A agissent surtout comme agent de nutrition et d'accroissement de l'organisme. On les trouve, surtout, dans les œufs, le beurre, l'huile de foie de morue, les choux, les épinards, la carotte, les pâtes alimentaires.

Les vitamines C ou anti-scorbustiques se trouvent surtout dans les aliments verts, les fruits frais, citron, orange, tomate, navet, carotte, lait frais, etc...

Mais pour ce qui concerne plus particulièrement les aliénés, Gorriti propose d'adapter un régime alimentaire scientifiquement en rapport avec l'état des malades. En premier lieu, il doit être hypoalbumineux, pauvre en viande car on sait l'action excitante de celle-ci sur le système nerveux, sans parler de son influence cardio-vasculaire, dans le même sens. Il suffirait de ne donner de la viande qu'une fois par semaine, même aux malades levés, qu'ils soient travailleurs ou non, si toutefois chaque jour on leur donne du bouillon, des pâtes alimentaires, du vermicelle, du riz, etc... dont on connaît bien la richesse en vitamines.

« Pour les aliénés tranquilles et travailleurs les hydrocarbones doivent prédominer, constituant l'alimentation énergétique par excellence, mais ils ne doivent pas être trop abondants, car c'est un fait d'observation courante dans les asiles qu'un aliéné bien nourri, qui augmente de poids, qui tend à l'obésité, par le seul fait d'une alimentation abondante devient généralement plus excitable. Ses idées délirantes quand elles existent s'exacerbent, et le malade devient moins discipliné, lorsqu'il ne devient pas même plus aggressif ou dangereux.

« Chez les aliénés apathiques, abouliques, asthéniques, dont le système nerveux est déprimé, on pourrait employer temporairement une alimentation à base de viande, mais toujours sous surveillance médicale.

« L'alimentation graisseuse ou similaire (farine, sucre féculents, etc...) doit être donnée surtout en hiver, et encore sous une forme modérée.

©BIUM

« L'alcool et boissons stimulantes — café, thé, maté — ne doivent pas être employés sauf dans des cas très spéciaux. Par contre le café, le thé, le maté peuvent faire partie de l'alimentation quotidienne de l'aliéné, à condition qu'ils soient mélangés de lait qui diminue comme on le sait l'action des alcaloïdes excitants.

« Le maté doit obtenir la préférence non seulement en raison de son prix économique mais aussi parce qu'il est moins riche que les autres en caféine, et à cause de ses propriétés diurétiques. »

L'état d'insuffisance endocrinienne rencontré si fréquemment chez les aliénés, doit nécessiter chez eux une alimentation hyper-vitaminique. Dans les maladies intercurrentes, chez les malades excités, agités, ou qui deviennent d'un moment à l'autre dangereux par leur aggressivité ; chez ceux qui ont des accès impulsifs, ou chez qui les idées délirantes sont sujettes à des exacerbations, ladite alimentation doit être plus stricte, et dans bien des cas tendre à la limite minima.

Ce rationnement alimentaire, associé à la clinothérapie, donne généralement des résultats meilleurs qu'un traitement purement médicamenteux.

Gorriti s'appuie sur les données les plus récentes, comme on le voit, pour souligner l'intérêt qu'il y aurait à varier dans chaque cas en particulier le régime alimentaire des malades. Il est difficile de pratiquer dans les asiles les desiderata qu'il exprime, et l'on peut faire surtout des réserves sur l'intérêt qu'il y a à donner le moins possible d'aliments au malade.

Il serait abusif de pousser trop loin cette théorie, car la déphosphatisation est fréquente chez les aliénés, surtout chez les agités ; de même les psychoses dues à l'épuisement de l'organisme trouvent au contraire leur amélioration dans une alimentation abondante et riche. Toutefois il est intéressant de ne pas perdre de vue les données générales brillamment rappelées par l'auteur.

Louis PARANT.

THERAPEUTIQUE

Sanchis BANUS. — **La cure de narcose prolongée par le Somnifène** (*Archivos de Medicina*, Madrid, 19 mai 1923 ; *Annales de l'Académie Médico-Chirurgicale Espagnole*).

Les bienfaits de la cure de narcose prolongée ont été, depuis longtemps déjà, mis en évidence par Cloetta et par Epiphane.

©BIUM

Sanchis Banus rappelle utilement que l'agitation et l'insomnie peuvent constituer à elles seules de véritables complications, dans beaucoup de psychoses, et cela par des mécanismes différents. En premier lieu, par la production exagérée de « corps de fatigue » produits par la suractivité du système nerveux qui aggrave le facteur humoral de toutes les psychoses. En second lieu, l'agitation psychomotrice comporte un épuisement surrénal ; enfin le malade agité peut facilement refuser la nourriture, d'où une déchéance organique qui peut aboutir à l'acidose. D'autre part, l'agitation est une cause de désordre dans l'asile. Il y a donc une importance très grande à traiter l'insomnie et l'agitation chez les aliénés. Mais jusqu'ici tous les médicaments classiquement employés, bien qu'efficaces, présentaient des inconvénients très grands en raison de leur toxicité.

Chez les aliénés chez qui l'agitation peut durer des semaines et des mois, on ne disposait jusqu'ici d'aucune substance assez active et assez peu toxique pour pouvoir être administrée. Actuellement, grâce à la découverte du somnifène, on peut essayer la cure de narcose prolongée.

Sanchis Banus a pu mettre en évidence l'innocuité de ce produit. Un de ses malades, toxicomane, absorba un flacon entier, soit 4 gr. 1/2, et ne présenta ensuite qu'un simple état de confusion mentale ressemblant au *delirium tremens*.

L'auteur a pu également administrer le somnifène à des cardiaques mal compensés.

Dans l'insomnie des psychonévroses le somnifène doit être administré par la bouche, de manière à obtenir un sommeil de 8 heures. La dose suffisante varie de 30 à 130 gouttes. On peut la donner en une fois à l'entrée de la nuit, ou mieux en deux ou trois fois dans le cours de la nuit.

Mais la véritable cure de narcose prolongée trouve son indication dans la schizophrénie avec agitation ou accompagnée d'un extrême négativisme.

Dans ce cas il faut commencer par injecter au malade un mélange de morphine-atropine-scolopamine ; après quoi on injecte deux ampoules de somnifène par voie intra-musculaire. La voie hypodermique est très douloureuse, et l'intraveineuse dangereuse (phlébite). Le sommeil produit est de 6 à 10 heures. Pendant les trois premières heures le malade est complètement obnubilé. Après quoi il reste dans un état de somnolence qui lui permet d'avaler et d'aller à la selle. Les deux premiers jours il convient de ne donner que de l'eau sucrée froide pour éviter les vomissements, par la suite du lait et des purées claires.

©BIUM

Il faut veiller sur le malade pour qu'il ne tombe pas du lit, et qu'il ne s'étouffe pas en avalant sa nourriture. Il faut le changer de position pour éviter les dangers du *décubitus*.

Lorsque l'on voit que l'effet de la première injection s'épuise, on en fait une seconde de 2 cm³ seulement, et l'on prolonge ainsi la cure tout le temps convenable. Dans la paralysie générale, de même, et dans la psychose à double forme, les périodes d'agitation sont justiciables de la même cure par le somnifène.

Louis PARANT.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Dans sa XXVII^e^ session tenue à Besançon, du 2 au 7 août 1923, sous la présidence du D^r^ Henri Colin, médecin en chef de l'Asile Clinique (Sainte-Anne), l'Assemblée Générale du Congrès des Aliénistes et Neurologistes qui s'est réunie le 4 août, après une discussion à laquelle ont pris part un grand nombre d'orateurs, a émis un vote *unanime* pour que ce Congrès *mixte* subsiste *sous sa forme actuelle.*

M. Sollier a proposé de mettre aux voix l'ordre du jour suivant :

Les Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réunis dans leur XXVII^e^ Congrès à Besançon, convaincus de la nécessité de leur union, tant au point de vue scientifique que moral, et regrettant la campagne entreprise en vue de rompre cette union, décident de maintenir leurs Congrès dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Le vote a eu lieu par appel nominal.

A l'unanimité cet ordre du jour a été adopté.

L'Assemblée générale a pris d'autre part les décisions suivantes :

La *XXVIII^e^ session* se tiendra à Bruxelles, au début du mois d'août 1924, sous la présidence du D^r^ Ern. de Massary, médecin des Hôpitaux de Paris et du D^r^ Glorieux, Inspecteur

©BIUM

général des asiles et colonies d'aliénés du royaume de Belgique.

Le Dr Anglade (de Bordeaux) a été désigné pour remplir les fonctions de vice-président et le Prof. Aug. Ley (de Bruxelles) pour remplir les fonctions de secrétaire général.

Rapports et rapporteurs :

Psychiatrie : « Une des formes de l'enfance anormale : La Débilité mentale », par MM. les Drs SIMON (de Paris) et VERMEYLEN (de Gheel).

Neurologie : « Comment étudier les troubles du langage », par M. FROMENT (de Lyon).

Assistance : « L'adaptation du malade mental à son milieu, spécialement dans l'Assistance familiale », par M. SANO (de Gheel).

La XXIXe session se tiendra à Paris, à la fin du mois de mai 1925 (1), sous la présidence de M. le Dr Anglade, médecin en chef de l'Asile de Bordeaux.

Le Dr Dupain (de Paris), médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, a été désigné pour remplir les fonctions de secrétaire général.

Rapports et rapporteurs :

Psychiatrie : « La guérison tardive des maladies mentales », par M. Jean ROBERT, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch.

Neurologie : « Les encéphalopathies familiales infantiles », par M. CROUZON, médecin des Hôpitaux de Paris.

Médecine légale : « Médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel », par M. Marcel BRIAND, médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine.

EXPOSITION INTERNATIONALE DU CENTENAIRE DE PASTEUR

Strasbourg, juin-octobre 1923

Dans le palmarès des récompenses accordées aux exposants nous relevons avec plaisir les distinctions suivantes :

Grand prix : Asile de Rouffach (Haut-Rhin), Asile de Ville-juif (Seine) (3e section, aliénés difficiles et criminels), Asile de Fleury-les-Aubrais.

---

(1) A la session de Quimper, M. Maurice Quentin, conseiller municipal de Paris, et conseiller général de la Seine, au nom du Conseil général, a invité le Congrès à se réunir à Paris à la fin de Mai ou au début de juin 1925 au cours de l'Exposition qui aura lieu à cette époque.

©BIUM

Diplôme d'Honneur : Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Médailles accordées aux collaborateurs : Médaille d'or : MM. Frankhauser, Courbon, Brissot, Adam, Mézies, Arsimoles.

ASILE D'ALIÈNÉS DE LA SEINE

Un concours pour trois places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'hospice départemental Paul-Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris, le lundi 15 janvier 1924. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 17 au 29 décembre 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1924.

NÉCROLOGIE

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre très distingué collègue le Dr Paul Kéraval, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, décédé à Clermont (Oise) le 9 octobre 1923 à l'âge de 71 ans.

MINISTÉRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés d'Auxerre.

UNIVERSITÉ DE CATANE

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre collègue M. le Professeur Ferdinand Cazzamalli, membre de la Chambre des députés, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, est chargé d'un cours libre à la clinique neuro-psychiatrique de Catane. Il a pris pour sujet : Les causes des maladies nerveuses et mentales.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 28.489

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

A propos de la séparation des aliénés aigus et chroniques dans les asiles d'aliénés de la Seine

Il nous paraît opportun d'attirer l'attention sur la crise grave que traversent les asiles de la Seine. Au moment où notre vénéré maître Magnan a reçu l'hommage de la psychiatrie, qui lui a édifié un monument d'immortel souvenir ; au moment où le centenaire de Bayle a fêté dans des jours inoubliables l'apothéose de la science française, voici que les pouvoirs publics, armés d'une idée juste, mais qui peut être déplorable dans son application, tentent de revenir à trente ans en arrière.

L'admirable effort de nos aînés a transformé les anciens asiles en hôpitaux pour maladies mentales. Dans un temps où la médecine a marché à pas de

©BIUM

géants, la psychiatrie, la plus jeune et la plus délicate de ses branches, a pris un développement insoupçonné. S'engageant résolument dans la voie scientifique, elle s'appuie aujourd'hui sur l'anatomie, la physiologie, la biologie. Le laboratoire est devenu son domaine. La pathogénie et la thérapeutique des affections mentales se développent chaque jour. A considérer les résultats déjà obtenus, nous pouvons envisager les plus grands espoirs. Sans doute, la route sera longue, mais les bons ouvriers ne manquent pas. Nous connaissons aujourd'hui l'étiologie de la paralysie générale ; demain ce sera le tour de la démence précoce et de la maniaque dépressive. Ce n'est pas une chimérique rêverie que de prévoir le jour où maints malades chroniques deviendront curables.

Pour arriver à un tel résultat, il faut naturellement une organisation scientifique et thérapeutique appropriée, des asiles bien outillés avec des médecins instruits en nombre suffisant. Dans cet ordre d'idées, la Société médicale des asiles de la Seine, reprenant la vieille conception de la séparation des aliénés aigus et chroniques, a essayé de réaliser cette réforme en préconisant la réorganisation de l'hospitalisation des aliénés du département sur les bases suivantes (1) : transformation de l'asile clinique en *hôpital d'aigus* avec dédoublement des services (4 médecins au lieu de 2 avec 200 malades chacun environ) ; maintien des asiles extérieurs comme *hôpitaux mixtes* pour aigus,

(1) *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine.* — Rapport présenté à la Société médicale des asiles de la Seine au nom d'une Commission composée des Dr Colin, Truelle, Vigouroux et Toulouse rapporteur, 1920.

©BIUM

subaigus et chroniques avec le cadre médical existant, fondation d'*asiles de chroniques* pour infirmes et invalides mentaux.

Cette nouvelle organisation, basée sur la séparation des aigus et des chroniques, était, du reste, envisagée depuis quelques années avec faveur par le Conseil général. Dès 1918, M. Louis Dausset écrivait dans son rapport : « La question est simple, il s'agit seulement de diviser les asiles en deux catégories, les uns pourvus d'un personnel plus nombreux, réservés à l'observation et au traitement des malades aigus curables ; les autres destinés aux malades chroniques et incurables, qui y trouveraient les soins médicaux essentiels. Les avantages de ce classement sont évidents : au point de vue thérapeutique, il permet de réserver les moyens d'action en faveur des malades de la première catégorie ; au point de vue économique, il permet de réaliser en l'entretien des incurables, des économies qui peuvent être utilement employées, à améliorer les conditions d'hospitalisation et de traitement des curables ». Comme on pourrait le croire au premier abord, la question semble, en effet, fort simple. Il ne nous sera pas difficile de prouver qu'elle est, en réalité, extrêmement complexe. On veut assimiler les asiles aux hôpitaux et les aliénés chroniques aux infirmes ou incurables des hospices. C'est là une erreur fondamentale, ainsi que le savent tous les aliénistes et comme nous le démontrerons plus loin.

Nous ne nous attarderons pas ici à rechercher ce qu'on peut appeler aliénés aigus ou aliénés chroniques. La manie, par exemple, n'est que l'épisode aigu d'une affection psychique parfaitement

©BIUM

chronique et la confusion mentale (maladie purement aiguë) peut durer fort longtemps. Il ne s'agit pas ici de querelles de mots ou de doctrines et on peut envisager simplement comme aigus les malades pouvant guérir dans l'intervalle d'un an environ.

Après des années d'études, de discussions souvent oiseuses et confuses, nous sommes arrivés à l'époque de la réalisation du projet. L'administration et le Conseil général veulent créér à Ste-Anne des services d'aigus avec tous les perfectionnements modernes, augmenter le nombre des médecins et des infirmiers, réaliser en un mot la conception de l'*hôpital psychiatrique* par opposition aux anciens asiles, garderies d'aliénés.

Pour un tel changement, onéreux sans doute, le budget est mal en point. Il y aurait, à la vérité, bien des économies à faire sur les dépenses des aliénés, mais c'est justement là où elles seraient efficaces que personne ne veut regarder.

On s'est donc dit tout simplement : créons deux nouveaux services à Ste-Anne et supprimons deux ou trois services ailleurs ; on oubliait que deux médecins ont déja disparu de Ville-Evrard et on négligeait l'avis si sage de la Société médicale pour laquelle « il importe de ne pas confier à un seul médecin plus de 200 malades dans l'hôpital psychiatrique à prédominance de psychopathes aigus, ni plus de 400 dans les autres établissements psychiatriques ».

Tel est le projet qu'on nous propose : conserver Villejuif comme hôpital mixte d'aigus ou de chroniques nécessitant une surveillance spéciale, mettre à Vaucluse un service unique (250 hommes

©BIUM

et 425 femmes), garder à Maison-Blanche deux services (1.600 femmes). Il me semble que, par contraste avec Ste-Anne, voici les fameuses garderies rétablies dans la Seine. L'Administration allait un peu fort. Aussi M. le Conseiller Chausse a-t-il bien voulu faire, provisoirement, grâce à Maison-Blanche dans des termes excellents et pleins de bon sens : « Les conclusions de la Commission de surveillance conduisent à répartir ces 1.600 malades en deux sections, à réduire à deux le nombre des médecins et à diminuer de soixante-quinze unités le nombre des surveillantes et infirmières. Ces réductions ne sont-elles pas exagérées ? N'est-ce pas trop oublier, notamment, que le médecin n'a pas seulement une mission, si je puis dire, thérapeutique, mais qu'il a encore une mission administrative ? Il doit, à cet égard, organiser ses services, en assurer le fonctionnemenet régulier, veiller à ce que le personnel placé sous ses ordres s'acquitte exactement de sa mission ; il est en rapports fréquents, constants avec la Préfecture de la Seine, la Préfecture de police, le Parquet, l'Administration provisoire des biens des aliénés..., 800 malades pour un médecin, n'est-ce pas trop ? Ce médecin, d'ailleurs, pourra être souffrant, il pourra — n'est-ce pas légitime ? — prendre des vacances. Laissera-t-on alors 1.600 malades aux soins d'un seul médecin ? » L'argument est irréfutable. Nous avons cependant entendu un des plus hauts fonctionnaires dire qu'il avait vu, en province, un asile de 1.300 malades avec un seul médecin et que les aliénés n'y étaient pas plus mal soignés qu'ailleurs.

La raison majeure invoquée par les partisans

©BIUM

des nouvelles garderies est que Ste-Anne et Villejuif conservant les aigus, Vaucluse et Maison-Blanche seront réservés aux chroniques. Quelle est la valeur de ce raisonnement ? Le nombre des admissions dans nos établissements s'élève à 4.500 environ par an et augmentera avec l'accroissement de la population du département. Quel est le chiffre des aigus ? 1.500, dit notre collègue Mignard. Si l'on veut bien réfléchir que beaucoup de chroniques ont débuté par une phase aiguë, que notamment des déments précoces passent souvent par un état maniaque ou confusionnel de diagnostic particulièrement délicat et quelquefois impossible, on peut admettre que 2.000 à 2.500 aliénés entreront dans les services d'aigus. Où les mettra-t-on ? Sera-ce dans les 400 lits prévus à Ste-Anne ou dans les 1.200 lits de Villejuif, qui recevra beaucoup de chroniques, d'après le projet lui-même.

Cet argument n'a pas échappé à M. Michel (1). « Il semblerait, dit-il, d'après les projets, que Ste-Anne suffirait pour tous les aigus, et que tout le reste ne relèverait plus que de la garderie. Je crois que ce serait être loin de la réalité. Sur 800 malades qui seront traités à Ste-Anne, on ne pourra guère compter que 600 en traitement actif. Sur 300 hommes et 300 femmes — actuellement il y en a au moins 100 dans chaque division des hommes et des femmes — ce sera donc 200 hommes et 200 femmes placés à Ste-Anne au lieu d'être répartis dans les asiles de la Seine. C'est peu par rapport au nombre des malades internés dans les autres asiles et qui est d'environ 5.000. »

(1) *Commission de surveillance*, 16 juin 1923.

©BIUM

Il y aura donc toujours des aigus, de vrais aigus dans les asiles de banlieue, faute de pouvoir les placer ailleurs. Cela est si vrai qu'actuellement, à l'asile de Maison-Blanche, alors que l'asile clinique conserve le plus possible d'aigus, nous sommes encombrés de maniaques et de mélancoliques à idées de suicide (forme curable). Dans tous mes rapports annuels, je me plains de cette situation, et je sais que mes collègues sont dans le même cas.

En second lieu, il est faux de croire que les chroniques demandent beaucoup moins de soins médicaux que les curables. Sans doute, les imbéciles, les débiles, les délirants systématisés sans réactions, forment une classe de malades propres, travailleurs, se suffisant à eux-mêmes, demandant une surveillance sommaire, mais de tels individus n'existent guère dans les asiles de la Seine et sont dirigés sur les colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château. On ne peut comparer, sous ce rapport, les asiles de la Seine et les établissements de province. Les pavillons de tranquilles ont des places disponibles ; les quartiers d'agités, d'alités, de gâteux sont toujours surpeuplés. Je passe chaque matin un temps précieux à essayer de faire des changements impossibles faute de lits ; la surveillance est souvent mal assurée, le traitement insuffisant. Telle est l'exacte vérité.

Pas un aliéniste, connaissant son métier, ne soutiendra que les incurables, sauf les tranquilles, exigent moins de soins et de surveillance que les aigus. Les chroniques ne sont-ils pas sujets à des périodes d'agitation, à des impulsions violentes ou à des idées de suicide ? Quelle différence y a-t-il à soigner un maniaque ou un dément précoce excité ?

©BIUM

C'est la même méthode thérapeutique : la balnéation, l'alitement avec ses précautions multiples.

Je prétends même que certains aliénés lucides, intelligents, essentiellement chroniques, demandent plus de temps au médecin que l'aigu. Considérons le persécuté-persécuteur revendicateur ou le persécuté sans affaiblissement intellectuel. Voici un homme persuadé de son bon droit, ne se rendant pas compte de ses anomalies mentales, souffrant de son internement, en proie à une idée prévalante ou à de multiples hallucinations, toujours sur nos pas pour demander sa sortie. Allons-nous l'ignorer, ne pas lui parler, le rejeter, sous prétexte que nous n'avons pas le temps ? Eh bien ! non. Chaque jour, pendant des années, nous l'accueillerons avec bonté, nous l'entretiendrons longuement, nous l'encouragerons, nous lui ferons prendre patience. Un tel sujet donne plus de mal que dix aigus.

Les chroniques sont des malades du plus grand intérêt et méritent une étude approfondie naturellement impossible, sans un nombre de médecins suffisant. Les observations prolongées forment la base de la clinique mentale, au point que beaucoup de diagnostics ne peuvent être actuellement établis que par la marche même de l'affection. Nos sociétés, si vivantes, reçoivent surtout des observations de chroniques. Supprimer ceux-ci en pathologie mentale réduirait à peu de choses l'aliénation, les psychoses étant des affections généralement de longue durée. Est-il besoin de rappeler ici l'œuvre de Charcot qui est resté toute sa vie à la Salpêtrière et sut faire de son service de neurologie l'admirable clinique qui a porté dans le monde le rayonnement de la science française. Enfin, n'oublions pas l'importance de

©BIUM

l'anatomie pathologique, qui s'effectue, presque exclusivement, dans les services d'incurables. Il y a là toute une série de travaux de première valeur pour l'aliéniste.

L'impossibilité absolue de confier 800 malades à un seul médecin n'a pas été sans frapper les esprits. On a cru tourner la difficulté en créant des postes d'assistants, c'est-à-dire de docteurs ayant déjà accompli deux ou trois ans d'internat et capables de seconder, dans une certaine mesure, le chef de service.

Or, voici les deux éventualités qui se présentent : l'assistant aura la signature, ou ne l'aura pas. Si celui-ci a la signature, c'est en réalité un véritable chef et nous arrivons à cette situation paradoxale suivante : alors que les médecins-chefs de la Seine sont choisis à la suite d'un concours difficile parmi d'excellents et anciens médecins de province ayant fait leurs preuves, il y aura de jeunes chefs de service connaissant à peine les aliénés et qui n'auront peut-être pas tous passé l'épreuve du concours de médecin des asiles. Une injustice aussi flagrante a ému nos collègues de province, qui ont porté leurs revendications devant le récent Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Besançon.

On confiera à ces jeunes gens des incurables, me dites-vous ? Mais ceux-ci demandent une pratique particulièrement longue ; ce sont eux qui donnent lieu aux affaires médico-légales les plus délicates. Que de médecins, rompus à la clinique par une étude journalière pendant de nombreuses années, se trouvent embarrassés lorsqu'il s'agit de mettre en liberté de vieux persécutés réclamant sans cesse

©BIUM

leur sortie et pour lesquels il faut, en plus de la valeur scientifique, l'expérience de la vie. La nomination d'assistants ayant la signature est une mesure injuste, irrationnelle, anti-légale et dangereuse.

Si l'assistant n'a pas la signature, il devient un médecin-adjoint de nature indéterminée, un personnage sans responsabilité, intermédiaire entre le chef de service et l'interne et dont on ne voit pas bien la fonction. Après une campagne de 30 ans, qui existait déjà lors des temps lointains de mon internat, les pouvoirs publics ont enfin supprimé l'adjuvat. Nous croyions cette réforme définitive et il était difficile de prévoir le contraire. Quelle était notre candeur ! Les médecins-adjoints sont supprimés dans les asiles de province comme inutiles et nuisibles, les voici rétablis dans la Seine ; telle est la logique de l'Administration !

Si l'on veut diminuer un peu le travail des chefs de service et leur permettre de consacrer plus de temps à chacun de leurs malades, qu'on augmente le nombre des internes. C'est la seule mesure efficace et réellement utile. A l'exception de Ste-Anne, les médecins de la Seine ont un seul interne pour 450 malades. Pas un esprit sensé ne protestera si je dis que ce nombre est insuffisant et que nous devrions avoir deux internes.

Il reste, enfin, un dernier point à envisager : la question financière, dont nous devons à bon droit nous préoccuper et dont l'importance primordiale n'échappe à personne. Dans le rapport préfectoral, le projet se traduirait par une économie de 1.300.000 francs. Voilà un chiffre imposant et mon âme de contribuable ne peut que se réjouir d'une si heureuse éventualité.

©BIUM

M. Mignard (1) a fait justice d'une telle supposition, en montrant que si on peut escompter une diminution des infirmiers dans un établissement de banlieue, ne recevant que des infirmes ou des invalides mentaux, elle sera balancée par une augmentation du personnel dans les services d'agités ou de gâteux d'un autre asile, car il faudra bien mettre ces malades quelque part. C'est l'évidence même. Il ne peut y avoir de compression de dépenses du côté du personnel, celui-ci ne sera réduit d'un côté que pour être accru d'un autre.

La seule économie faite sera la suppression de deux ou trois médecins. Or, que coûte un médecin, fût-il de première classe ? Moins de dix centimes par malade et par jour, sans faire état du traitement de l'assistant qui le remplacera. « Le traitement médical des malades est assuré par des savants de premier ordre et on est vivement surpris de constater qu'à Villejuif il ne coûte au département que 135.391 francs, tandis que leur surveillance matérielle coûte 3.594.098 francs » dit M. Surleau-Goguel, rapporteur du budget de l'asile de Villejuif (2). Supprimer deux ou trois postes de médecin dans les asiles de la Seine équivaut à diminuer d'une quarantaine de mille francs le budget du service des aliénés. Est-ce pour ce piètre résultat que le département de la Seine va désorganiser ses asiles suburbains et rétablir des garderies qu'il avait si véhémentement combattues jadis, lors de la suppression des adjoints ? Voudra-t-il confier à un seul médecin 800 malades sous le prétexte qu'ils

(1) *Rapport sur la réorganisation des asiles de la Seine adopté par la Société médicale dans la séance du 6 mars 1923.*

(2) *Commission de surveillance,* 13 novembre 1922.

©BIUM

sont chroniques et ne méritent plus ni soin, ni attention ? L'expérience aurait vite fait de remettre les choses au point, en montrant l'inanité des pronostics en pathologie mentale. Je connais une malade guérie au bout de six années de traitement ; le médecin, clinicien de valeur, avait annoncé au mari l'incurabilité et celui-ci, en toute honnêteté, s'était créé un nouveau foyer. J'ai assisté à des scènes déchirantes dont je garderai toujours le souvenir douloureux, car les personnages du drame étaient tous trois dignes du plus grand intérêt. Sans doute, ces cas sont exceptionnels, mais ils n'en existent pas moins.

En vérité, l'asile est un tout complexe devant réunir les différents services : calmes, gâteux, agités, car les malades changent journellement d'attitudes et de réactions, dans le cours des affections mentales. La Seine, ayant un grand nombre d'aliénés et six établissements presque voisins à sa disposition, peut et doit faire des sélections utiles, mais il ne faut pas pousser trop loin la spécialisation. Comme l'ont démontré la Société médicale et la Commission de surveillance, il y aura pratiquement des asiles à prédominance d'aigus et d'autres à prédominance de chroniques, les uns et les autres ayant une organisation médicale un peu différente.

Du reste, l'intérêt scientifique exige que l'aliéniste ne se cantonne pas exclusivement dans telle ou telle spécialisation impossible. La psychiatrie est si vaste, si complexe, si mystérieuse encore qu'il doit avoir le champ libre pour ses travaux. Aigus et chroniques se mélangent, se complètent et constituent l'aliénation dans ses formes multiples. L'étude des uns et des autres nous permettra seule

de résoudre les questions passionnantes qui nous préoccupent. Que de cas resteraient insolubles s'ils n'étaient suivis par le même médecin pendant toute l'existence du malade. La plupart des affections mentales ne se jugent pas en six mois ou en une année.

Lorsque la Société médicale a préconisé la création de services d'aigus à Ste-Anne, elle a voulu mettre une de nos maisons à la hauteur des progrès de la médecine, ouvrir des centres de recherches et de travail, installer des services avec toutes les ressources d'investigation et de thérapeutique modernes, fonder, en un mot, « l'hôpital psychiatrique pour un traitement intensif, en faveur des affections les plus curables à évolution rapide ».

Nous n'avons jamais eu l'idée que cette heureuse innovation pouvait être faite au détriment des asiles suburbains, transformés en nouvelles garderies et où tout foyer scientifique serait éteint. Défenseurs des aliénés, forts de nos connaissances techniques, nous ne donnerons jamais notre assentiment à un projet, qui veut traiter en parias l'immense majorité de nos malades. Nous ne laisserons pas écrire à la porte de nos asiles la sentence fatale : Laissez ici toute espérance.

R. Leroy.

©BIUM

GASTON-GEORGES DENY (1847-1923)

Ceux qui ont vécu modestement, satisfaits du seul titre qui leur permît toute une vie d'étude et de travaux, ont particulièrement droit à nos éloges, le jour où ils ne peuvent plus se faire entendre, qu'à la douleur de ceux qui ont estimé leurs vertus.

Pour eux, l'allure élégante, la noble physionomie, l'esprit subtil de Deny seront des traits inoubliables.

Sa perspicacité de psychologue, par laquelle il connaissait si bien le caractère de tous ceux qui l'approchaient, sa bonne humeur habituelle, ses soins diligents, son affabilité, ses avis éclairés, sa sagesse étaient de profondes et d'aimables qualités, par lesquelles il nous a édifiés sur l'utilité et le charme de sa compagnie.

En faisant œuvre dans l'un des sujets les plus ardus de la clinique psychiatrique, il a pu préciser la symptomatologie et le diagnostic de la Démence précoce, dans des travaux longuement poursuivis et qui s'offriront à ses successeurs, comme le modèle d'une étude sérieuse et durable.

***

Gaston-Georges Deny naquit le 23 septembre 1847, à Nangis (Seine-et-Marne).

Reçu interne des Hôpitaux en 1872, après avoir passé en particulier par Saint-Louis et par la Salpêtrière, il fut nommé médecin-adjoint de Bicêtre, en 1882, et médecin en chef, le 22 juin 1886.

©BIUM

Puis, il passa médecin en chef à la Salpêtrière, où il a écrit ses principaux travaux.

Il était médecin honoraire, depuis le 25 déc. 1912.

Il fut membre et président de la Société Médico-Psychologique.

Membre fondateur, premier secrétaire général et président de la Société de Psychiatrie de Paris.

En 1911, il présida le Congrès d'Amiens.

Il était membre correspondant de la Société de Médecine mentale de Belgique (1885) et membre correspondant de la Société royale de médecine de ce même pays (1886).

Il mourut à Paris, le 1er décembre de cette année 1923.

⁂

Rarement ceux qui devaient produire des œuvres de quelque importance n'ont écrit que d'une façon tardive.

Nous nous étonnons. Cependant le soin scrupuleux, les hésitations, le désir de toujours mieux faire, les critiques qu'il faisait de ses manuscrits nous expliquent, chez Deny, une particularité qui par là devient un mérite.

Une longue pratique à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, une habitude développée chaque jour à pénétrer le fond des malades, devaient, selon son caractère, précéder ses remarquables études.

Rien de plus logique, si l'on songe aux difficultés de la Psychiatrie, la plus délicate et la plus complexe parmi toutes les Pathologies.

Il faut chercher le secret de sa méthode clinique, en le suivant dans l'examen qu'il faisait des malades.

C'était une longue et banale conversation, portant sur tous les événements et les accidents de la vie quotidienne, en se plaçant ainsi à la portée de tout malade entrant à l'hôpital.

Les élèves qui, dans ces dernières années, l'entouraient à Tenon, impatients de connaître le nom de la maladie et d'entendre développer de hautes considéra-

©BIUM

tions de pathologie, dans un domaine de la médecine qu'ils ignoraient tout à fait, demeuraient surpris de ce soin du maître, à connaître en toute précision l'âge de chacun des enfants du malade, ou tant d'autres détails qui leur semblaient d'un intérêt secondaire.

Mais lui, à travers les réponses faites, saisissait toute une série de notions relatives au degré d'atteinte, ou de conservation de l'intelligence, ce qui incontestablement était l'une des connaissances capitales à obtenir.

Bien plus, le caractère originel, les réactions déterminées par des événements les moindres en apparence, devenaient, en définitive, dans un tel interrogatoire, l'objet d'un ensemble, où tous les éléments morbides, dans la jonction des causes internes et extérieures, faisaient apparaître le malade tout entier dans une vue synthétique la plus complète possible.

Le point central des études de Deny a été certainement la Démence précoce, tandis que d'autres psychoses, avec lesquelles elle peut être confondue, en sont la circonférence.

Sur ce sujet, tout le monde connaît ses travaux classiques, son livre avec son élève Roy, qui a marqué une phase de la question, en France, son *Rapport au Congrès de Pau,* son article dans le *Traité de pathologie* de Sergent.

En ces dernières années, l'épidémie d'encéphalite léthargique lui fournit un objet d'études complémentaires de la même Psychose.

Et, dans des mémoires tout récents, il s'efforça de distinguer le syndrome de la Démence précoce, réalisé par les lésions inflammatoires de l'encéphalite épidémique, d'avec la Démence précoce, maladie à lésions exclusivement neuro-épithéliales.

Membre fondateur de la Société de Psychiatrie, il ne cessa jamais de se préoccuper d'assurer l'intérêt de ses séances et de la maintenir au point élevé de sa valeur scientifique.

Président du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, à la session d'Amiens, il fut tout récemment au premier rang des

défenseurs de cette Institution, dont les intérêts se confondaient avec ceux de la Psychiatrie elle-même, à côté de Meige, de Semelaigne, d'Arnaud, d'Anglade et de René Charpentier, avec lui, les membres les plus importants du Comité permanent.

Et, en dépit du sentiment de sa fin prochaine, dont il parlait avec moins de regret qu'il n'en faisait ressentir, il n'avait pas abandonné tout espoir de se rendre, l'année qui va venir, à la réunion de Bruxelles, qu'il voyait s'ouvrir sous de meilleurs auspices.

A celui de ses amis auquel, durant trois années, il avait prêté son aide précieuse à l'Hôpital Tenon, il recommandait, en mourant, de faire ses adieux aux malades qui avaient pu apprécier son dévouement et ses soins affectueux.

Et il se félicitait aussi d'avoir pu remettre, peu de jours avant sa courte maladie, le manuscrit revu de son article du *Traité de Pathologie médicale*.

Ni la science des maladies mentales, ni ses amis ne l'oublieront.

Dr KLIPPEL.

©BIUM

RAISONNEMENTS PAR ASSONNANCES VERBALES

Par le Dr R. DE SAUSSURE,
Médecin de l'Asile de Bel-Air (Genève)

On a souvent attiré l'attention sur la fréquence des néologismes chez les déments précoces, et sur leurs jeux de mots basés sur la ressemblance d'assonnance de deux mots. Ces malades diront que Bordeaux signifie : au bord de l'eau, ou qu'il faut faire une rude transpirée pour passer à travers le port du Pirée. Peut-être n'a-t-on pas assez fait remarquer que sous ces jeux de mots se cachent souvent des raisonnements entiers qui échappent à toute logique et qui se poursuivent uniquement en vertu d'une assonnance verbale. Avant de discuter l'intérêt que ces phénomènes peuvent avoir pour nous, donnons-en quelques exemples :

Un malade de Cery (Lausanne), Div..., catatonique, se dit être fils de Dieu parce que son nom commence comme celui de Dieu. De même il annonçait que Wilson deviendrait un grand général, parce que son nom veut dire : qui prend les villes et les zones.

L..., un autre paranoïde de Cery, lit dans un journal le nom de Bernardino. Il y voit la preuve qu'il est président de la confédération Suisse. Ce nom a été écrit pour faire connaître qu'il y a un homme hardi à Berne ; or, quel homme hardi, sinon lui, pourrait-il y avoir à Berne ? L'homme hardi de Berne est évidemment le Président de la Confédération.

Nous avons aussi trouvé un très grand nombre de ces raisonnements chez le malade M... atteint de démence paranoïde à l'asile de Bel-Air. La plupart de ses raisonnements ont pour but de démontrer l'objectivité de ses hallucinations et la réalité de ses idées délirantes. Nous donnons ici les grandes lignes de son système délirant.

Il existe une multitude de dieux qui atteignent une apogée, après laquelle ils sont obligés de reculer. Si

ces dieux sont pris en astral, ils sont obligés de s'agrandir à l'infini ; en quelques secondes, on les fait vibrer avec une telle rapidité qu'ils prennent des dimensions fantastiques. Ces dieux ont la forme d'animaux, de plantes, etc. Or, M... sait que ce sont des dieux parce que Jéhova veut dire : Dieu, et : Je vais haut, c'est-à-dire : Je grandis sans cesse.

La métempsychose est contenue dans le système de M. Il en déduit que toutes les personnes qui portent le nom d'Alexandre représentent le point culminant que peut atteindre l'âme, et le commencement de la dégringolade, puisqu'andre, en italien, signifie : en arrière. Il ajoute que ceci est particulièrement vrai pour Alexandre Dumas, parce que cela veut dire : au sommet du mât.

M... se trouvant au foyer de deux soleils qui sont en train de se condenser, est forcé d'absorber une quantité énorme de lumière ; cette lumière le pénètre par ses ongles, et fait vibrer son pouls et son estomac. Toute la nourriture qu'il prend vibre à des vitesses fantastiques, et ressort en de grands fils, par ses cheveux et ses poils. C'est ainsi que sa colonne vertébrale a été prolongée à des hauteurs inimaginables. Or ceci devait lui arriver puisqu'il a fait sa carrière en Italie, ce qui signifie : Il t'a lié. Ces vibrations étouffent M... et lui donnent l'impression qu'il va être englouti sous des montagnes.

M..., qui en dehors de ses idées délirantes a gardé une intelligence assez vive, mais dont il ne se sert que lorsqu'on l'arrache à son système métaphysique, prétend ne pas être fou, et base l'objectivité des phénomènes qu'il ressent sur le fait qu'ils étaient prédits par la Bible. Celle-ci en effet parlait déjà de Philémon, et par là annonçait la torture par les fils et les monts. Si tout cela n'était pas, il n'y aurait pas de Vésuvio, c'est-à-dire de montagne signifiant : Je vais sur vous. Le nom de la ville Messina indique aussi qu'il doit voir des dieux grandir en astral, puisque cela signifie : Mets le cinéma.

M... se plaint sans cesse d'être cuisiné par les dieux, et, du fait que j'habite la chambre qu'il avait autrefois, il déduit que je serai sûrement cuisiné à mon tour,

©BIUM

mon nom (Saussure) voulant dire que je suis sûr d'avoir ma sauce.

Je pourrais multiplier à l'infini ces citations, car M... forme sans cesse de ces raisonnements et voici pourquoi : Il est en proie à des hallucinations auditives qui ont un caractère très spécial. Ce sont des mots isolés qu'il entend répéter jusqu'à ce qu'il leur ait trouvé un sens.

Les exemples précités montrent clairement qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple association extrinsèque. De l'association, le malade déduit un fait et tout un raisonnement.

« Messina est une ville d'Italie. J'ai habité l'Italie, donc mon sort est lié à celui de Messine. Le vrai sens de Messina est : Mets le cinéma, et puisque j'ai habité l'Italie, c'est à moi qu'on met le cinéma. Les médecins croient que je me fais des illusions. Erreur : Le mot de Messina est là pour prouver le contraire. »

Il y a, à la base de ce raisonnement, un mode de logique que nous retrouvons chez les peuples primitifs. Pour eux, le semblable n'évoque pas seulement le semblable, il le produit. J'emprunte l'exemple suivant au livre remarquable de Paul Giran (*Magie et religion annamite*, Paris, Challamel, 1912, p. 87) : « La nourrice qui perd son lait doit, pour le faire revenir, se rendre au pied d'un arbre à lait (cây sua) et y déposer quelques sapèques en disant : « Vendez-moi, je vous prie, une charge de lait pour nourrir mon enfant. » Après cela, elle coupe deux branches de l'arbre, et les rapporte sur son épaule chez elle, et les place sous la natte de son lit, du côté de la tête. Le lait reparaît, croit-on, au bout de trois jours. »

Dans la pensée d'un primitif, un geste symbolique peut provoquer une calamité. Ainsi l'Annamite croit, en plantant un objet pointu dans la terre où son ennemi a uriné, lui provoquer des douleurs dans l'urêtre. De même, dans la pensée de M..., il suffit qu'il existe un mot symbolique indiquant un supplice, pour que son sort en dépende.

L'homme normal et évolué, lie ses connaissances soit par des liens de ressemblance ou dissemblance,

©EHUM

soit par des liens de simultanéité, soit par des liens de succession. Ainsi l'idée de tumeur peut faire surgir celle d'une petite colline, et c'est ce qui a fait choisir aux Chinois, pour désigner dans leur écriture le terme de verrue, le signe de montagne placé sous celui de la maladie. Par simultanéité, nous rapprochons les idées de feu et de lumière ; par succession, la cendre nous fait penser à la flamme. D'une succession nécessaire naît l'idée de causalité.

Mais partout où la logique normale fait défaut (peuplades primitives, enfance, états de démence, imbécillité), nous voyons le lien de ressemblance confondu avec celui de la causalité. Tous les exemples précités sont là pour en faire foi. Empruntons-en encore à M... Pour lui, Jésus-Christ veut dire : J'ai une crise (ressemblance verbale érigée au rang de principe causal). En vertu de cette égalité : Jésus-Christ = J'ai une crise, M... déduit que Jésus a eu une crise. Poursuivant le raisonnement par analogie, il ajoute : donc moi, disciple de Jésus, je dois avoir une crise. Cela étant en effet arrivé, M..., tournant dans un cercle vicieux, renverse la proposition et dit : « Moi, disciple de Jésus-Christ, j'ai eu une crise, par conséquent Jésus-Christ signifie bien : J'ai une crise. » Partout M... substitue le lien de causalité au lien de ressemblance. Il déduit le fait de l'analogie verbale.

Ayant examiné les faits, cherchons à en préciser les causes :

1) Lorsque nous pensons, la pensée précède généralement notre parole intérieure. Le mot ne fait que préciser l'idée (Voir à ce sujet : Egger, *La parole intérieure*. Paris, Baillières, 1881). Au contraire, dans le raisonnement par assonnances verbales, c'est le mot qui dicte l'idée, idée qui est déterminée par le sens des sons dont est formé le nom, mais non pas l'idée attachée au mot par la convention du langage.

Pour comprendre ce processus, il faut remarquer que, chez toutes les personnes dont le psychisme est affaibli, le mot n'éveille plus l'idée qui lui est correspondante. Faites lire une petite histoire à un imbécile ou à un dément, il sera incapable de la répéter. Ceci n'est pas dû seulement à un défaut de la mémoire de

©BIUM

fixation, mais aussi à une conséquence de la démence. Le malade relie en effet, avec moins de vivacité que le normal, le mot à l'idée et l'idée au mot. De même que pour s'exprimer il a de la peine à trouver le mot propre, de même le mot n'éveille chez lui l'idée que d'une façon très confuse.

2) A la base de ces raisonnements par assonnance verbale, il y a encore le fait de l'usure des mots. Les linguistes ont fait remarquer qu'un mot ne gardait pas toujours sa signification première, mais qu'avec le cours du temps, il changeait de sens (Voir Littré : « Comment les mots changent de sens », Paris, 1888. Darmesteter : « La vie des mots », Paris, 1887, p. 45 et suiv. Bréal : « Essai de sémantique », Paris, 1904. Meillet : « Comment les mots changent de sens », *Année sociologique,* 1905-1906, p. 1 à 38. Vendryès : « Le langage », Paris, 1921, p. 225-248).

Il est compréhensible que, si dans l'histoire d'une langue, un mot n'éveille pas toujours la même idée, dans l'histoire d'un homme, un mot trop souvent employé peut ne plus évoquer l'idée qu'il recouvre. L'individu cherche à lui donner un sens nouveau ou, plus exactement : les complexes affectifs de l'individu cherchent à s'extérioriser dans ce symbole devenu vide de sens. Il en est ainsi, par exemple, du malade M... Sa nature religieuse lui reprochait de toujours penser à ses affaires (il était directeur d'une grande usine). Pour éviter ce genre de préoccupations, il s'amusait en rentrant de l'usine, à composer des discours qu'il apprenait par cœur, et qu'il se répétait sans cesse. A force d'employer certains mots dans ses soliloques, ceux-ci perdirent leur sens ; il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui, ces mots reviennent souvent à son esprit. Il leur donne alors un sens nouveau qui correspond à ses préoccupations actuelles. C'est d'ailleurs un fait bien connu que chez les aliénés, les mots perdent souvent leur sens. Tout le psittacisme est là pour nous le prouver (Voir Dugas : « Le Psittacisme », Paris, Alcan.). Voici du reste à ce sujet un fragment d'un discours du malade F..., pensionnaire à Bel-Air. « Les gens des sectes secrètes invisibles qui

©EHUM

pratiquent la science d'aliénation, nous jouent des mots d'histoire pour leur donner une signification. Ils emploient les mots : honneur, philosophie, ostracisme, noblesse, mœurs, aristocratie, justice, alors qu'ils n'existent pas, et ne sont pas des vérités. Ils ravagent notre vie pour donner une signification scientifique à ces mots. »

3) La troisième cause à la base des raisonnements qui nous occupent, est l'affaiblissement de l'attention. Pour une attention affaiblie, l'enchaînement logique devient une opération trop difficile ; l'individu se contente de liens d'assonnance qui gardent pour lui l'apparence de la logique. L'abstraction ne peut plus bien être saisie, elle est réduite en images. Mais ces images ne sont pas logiquemeent déduites, elles sont dictées par l'assonnance des mots (Messina = Mets le cinéma).

Les raisonnements par assonnance verbale nous intéressent à plus d'un point de vue. Tout d'abord ils sont une preuve éclatante que les processus psychiques inconscients, surtout chez les aliénés, n'ont rien de rationnel. Par conséquent, lorsque nous recherchons la génèse psychique d'une idée délirante, nous ne saurions nous baser sur le bon sens et sur des raisonnements logiques pour la découvrir. Nous ne pouvons souscrire à cette critique d'Hesnard (« La Psycho-Analyse ». Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, p. 9. Besançon, 1923) : « Certaines inductions de Freud lui-même choquent le bon sens, tant elles sont vraiment par trop « tirées par les cheveux ». Nous n'avons nulle intention de défendre en particulier chacune des inductions de Freud, mais nous voudrions seulement protester contre ce critère du bon sens qui n'a rien à voir en cette matière. En effet, le propre de ces raisonnements et de ces symboles est d'échapper au bon sens.

Nous souscrivons plus volontiers à la phrase précédente du discours du Dr Hesnard : « L'interprétation symbolique à la manière de Freud est certainement une excellente occasion de connaître une foule de tendances de la vie intime dissimulée derrière la façade

©BIUM

de la personnalité sociale, et que le simple interrogatoire est impuissant à révéler. Mais que de causes d'erreurs dans cet art de deviner ! » Ces causes d'erreurs sont nombreuses surtout dans la manière dont on a appliqué la psycho-analyse en France où, négligeant la technique établie par Freud et ses disciples, on a cherché à deviner directement le sens des symboles, sans prendre les associations d'idées du malade. Cette façon de procéder est d'autant plus coupable que même la technique délicate de Freud est sujette à des erreurs et doit être maniée avec la plus grande circonspection. Il n'en reste pas moins qu'elle est à l'heure actuelle la méthode la plus précise pour aborder tous ces phénomènes si déroutants de notre inconscient irrationnel.

Les raisonnements par assonnances verbales sont « tirés par les cheveux », mais le fait que des malades peuvent nous tenir de pareils raisonnements doit être une preuve pour nous que des associations tout aussi bizarres peuvent se rencontrer dans l'inconscient des malades, et que, loin d'en nier l'existence, nous devons faire effort pour améliorer les techniques qui nous amèneront à les mieux connaître.

Ces raisonnements sont des pensées incomplètes, telles que notre langage intérieur en contient un grand nombre. En somme, ils sont formés d'un seul mot qui synthétise tout un jugement. Il faut aussi attirer l'attention sur le fait de leur approximation. M..., par exemple, voit une preuve de la réalité de ce qui lui arrive dans le fait que la Bible déjà l'annonçait. Elle l'annonçait puisqu'elle parlait de Philémon. Or, c'est ce qui le tourmente, les fils qui lui lancent des courants, les monts qui l'oppressent. On voit à quel point l'esprit débilité se contente de peu. Il n'est dit nulle part que quelqu'un serait torturé par des fils et des monts. Le mot de Philémon ne s'orthographie pas même comme fil et mont, et cependant une conviction spontanée s'empare de M... que ce nom fait allusion à ses maux.

De même, X..., lorsqu'il identifie Lausanne avec « Oh Anes », fait abstraction complète de L et de S, et il juge équivalents les deux phonèmes ânes et anne. Inutile d'insister davantage sur ce point qui ressort nette-

ment de tous les exemples ci-dessus. Tout approximatifs et irrationnels que soient les raisonnements par assonnances, ils sont cependant conscients à l'individu qui les fait. C'est donc avec beaucoup plus de raison encore que nous sommes fondés à croire qu'à la base des rêves, des lapsus linguæ, des idées délirantes, etc., nous pouvons trouver des jeux de mots tirés par les cheveux.

En analysant ces raisonnements par assonnances verbales, notre but était de montrer qu'après tout, nous ne sommes pas en droit de rejeter *a priori* les explications freudiennes des rêves, puisque des phénomènes analogues sont connus depuis longtemps en pathologie mentale (1).

---

(1) J'avais déjà terminé cet article, lorsque j'ai trouvé dans le Folk-Lore chinois quelques faits propres à illustrer la fréquence des raisonnements par assonnance verbale.

— Les chinois ne mettent point de ceinture à leurs morts parce que Tai-Tse (la ceinture) se prononce en chinois de même que T'ai Tse qui signifie emporter les enfants. Les chinois craignent donc qu'en mettant une ceinture au défunt, celui-ci n'emmène avec lui ses enfants dans la tombe.

Pour la même raison, on ne se sert pas de la boutonnière des habits car K'eou-Tse (boutonnière) se prononce comme K'eou Tse qui signifie voler les enfants. (Voir Doré. Recherches sur les superstitions chinoises 1re partie, t. I, p. 43, imprimerie T'ou sè wè, Changhaï, 1911).

— Nous apprenons encore du même auteur (*ibidem*, p. 49), qu'avant de fermer un cercueil, les chinois prennent trois cheveux de la tresse du mort et les enroulent autour de trois gros clous préparés pour fermer le cercueil. Cette coutume a pour but d'assurer au défunt une longue postérité, en vertu du jeu de mot suivant : Les syllabes Wan-Ting signifient à la fois entourer le clou et descendants.

— Le Folk-lore chinois est extrêmement riche en faits de ce genre. Il est inutile de multiplier les citations ; je voudrais seulement rappeler ici comment fut construite la grande muraille de Chine.

L'empereur Chin Schi Huang Ti, contemporain d'Hannibal, avant d'entreprendre ce travail d'Hercule consulta un oracle. Celui-ci lui répondit que si l'empereur voulait mener son travail à chef, il fallait avant que 10.000 ouvriers fussent enterrés sous la muraille. Chin Schi Huang Ti ne se découragea pas pour cela, trouvant un de ses sujets qui portait un nom signifiant 10.000 hommes, il le fit enterrer vivant sous le grand mur et acheva son immense entreprise — (voir Bredon, Peking. Kelly et Walsch, Shanghaï, 1922, p. 365). Ces faits nous montrent combien il serait dangereux, en psychopathologie mentale, de vouloir nier en principe la possibilité d'explications basées uniquement sur des jeux de mots.

R. de S.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 NOVEMBRE 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

MM. Allamagny, Brousseau, Collet, Demay, Logre, membres correspondants, assistent à la séance.

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

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le Dr Auguste Marie et de M. le Dr Rodiet qui posent leur candidature aux deux places vacantes de *membre titulaire*. L'élection est fixée à la séance de décembre, après la lecture du rapport qui sera établi sur ces candidatures par une Commission composée de MM. Vallon, Bonnet et G. de Clérambault, rapporteur ;

une lettre de M. le Dr Targowla qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant national. Une Commission composée de MM. Claude, Lwoff et Toulouse, rapporteur, est désignée pour examiner cette candidature ;

une lettre de M. le Dr Borel qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une Commission composée de MM. Briand, Colin et Claudè, est désignée pour examiner cette candidature ;

une lettre de M. le Dr Codet qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une Commission composée de MM. Séglas, Sérieux et Vurpas, rapporteur, est désignée pour examiner cette candidature.

Rapport de Candidature

M. Dupain. — Messieurs, Vous avez nommé une Commission composée de MM. Marcel Briand, Président, H. Colin et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner les

titres et travaux scientifiques de M. le Dr Ch. Reboul-Lachaux, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

De par l'intransigeance d'un pagination stricte de nos *Annales*, j'éprouve une contrainte importune de ne pouvoir m'étendre sur les différents travaux du Dr Reboul-Lachaux et développer, comme je l'aurais souhaité, l'exposé de ses titres.

J'ai plaisir à m'acquitter de cette mission ; l'occasion m'est heureuse de proposer à vos suffrages la candidature d'un ancien interne de Vaucluse et de l'Admission.

Issu d'une famille médicale, le Dr Reboul-Lachaux commença ses études à la Faculté de Marseille, et fût interne des hôpitaux de cette ville. Il eut pour premier maître son père le Dr Henry Reboul-Lachaux, mort pour la France, médecin-inspecteur des Troupes coloniales, Directeur du Service de Santé du 36e Corps d'Armée. L'un de ses grands-pères, le Dr Charles Reboul, était médecin de la Marine, l'autre, le Dr Charles Lachaux, médecin en chef des Asiles d'aliénés. Un de ses oncles, M. le Dr Georges Lachaux, ancien interne des asiles de la Seine, est médecin-directeur de la Maison de Santé de Sainte-Marthe, à Marseille. Le jeune étudiant, à l'exemple de son grand-père et de son oncle, voulut se spécialiser dans l'étude de la médecine mentale. Il vint à Paris, fut reçu interne des Asiles de la Seine au Concours de 1920, et fit ses débuts à Vaucluse, où j'ai pu apprécier l'étendue de ses connaissances et le sérieux de sa méthode de travail. Enfin il eut la bonne fortune d'avoir pour Maître à l'Admission de l'Asile Clinique le Président de votre Commission, dont je suis aujourd'hui le rapporteur. Dans le très important Service du Dr Marcel Briand, il lui fut possible d'observer les cas cliniques les plus divers et mettre à profit les enseignements de son excellent maître. En collaboration avec le Dr Marcel Briand, notre candidat présente plusieurs malades aux séances de la Société Clinique de Médecine mentale. Notamment un cas de « Hérédo-syphilis et paralysie générale infantile » ; des exemples de « Troubles du caractère et séquelles mentales

©BIUM

de l'encéphalite épidémique chez des enfants ». Puis, en collaboration avec le Dr Henri Colin, une observation très détaillée de « psychose polynévritique ».

Après de brillantes épreuves, M. le Dr Ch. Reboul-Lachaux était nommé médecin des Asiles publics d'aliénés, au Concours (A) du mois de mars 1922. Peu de temps après, il obtenait le Diplôme de médecin-légiste de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Paris.

Le Dr Ch. Reboul-Lachaux n'est pas un inconnu pour vous, Messieurs, vous lui avez décerné le prix Moreau de Tours à la séance solennelle de l'année dernière. En effet, la thèse de doctorat de votre lauréat est véritablement remarquable, et digne de cette récompense. Le sujet choisi : « Du maniérisme dans la démence précoce et dans les autres psychoses (sémiologie clinique et psychogénèse) » était particulièrement difficile à traiter ; c'est une entreprise délicate que de faire l'étude du maniérisme en psychiatrie ; mais il y a la manière. L'auteur nous rappelle que le mot « maniérisme » a été écrit pour la première fois par Théophile Gautier dans ses « Portraits Contemporains » à propos des « Parisiennes » de Gavarni. « La femme de nos jours, écrit Théophile, revit dans les historiques lithographies de notre artiste, avec son maniérisme coquet, sa grâce spirituelle, son élégance chiffonnée, sa beauté problématique. » Ce dernier adjectif me paraît être désobligeant pour les parisiennes de cette époque romantique, d'ailleurs M. le Dr Reboul-Lachaux a supprimé dans sa citation la fin de la phrase. Cependant revenant à l'objet même de son étude il nous donne la définition clinique du maniérisme : « C'est l'ensemble des diverses manifestations extérieures qui expriment l'affectation ou qui donnent à l'observateur l'impression d'affectation.

« Le maniérisme n'est pas un signe pathognomonique de la démence précoce, mais il reste un élément très important du diagnostic ; il se manifeste par des réactions motrices : les gestes, la démarche, la mimique, l'intonation ; moins souvent : l'attitude, l'expression verbale, l'écriture.

« Dans les autres psychoses les manifestations maniérées sont toujours en rapport avec les troubles légers ou profonds, passagers ou durables, des facultés intellectuelles, qui les conditionnent. Le maniérisme apparaît comme concordant, passe au second plan du tableau clinique et sa valeur sémiologique est moins grande. »

Cette thèse, d'une lecture attrayante, enrichie de nombreuses observations, choisies avec scrupule, est un bon travail, soigneusement composé, faisant montre d'un grand sens clinique et qui laisse bien augurer de l'avenir du jeune aliéniste.

M. le Dr Ch. Reboul-Lachaux a de qui tenir ; ancien interne des Asiles de la Seine, Médecin des Asiles publics d'aliénés, Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé de Sainte-Marthe, Lauréat de votre Société, il est digne d'en faire partie ; il donnera sa part contributive à vos travaux. Ses communications seront toujours les bienvenues ; elles apporteront avec elles comme un chaud rayon du soleil de la belle Provence, doux pays où chantent les cigales dans les bois d'oliviers.

Au nom de votre Commission, je vous propose de décerner à M. le Dr Ch. Reboul-Lachaux le titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

A la suite de ce rapport, M. le Dr Charles Reboul-Lachaux (de Marseille) est nommé membre correspondant de la Société, à l'unanimité de 16 votants.

Rapport de Candidature

M. DE CLÉRAMBAULT. — Au nom d'une Commission composée de MM. Sérieux, Claude et de Clérambault, je vous propose l'admission de M. le Dr Daniel Santenoise au titre de membre correspondant de notre Société.

Ancien externe des Hôpitaux de Nancy et de Paris, ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine et de l'Infirmerie Spéciale, ancien Chef de Clinique des ma-

©BIUM

ladies mentales, ancien Moniteur de Physiologie à la Faculté, d'autre part blessé et décoré de la Guerre, le Dr Santenoise a derrière lui, bien que jeune, une carrière officielle bien remplie.

La liste de ses travaux est longue. Elle frappe par l'étroite parenté des sujets traités et fait pressentir un esprit non pas seulement curieux, mais méthodique. La lecture de ces mêmes travaux non seulement confirme ces deux qualités, mais montre en outre une réelle personnalité ; les directives sont originales et l'expérimentation est conduite avec ingéniosité.

L'influence du système neuro-végétatif sur les processus organiques intimes, l'antagonisme vago-sympathique, la constatation de cet antagonisme dans des épreuves différencielles soit spontanées soit provoquées, les rapports du déséquilibre vago-sympathique avec les phénomènes de leucopénie, de colloïdoclasie, d'anaphylaxie et d'antianaphylaxie, la recherche et la mesure des réflexes dans divers domaines circonscrits, telles sont les idées directrices de ce qu'on peut appeler dès maintenant l'œuvre de notre confrère Santenoise. Les résultats en ont été de précieuses constatations cliniques sur le terrain des Maladies Infectieuses, de l'Epilepsie et de la Folie Intermittente. Sur ce dernier terrain les signes étudiés par M. Santenoise non seulement complètent le tableau nosographique et permettent de confirmer, à l'occasion, le diagnostic, mais encore nous aident à nous faire une conception des mécanismes secondaires de la Psychose, et nous donnent l'heureuse sensation d'approcher de l'origine des choses.

De toutes les sciences adjuvantes de la Médecine, la Physiologie semble être, actuellement, la plus utile aux progrès de notre spécialité. Le Dr D. Santenoise a donc sa place doublement marquée parmi nous, comme aliéniste et comme physiologiste.

***

A la suite de ce rapport, M. le Dr Daniel Santenoise est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité de 15 votants.

⁂

Sur la demande de M. Raoul Leroy, rapporteur, l'élection sur la candidature de M. Potel au titre de membre correspondant est remise à la séance de décembre.

Sur la demande de la Commission, l'élection sur la candidature de M. Hesnard au titre de membre correspondant est remise à la séance de décembre.

⁂

M. le Secrétaire Général fait observer que le dernier lundi de décembre, date réglementaire de la prochaine séance, est cette année le 31 décembre. Conformément aux précédents, il propose que la séance soit avancée et fixée au *samedi 29 décembre* à seize heures. Il est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents.

Bouffées délirantes et psychose périodique

Par D. SANTENOISE, H. CODET et R. TARGOWLA

L'étude clinique, psychologique et biologique d'un certain nombre de cas de délires d'emblée, nous a suggéré quelques réflexions sur les bouffées délirantes, en particulier sur les rapports de ces délires avec la psychose périodique, réflexions que nous désirons soumettre à la Société Médico-Psychologique, à propos d'une observation assez caractéristique (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, Lucien B..., entré au service de la Clinique le 17 juillet 1923, après passage à la consultation du Service de Prophylaxie mentale, avec le certificat suivant de M. Roger Dupouy :

« Délire de grandeur à forme paranoïde. Euphorie et satisfaction morbides. Il est en train de découvrir l'électricité. Une fois en sa possession, il sera le maître des

(1) Travail de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine (Pr H. Claude).

©BIUM

vivants. Il a déjà fait un travail immense et se pose en thaumaturge ; il se croit capable de guérir toutes les maladies par la simple apposition de ses mains et le jeu de son influence. Son intelligence progresse de jour en jour, de minute en minute. Il se sent inspiré directement par Dieu, avec qui il est en communication mentale. Il a eu la révélation brusque, grâce au baiser d'une femme, qui est elle aussi une inspirée, a les mêmes aspirations que lui et peut-être le même pouvoir. Il ne peut faire que des bonnes actions et l'humanité doit, pour progresser, suivre son exemple. Prêche actuellement l'amour, l'amour naturel sous sa forme la plus complète. Mimique vaniteuse, sourires de supériorité. Excitation intellectuelle et fugues récentes. Hérédité vésanique maternelle. »

Les renseignements que nous avons pu recueillir de sa mère et par l'interrogatoire nous ont montré que cet état psychopathique avait débuté assez brusquement, les idées délirantes étant apparues véritablement « d'emblée ». Depuis un mois, il n'était pas normal, ne travaillait plus régulièrement. Il avait toujours l'idée de courses cyclistes, de mariage.

Le malade, assez bien orienté, répond volontiers et expose ses idées délirantes avec aisance et même satisfaction. On est très vite frappé de leur polymorphisme ; idées de grandeur, de puissance physique et intellectuelle, d'invention, d'influence, de persécution.

« Mon intelligence progresse depuis quelque temps, dit-il. J'ai une très bonne mémoire. Actuellement, je peux tout comprendre. Tout me paraît si simple.

« J'ai découvert la nature de l'électricité : c'est tout simplement de la chaleur qui passe dans un fil. On savait bien cela déjà, puisqu'on s'en servait, mais c'est moi qui ai formulé le premier cette chose. Cela me servira quand je sortirai.

« Le pôle positif, c'est le soleil ; le pôle négatif, c'est 0, qui n'existe pas.

« J'ai trouvé aussi que l'électricité se trouve dans le système nerveux et dans tous les animaux et les plantes.

« J'ai un programme tout à fait immense, je pourrais faire un livre.

« Je vais bien. On a beau me travailler la tête, cela ne m'empêche pas d'avoir bon appétit. Je suis soutenu par des forces mystérieuses et surnaturelles. Je sens comme du courant électrique qui me parcourt le corps. Tout cela,

c'est parce que des forces surnaturelles veulent m'aider à découvrir la force électrique. »

Pendant une promenade à bicyclette, quelques jours avant son entrée, il a vu les mêmes poteaux indicateurs revenir sur son chemin, et la route barrée pas des formes imprécises qui se volatilisaient sur son passage.

Il aurait eu l'impression qu'en même temps qu'on l'électrisait on lui parlait de l'extérieur. « J'ai, ajoute-t-il, à me défendre contre des ennemis invisibles autant que surnaturels. Mais je suis également en communication avec d'autres en lutte avec ceux-là. »

En fouillant de plus près ce malade, on trouve, à côté de ses idées délirantes multiples, polymorphes, sans systématisation apparente, un état d'excitation psychique très net. Son attention volontaire est diminuée. On cherche, par exemple, à lui faire faire des calculs ; il répond assez vite, mais commet des erreurs qu'il corrige, d'ailleurs, en expliquant : « C'est bête comme chou, mais c'est difficile à trouver. Je pense à autre chose, je cafouille. »

L'activité automatique est très apparente : « Mes idées se suivent les unes les autres, avec une rapidité prodigieuse. Jamais je n'ai eu l'impression d'aller si vite que ça dans mes pensées. » Il en est de même dans la sphère motrice : « Je suis plutôt remuant, dit-il ; je me sens le besoin du mouvement. » (On trouvera d'ailleurs plus loin, dans l'auto-observation qu'il nous remit après sa guérison, la description subjective de ces phénomènes).

De plus, nous apprenons que depuis une dizaine de jours il était surexcité. Il aurait découché et fait une fugue en bicyclette. Depuis les premiers jours de juillet, il dormait mal. Son sommeil était, dit-il, « peuplé de rêves et de cauchemars ».

Le malade accuse encore de l'hypersalivation, des sueurs abondantes, de la constipation.

L'examen physique révèle un certain nombre de stigmates de dégénérescence : oreilles très petites, mal ourlées, triangulaires, lobes adhérents, voûte palatine ogivale, dents implantées irrégulièrement.

On note un pouls rapide (90) et un réflexe oculo-cardiaque très marqué, se traduisant par le passage, à la suite de la compression des globes oculaires, d'un rythme de 90 à 36 pulsations par minute, avec des arrêts cardiaques de 3 à 5 secondes, l'action inhibitrice parasympathique se manifestant extrêmement rapidement.

©BIUM

Les agents pharmacodynamiques, l'épreuve de la tolérance aux sucres, confirment cette vagotonie considérable.

La cholestérinémie est normale : 1 g. 50. On ne trouve pas de pigments biliaires dans le sérum et dans l'urine. On note seulement de l'urobilinurie ; azotémie : 0 g. 40. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine montre une diminution de l'activité fonctionnelle rénale.

diminution de l'activité fonctionnelle rénale.

L'état mental de ce malade s'améliore assez rapidement. Le 1er août 1923, il est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il est calme, sa tenue est correcte. Il a conscience de la morbidité de son état : « J'étais un peu malade, dit-il, j'ai exagéré un peu les choses, je me suis trop amusé, j'ai trop dansé, je chantais trop, je rentrais tard, je ne pouvais pas dormir.

« J'étais malade, la tête me travaillait, j'avais trop d'idées dans la tête. »

Il conserve encore quelques idées délirantes, surtout des idées de grandeur, bien qu'il commence à les réduire : « J'ai lu beaucoup de livres sur l'électricité, la nature, le système nerveux. Je m'en souvenais lorsque j'étais fou.

« C'est dans ma maladie que je voyais le mieux toutes les choses et je me trouvais très intelligent. Maintenant je suis devenu comme avant. La tête ne travaille plus.

« Je suis tombé malade parce que j'avais eu beaucoup de contrariétés. J'avais quitté mon patron parce que c'était trop sale. Et puis, j'avais eu une déception amoureuse. J'avais fait connaissance d'une jeune fille et, étant tombé amoureux, j'ai voulu me marier, mais ma mère n'a pas voulu. »

En somme l'excitation psychique tombe, mais le malade conserve encore quelques idées d'influence et d'invention. Ses propos dénotent une certaine débilité.

Le 10 août, il réduit nettement ses idées délirantes. Il dit qu'il n'a rien découvert, que tout le monde savait ces choses. C'est dans sa maladie qu'il devait avoir découvert la nature de l'électricité. Il demande sa sortie.

L'examen physique montre une amélioration de la diurèse et une diminution nette de l'excitabilité parasympathique.

Dans la première semaine de septembre, après une période où le sujet a paru normal, reparaissent brusquement les idées délirantes et l'excitation psychique. Le malade se croit de nouveau électrisé. On lui parle de l'extérieur. Il doit

se défendre contre des ennemis invisibles. Il est soutenu par des êtres surnaturels. Il est anxieux, dans l'attente d'un cataclysme qui doit bouleverser le monde.

En même temps l'élimination rénale diminue et l'excitabilité parasympathique augmente considérablement, se maintenant marquée jusqu'à la fin de septembre.

En octobre, les idées délirantes disparaissent et le malade retrouve le calme.

Enfin, au mois de novembre, l'état mental se maintient stable. L'excitation psychique a totalement disparu, les idées délirantes sont complètement réduites et le malade nous rédige la note suivante sur sa maladie, indiquant lui-même spontanément l'origine de ses idées délirantes dans l'interprétation des phénomènes d'activité automatique qui dominaient sa vie psychique :

« *Lundi,* 12-11-23.

« Dans les premiers jours de juillet, j'étais très occupé par mes courses en bicyclette, je venais de gagner ma première de l'année le dimanche précédent, et le journal *Cyclo-Sports* avait fait des compliments sur ma performance qui m'avaient vivement impressionné. Je tenais tant à gagner celle du dimanche suivant que j'avais beaucoup de mal à en détacher ma pensée.

« J'avais également l'esprit très occupé par une jeune fille que je fréquentais depuis quelque temps.

« Ma tête se fixait à un tel point sur ces deux idées que j'en étais comme absorbé et obligé de faire un gros effort pour travailler. J'étais en perpétuel état d'énervement, je ne trouvais pas le sommeil, d'autant plus quil faisait très chaud à ce moment ; je sortais tous les soirs et me couchais fort tard, espérant arriver à me calmer par la fatigue. Loin d'arriver à ce résultat, je me tournais et retournais dans mon lit si bien que le matin arrivait sans que je puisse trouver le sommeil réparateur. Je me levais de plus en plus surexcité, surtout mentalement, j'étais comme obsédé par mes idées, à un tel point que la tête me faisait mal, j'avais des oublis dans mon travail, dans mes affaires, j'oubliais ma montre sur une cheminée du chantier où elle courait un grand danger.

« Le 9 juillet, je courai un challenge sur 125 kilomètres, malgré mon état, et après une nuit où je n'avais pas fermé l'œil. Au vestiaire, avant de partir, la tête me tournait, il me venait des idées baroques, je vivais un rêve, je battais mes adversaires de loin, poussé par des forces mystérieuses

©BIUM

et surnaturelles. La réalité ne fut pas semblable, je terminais exténué après m'être arrêté en route et avoir souffert du temps, qui avait été pluvieux et assez froid, surtout le matin, où nous étions restés 3/4 d'heure à attendre le départ sous la pluie et en petit maillot de coton.

« Je bus pas mal de réconfortants en cours de route, que me passaient les coureurs de mon club ayant abandonné, pour que je ne fasse pas comme eux ; je souffrais énormément des yeux, n'ayant pu garder mes lunettes, et j'avais une douleur au cœur.

« Les jours suivants, il ne m'était vraiment plus possible de travailler tellement la tête me tournait ; je ne pouvais m'arrêter sur une idée, c'était comme si on déroulait un film dans ma tête, je ne trouvais de repos mental que sur ma bicyclette, mais alors c'était au corps d'être agité, je ne pouvais pédaler tranquillement, il fallait que je fasse des acrobaties, je lâchais mon guidon, je passais ma jambe par-dessus, je démarrais brusquement, j'étais en perpétuelle surexcitation et les nerfs me faisaient mal.

« J'avais un appétit extraordinaire, qui avait grandi en même temps que mon agitation. Dans le courant de la journée j'étais obligé de manger, je buvais en conséquence, et peut-être même de trop à ce moment.

Vers le onze, je souffrais tellement que je n'allais pas travailler, je me couchais et parvenais à dormir mais pour me réveiller à chaque instant ; comme mon sommeil était peuplé de rêves je finissais par confondre le rêve avec la réalité si bien que je prenais le mal que je ressentais pour du courant électrique me parcourant le corps. Par la suite je croyais que quelques puissances surnaturelles voulaient m'aider à découvrir cette force ; je me creusais donc la tête et échafaudais mes idées sur ce sujet. Maman fit venir le médecin, je lui parlais de ma prétendue découverte et il me fit prendre des cachets qui me donnèrent de nouvelles forces mais ne supprimèrent pas mon désarroi moral ni mon énervement.

« Les idées passaient dans ma tête sans que je puisse bien les fixer et étaient immédiatement chassées par de nouvelles.

« Je sortais de nouveau un matin, j'eus une altercation avec un crémier qui m'avait refusé du lait, un agent étant intervenu, je perdais ma gabardine et mon chapeau pour lui échapper.

« Pour les fêtes du 14 juillet j'allais de bal en bal dan-

©BIUM

sant le plus souvent seul avec de grands gestes et attirant l'attention des gens.

« Je ne me couchais pour ainsi dire pas et me dépensais tellement que je ne doutais pas être soutenu par des forces mystérieuses.

« Le 14 au matin je sortais en bicyclette. Au cours de cette sortie j'eus des hallucinations : les mêmes poteaux indicateurs revenaient sur mon chemin, je voyais la route barrée par des formes imprécises qui se volatilisaient, je jetais ma casquette et mon veston, j'avançais sans itinéraire, parfois même je fermais les yeux m'imaginant que l'on me dirigeait ; malgré cela je rentrais chez nous dans l'après-midi après avoir beaucoup souffert de la chaleur.

« Maman me présenta deux fois à Ste-Anne les jours suivants : la première fois je demandais une malade disant que j'allais la guérir et je parlais de ma prétendue découverte.

« Le 16, au soir, maman m'y présentait à nouveau et cette fois je restais.

« J'avais beaucoup de mal à rester au lit toute la journée, les idées se multipliaient toujours dans ma tête, mais je suis incapable de les exprimer maintenant.

« Durant la nuit je ne dormais guère, mon court sommeil était peuplé de cauchemars et j'étais couvert de sueur sur tout le corps.

« Néanmoins, au bout d'une quinzaine, le sommeil me revint graduellement de plus en plus ; mon corps et ma tête se calmaient, en même temps je me rendais compte de la réalité.

« Vers la fin du mois d'août je fus pris d'une nouvelle agitation nerveuse, j'avais l'impression d'être électrisé de nouveau, on me parlait de l'extérieur ; j'avais à me défendre contre des ennemis invisibles autant que surnaturels, mais j'étais également en communication avec d'autres en lutte avec ceux-là.

« Je m'imaginais que je les écartais parfois en arrêtant ma respiration ; d'autres fois en me mettant en contact avec du fer ou bien de l'eau, en urinant, en restant immobile, en me retournant dans tous les sens.

« La nuit, je luttais également ; par moments j'étais dans l'attente d'un cataclysme, je croyais que la terre allait se bouleverser.

« J'ai souffert à ce moment là plus qu'avant ; enfin durant le mois de septembre la tête tourna et me fit mal

©BIUM

encore pendant un moment, mais toutes ces idées me quittèrent les unes après les autres ».

Nous ne relevons rien de particulier dans les antécédents personnels. Rien de notable dans l'enfance. Rougeole, varicelle, végétations, gaz asphyxiants en 1917, dans une usine, pendant qu'il faisait un montage électrique.

Il aurait toujours eu un caractère original, était peu affectueux avec sa mère. Travaillait assez régulièrement à l'école, mais était un élève moyen. A eu son certificat d'études à 12 ans 1/2 avec une certaine difficulté.

Par contre nous relevons une hérédité particulièrement chargée. Grand-père maternel suicidé à 45 ans ; grand'mère maternelle alcoolique ; père suicidé, coléreux — périodique — alcoolique. Grand'mère paternelle aurait été internée ; cousine germaine internée depuis 1904. Tante maternelle internée. Une sœur débile arriérée.

Enfin, sa mère a été deux fois internée à Ville-Evrard pour des bouffées délirantes, avec dépression et idées de suicide. Elle avait eu déjà antérieurement des périodes de dépression qui n'avaient pas motivé l'internement. Lors de ses deux séjours à l'asile elle exprimait des idées délirantes très polymorphes : elle pensait qu'on l'avait hypnotisée, qu'on agissait sur sa pensée, qu'elle n'agissait que par suggestion. Elle était mystique, « la religion, dit-elle, la troublait ». Elle pensait qu'on empoisonnait ses aliments. Elle se voyait persécutée par sa famille, par le médecin qui la soignait. Elle était anxieuse et voulait se jeter à l'eau. Elle s'imaginait qu'on lui travaillait le sang avec un appareil.

Elle a présenté en somme dans sa vie plusieurs accès périodiques et deux bouffées délirantes polymorphes. Nous avons noté chez elle un R. O.-C. assez marqué, traduisant un déséquilibre neuro-végétatif notable.

Plusieurs points de cette observation méritent d'être relevés.

1° Tout d'abord, nous avons affaire à un héréditaire à hérédité convergente et chargée. L'examen physique montre plusieurs stigmates de dégénérescence ; de plus, les renseignements et l'examen du malade confirment l'existence d'un déséquilibre se traduisant par de la débilité mentale, de l'instabilité de l'humeur et du caractère.

©BIUM

Enfin, l'accès que nous avons rapporté a présenté tous les caractères d'une bouffée délirante. Les idées délirantes sont apparues rapidement, sans préparation aucune, au milieu du calme : « en quelques jours, un désordre complet a entraîné notre malade au sein des conceptions les plus étranges » (Magnan). Le délire était très polymorphe ; on y trouvait de l'exaltation maniaque, de l'anxiété, des troubles cénesthésiques, des hallucinations visuelles et auditives, des idées érotiques, mystiques, d'influence, des idées de persécution, des idées de grandeur, des idées de transformation cataclysmique du monde. Ces idées délirantes, multiples, polymorphes se succédaient, et s'enchevêtraient sans aucune systématisation, étant au contraire imprécises et quelque peu confuses.

2° L'étude plus approfondie de l'état mental pendant les phases morbides, nous l'a montré très voisin de celui des maniaques, bien que notre malade n'ait pas présenté dans le service d'agitation motrice considérable. Nous avons signalé la mobilité de l'attention, la diminution considérable de l'attention volontaire, la fuite des idées, dont le sujet avait conscience.

Il semble que cet état d'excitation ait précédé de quelques jours l'apparition des idées délirantes.

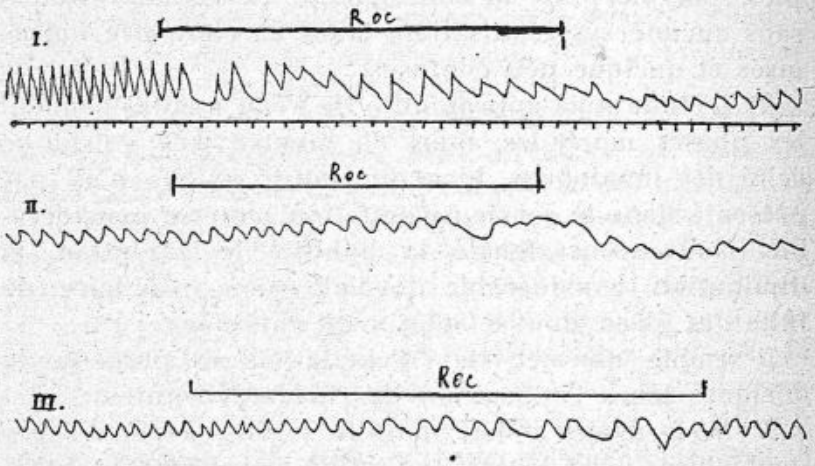
3° Nous avons assisté dans le service à deux accès semblables, avec légère excitation psychique et idées délirantes polymorphes, réalisant, en quelque sorte, un délire à éclipses. Le premier accès a duré environ un mois. Vers le milieu d'août, le malade paraissait être redevenu normal, mais à la fin du mois, éclata brusquement une nouvelle bouffée, semblable à la première. Elle disparut à son tour au milieu de septembre. Nous avons ainsi assisté à une véritable évolution intermittente.

4° Ces deux épisodes ont été marqués par des symptômes organiques importants. A l'entrée, on notait de l'insuffisance hépatique et rénale. Ce trouble fonctionnel s'amenda dans le courant d'août, cependant que rétrocédait l'état psychopathique, mais moins complètement que celui-ci. Puis, en même temps que la récidive mentale, les signes d'insuffisance hépato-rénale

©BIUM

s'accentuèrent de nouveau pour disparaître lors de la guérison.

D'autre part, on constata, à l'entrée, une excitabilité parasympathique considérable, qui diminua progressivement : la réapparition des idées délirantes fut précédée de la réapparition d'une excitabilité vagale énorme et de nouveau, en octobre, lorsque le malade s'améliora, cette excitabilité s'atténua. Toutefois, si actuellement le R. O.-C. est beaucoup moins intense qu'au cours des accès, il est encore nettement positif, traduisant l'existence chez notre sujet d'un état d'équilibre neuro-végétatif anormal.



I. — Malade à l'entrée. R. O.-C. très exagéré ; ralentissement cardiaque se manifestant immédatement (22 juillet 1923).

II. — Malade à la sortie. R. O.-C. positif, mais beaucoup moins accentué (24 novembre 1923).

III. — Mère du malade. R. O.-C. positif : (ralentissement net, pris en période normale le 6 novembre 1923).

Ainsi se sont révélées chez ce malade, parallèlement à l'évolution intermittente des accès, des variations périodiques de l'état fonctionnel neuro-végétatif, hépatique et rénal. Nous avons retrouvé chez lui, en particulier, le syndrome vago-sympathique que l'on observe dans la psychose maniaque-dépressive (D. Santenoise), caractérisé par un état d'hypertonie parasympathique, apparaissant ou s'accentuant avant et pendant

©BIUM

les accès, pour diminuer ou disparaître au cours des périodes intercalaires.

5° Enfin, chez la mère, nous avons retrouvé le même déséquilibre neuro-végétatif que chez le fils.

Magnan et Legrain avaient déjà décrit une forme du délire d'emblée avec excitation maniaque. Notre malade, classique dans sa présentation et dans son évolution, nous a cependant semblé intéressant, en raison surtout des variations biologiques que nous avons observées. Nous nous sommes demandé si l'on devait séparer d'une façon aussi absolue que l'a fait Magnan, les dégénérés des intermittents.

En effet, si B... présente la symptomatologie caractéristique des bouffées délirantes des dégénérés, il a aussi le fonds mental des maniaques et le syndrome biologique des intermittents. Les antécédents héréditaires nous révèlent chez les ascendants des stigmates psychiques de dégénérescence et des symptômes, comme l'excitation, la dépression et les idées de suicide, qui appartiennent plutôt à la psychose périodique. Mais nous savons que l'hérédité morbide se retrouve non seulement chez les dégénérés, mais aussi chez les intermittents. De plus, chez ceux-ci, comme chez B..., elle est souvent similaire.

Aussi pensons-nous que dans ce cas, comme d'ailleurs dans bien des bouffées délirantes avec excitation psychique, et peut-être aussi dans certains syndromes épisodiques, il faut tenir compte de deux éléments :

1° Le terrain psychopathique qui conditionne la tendance délirante et le polymorphisme des idées délirantes.

2° L'évolution par accès, par bouffées, dont l'apparition brusque, sans psychopathogénie apparente, est probablement en rapport avec des causes déterminantes organiques.

L'importance de ces causes déterminantes, déséquilibre neuro-végétatif notamment, nous est apparue encore plus nettement à la suite d'un essai de thérapeutique chez un débile, interné depuis longtemps et qui présentait des accès périodiques d'excitation psychique avec idées délirantes polymorphes durant en-

©BIUM

viron trois semaines et séparés par des périodes intercalaires de même durée. Ayant observé chez ce malade, suivi régulièrement depuis trois ans, une périodicité neuro-végétative avec hypervagotonie précédant et accompagnant les accès, nous avons tenté d'empêcher l'accroissement d'excitabilité parasympathique préparoxystique par l'administration de 30 centigrammes par jour de gardénal. Depuis le mois d'août, ce malade, qui reste un débile, n'a plus d'excitation psychique ni d'idées délirantes. Ce sont les infirmiers qui spontanément ont signalé l'amélioration à la suite du traitement ; sous l'action médicamenteuse le tonus neuro-végétatif ne présente plus de variations périodiques marquées et l'état mental reste stable.

Ainsi il est permis de penser que les bouffées délirantes dépendent dans leurs manifestations :

a). d'un terrain de désharmonie mentale constitutionnel, dégénératif,

b) de causes prédisposantes organiques, liées dans le cas particulier à un déséquilibre du système neuro-végétatif et expliquant précisément l'évolution par bouffées,

c) de causes déterminantes, vraisemblablement auto-toxiques, liées apparemment, dans le cas présent, à l'insuffisance passagère des fonctions de dépuration de l'organisme.

En somme, l'hérédité de ces malades semble les avoir dotés d'un double déséquilibre, l'un conditionnant le caractère paroxystique des manifestations de l'autre.

Discussion

M. Revault d'Allonnes. — Le malade présenté est-il un « polymorphe » ?

Cela est loin d'être évident. En effet, il présente un syndrome défini, cohérent, qui se retrouve le même chez un grand nombre de malades rattachés soit aux « Etats polymorphes », soit aux « Délires polymorphes ». Ce syndrome est composé de cinq éléments :

©BIUM

1° Hallucinations verbales subcontinues : on lui parle, il assiste à des conversations multiples ; — 2° Hétéro-impulsions, c'est-à-dire impulsions attribuées à des dominateurs : on l'électrise, on le fait agir ; — 3° Vol de la pensée (dont l' « écho de la pensée » n'est que l'espèce auditive et retardante, mais qui a des espèces anticipantes et non auditives) ; — 4° Fausses personnifications : « on », plusieurs personnages lui parlent ou l'influencent ; — 5° Polymimie, c'est-à-dire mimique plurale, exprimant son psychisme plural, sa dislocation psychique. — Ce syndrome de dislocation se retrouve dans la plupart des états étiquetés « polymorphes », et forme une base sur laquelle peuvent ou non s'édifier des interprétations, des idées, des thèmes délirants. — Le terme « polymorphisme » a le défaut d'écarter tout syndrome défini, dans des cas où existe un syndrome définissable. — Quant à l'évolution par bouffées, séparées par des intermissions, elle est de règle chez les porteurs du syndrome de dislocation ; il est intéressant d'expliquer cette intermittence par des oscillations du système neuro-végétatif.

M. Logre. — La communication de MM. Santenoise, Codet et Targowla nous paraît fort intéressante à divers titres :

1° Elle apporte une confirmation aux faits que nous avons, avec M. Santenoise, rapportés au Congrès de Quimper, à propos d'un *Essai de traitement préventif des accès intermittents*, maniaques ou mélancoliques, en particulier dans les cas de périodicité régulière (modification, par des substances à action plus ou moins spécifique, du déséquilibre neuro-végétatif semblant préluder au déchaînement de l'accès intermittent).

2° Elle apporte à ces mêmes conceptions un élargissement, puisque, ici, le traitement préventif s'applique non plus simplement à la psychose maniaque dépressive, mais aux accès intermittents de *délire polymorphe*.

2° Elle insiste enfin sur une notion que nous avons pu, assez souvent, vérifier à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police : celle des *rapports qui unissent*

©BIUM

la psychose maniaque dépressive et certains accès de délire polymorphe, de sémiologie typique, sur terrain dégénératif. C'est ainsi que nous avons assez fréquemment découvert, dans les antécédents de malades atteints d'accès récidivants de délire polymorphe, l'existence d'accès intercalaires de manie ou de mélancolie, simples et typiques, comme si, à certaines crises, la psychose foncière se montrait à nu, sans séméiologie dégénérative additionnelle.

Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. — Aspect schizoïde

Par H. CLAUDE, A. BOREL et Gilbert ROBIN

Nous avons déjà eu l'occasion de montrer (1) que certains états difficiles à classer pouvaient être retirés des cadres psychiatriques où on les aurait fait arbitrairement rentrer et rapportés à la schizoïde telle que nous l'entendons. L'observation qui va suivre soulève plusieurs hypothèses : démence précoce, mélancolie, dont aucune ne nous paraît satisfaisante. Il s'agit d'une malade de 30 ans, observée depuis onze mois. Depuis 8 ans, à la suite d'un choc affectif intense, elle s'est laissé aller à une inactivité progressive qui compromit à ce point sa santé et son existence même que l'internement fut le seul remède envisagé. La conservation de l'activité intellectuelle, lorsque cette dernière peut être mise en évidence, contraste d'une manière saisissante avec le trouble profond de ce qu'on pourrait appeler l'activité pragmatique. Ce n'est pas l'apathie du dément précoce qu'aucune curiosité ne vient solliciter. Notre malade, au cours d'une amélioration, a montré que

(1) Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle, par Henri CLAUDE et BOREL.
Constitution schizoïde et constitution paronoïaque par H. CLAUDE, BOREL et Gilbert ROBIN.

l'élan vital n'avait, chez elle, rien perdu de son énergie. Mais après le choc affectif auquel nous faisions allusion, elle a cessé de rester adaptée au milieu familial et social. A l'intérieur de l'Asile, elle fut susceptible, après une psychothérapie patiente et judicieuse, de reprendre goût au travail, de se rendre utile aux menus soins du ménage, de faire de la broderie. On tente alors de la faire sortir. Aussitôt la réalité la blesse. Elle se replie sur elle-même. Le gain d'activité est instantanément perdu. Il faut la réinterner. Au bout de combien de temps récupèrerons-nous de nouveau l'entrain qui nous avait fait espérer un retour à la vie normale ? Cela est difficile à dire. Voici l'observation de la malade.

Rachel D... est entrée à l'Asile Clinique le 9 janvier 1923 : « Indifférence affective, ralentissement psychique, tendance « au négativisme, aux accès d'excitation avec colères et « violences », notait le Dr Vurpas, et le Dr Colin, de son côté, écrit : « Démence précoce ». Le Docteur Brousseau, frappé par l'état dépressif avec difficulté de l'effort mental, inactivité, indifférence à son sort, concluait à une schizophrénie évoluant depuis plusieurs années.

Pas d'antécédents héréditaires notables au point de vue psychopathologique. 7 frères et sœurs de la malade sont en bonne santé.

D'après la tante qui l'a élevée depuis l'âge de neuf ans, c'était une enfant normale, douce, timide, caressante, casanière, ne sortant jamais. A l'école, elle était studieuse, obtint le certificat d'études, prépara le brevet élémentaire, ne put l'obtenir.

A l'âge de 22 ans, elle manqua un mariage. Son fiancé, séduit par une autre intrigue l'abandonna. Ce fut un gros chagrin pour Rachel D... Elle pleurait sans cesse et sa tante prétend qu'elle n'a jamais cessé de penser à cette déception.

Elle se remit peu à peu, sans cependant cesser d'être triste, travailla avec sa tante dans la confection, mais ce travail la fatiguait. Elle dut bientôt l'abandonner et son activité, du reste très intermittente, ne cessa pas de se ralentir jusqu'en 1920. Alors elle cessa tout à fait de travailler, de vouloir prendre des distractions. C'est à peine si elle vaquait aux soins du ménage.

Depuis septembre 1922, elle est restée inerte, apathique, d'aucun secours pour ses parents. Elle était songeuse, « dans

©BIUM

la lune », dit sa tante. Elle s'irritait si on voulait la stimuler. De plus en plus triste, elle pleurait souvent et répétait à sa famille : « Vous auriez dû me marier ». Elle maigrit beaucoup. Ses règles ont été régulières jusqu'au mois de novembre, date à laquelle elles ont cessé d'apparaître.

A son entrée à l'Asile, elle se présentait passive, un peu déprimée, s'exprimait d'une manière lente et monotone, d'un ton indifférent, souriant doucement, ne faisant pas attention aux questions, incapable d'un effort soutenu. Elle était désorientée dans le temps, avait de la difficulté à se remémorer les faits récents. Elle avait conscience d'un état morbide. « Je suis dérangée, disait-elle. Avant, j'étais comme tout le monde. Je travaillais dans la confection. Puis j'ai eu des contrariétés. Je devais me marier, il y a 8 ans. Je ne sais pas pourquoi mon fiancé m'a abandonnée. »

Depuis elle est devenue pensive, indifférente à tout, sombre, refusant toute distraction. Son état, nous explique-t-elle, s'est aggravé depuis un an.

« Je ne m'ennuie pas. Je ne désire rien. Tout m'est égal... Je ne travaille plus depuis 3 ans... Plus rien ne m'intéresse... Je reste sans parler. » Elle avoue son irritabilité, elle a cassé quelques objets parce qu'on l'ennuyait. Elle sait qu'on tentait de la faire sortir pour son bien. Elle ne voulait pas.

A quoi songeait-elle ? Elle ne le sait pas... « J'avais des idées vagues. Je pensais... J'aurais dû me marier. Une fille doit se marier de bonne heure. Je n'ai jamais eu de liberté. Mes parents me tenaient beaucoup... Je n'avais pas d'amies comme les autres jeunes filles. Je n'ai jamais eu d'amoureux, sinon mon fiancé. Je l'aimais beaucoup. Cela a eu beaucoup d'influence sur moi. »

Elle espère redevenir bientôt comme tout le monde. Elle sait bien qu'elle ne pourrait pas travailler, aucun atelier ne voudrait l'employer. Elle ne paraît pas souffrir. Elle pense qu'elle a manqué sa vie, mais elle a cessé de se tourmenter dit-elle.

De janvier à juillet 1923, son attitude ne s'est guère modifiée. Inerte, indifférente à son sort, elle ne mangeait qu'avec l'aide des infirmières. Elle prétendait n'avoir pas d'appétit. Sa mimique était réduite à une sorte de sourire figé quand on l'interrogeait ; le reste du temps, son regard était fixe, sans expression. Elle refusait d'aller à la selle, et pourtant, disait-elle, « ce n'est pas mauvaise volonté ».

Elle n'a pas cessé d'être gâteuse pendant toute cette période. Elle ne s'intéressait à rien, ne lisait pas les journaux, répondait à peine aux questions, passait ses journées accroupie sur son oreiller, les genoux collés au corps, dans une attitude stéréotypée dont elle ne sentait pas la fatigue. En raison de son alimentation difficile, elle a beaucoup maigri. L'examen radioscopique des poumons a montré de l'obscurité du sommet gauche et de la région sus-claviculaire gauche. Nous avons noté quelques oscillations dans la courbe thermique, qui a rarement dépassé 38°.

Tout examen organique est resté impossible, la malade s'y opposant avec une extrême résistance.

Elle restait désorientée dans le temps mais, chaque fois que son attention était vivement sollicitée, la malade montrait que les processus intellectuels s'effectuaient normalement. Elle était capable de résumer un article de journal, de faire des calculs, de raconter sa vie passée et répétait sans cesse, parfois en sanglotant : « On aurait dû me marier. »

Cet état s'est amélioré depuis août 1923. La malade fournissait des réponses de plus en plus cohérentes, sans aucun trouble du jugement. Elle évoquait sans déplaisir les événements de son enfance, montrait des troubles de la mémoire pour les faits plus récents, s'analysait judicieusement, ne se faisait plus prier pour parler. Elle a confirmé les renseignements que nous avions sur son passé et nous a fourni de nouveaux détails sur son enfance.

Elle allait au patronage. Elle aimait à chanter à l'Eglise. Elle a encore une « certaine croyance » et elle regrette de n'avoir pas fait sa première communion. « C'étaient mes opinions. » Elle aurait voulu être institutrice. Elle explique les malaises qui ont suivi son mariage manqué. Elle accuse son oncle d'avoir répondu trop brutalement à son fiancé. Elle sait fort bien que c'est cette histoire malheureuse qui lui a tourné la tête, mais elle n'y pense plus. Elle ne veut plus se marier.

Elle ne donne pas d'explications sur l'attitude bizarre qu'elle avait adoptée, mais elle explique que l'indifférence, l'apathie l'empêchaient de manger. Elle n'a jamais cessé d'être gâteuse. Elle l'est encore aujourd'hui. Il lui faudrait, dit-elle, une volonté plus forte. Elle s'est rendue utile dans le service depuis le mois d'août, cousant, faisant les travaux du ménage. Elle montrait de la bonne humeur. Elle demandait à aller à la campagne, à vivre normalement

©BIUM

dans sa famille. Elle travaillerait dans un atelier. Elle était satisfaite d'aller mieux, faisait des projets raisonnables, ne doutait pas de venir à bout de son gâtisme. Parfois même son activité avait paru un peu anormale et ses tendances à s'employer auprès des autres malades un peu excessives.

Son état physique s'était amélioré. Elle a engraissé de 5 kg. en peu de temps. L'aménorrhée qui existait depuis novembre 1922 a cessé en octobre 1923.

Nous avons stimulé son activité. Nous lui avons demandé d'écrire l'histoire de sa maladie. Voici ce qu'elle a voulu nous confier :

« Voici mon histoire :

« Je suis née à St-Quentin, ville qui se trouve dans le « département de l'Aisne, en l'année 1893, le 5 janvier.

« Mon père, qui nous éleva à 8 enfants, mourut en 1902 « en nous laissant avec ma mère et un enfant qui n'était « pas tout à fait fini d'élever.

« Ma mère ne pouvant me garder avec elle, en raison « de la grande famille qu'elle avait, se décida à m'envoyer « chez une de mes tantes, à Paris, qui n'avait pas d'en- « fant. Ce fut une grande joie pour eux d'avoir une fille. « Je fus bien élevée par eux et allai à l'école jusqu'à « l'âge de 16 ans. Je passai même mon brevet, mais, ayant « échoué, je ne voulus plus continuer à aller en classe « et mes parents ne me forcèrent pas.

« J'allai travailler en atelier avec ma tante pendant un « certain temps pour pouvoir apprendre un peu de couture, « afin de pouvoir me rendre utile dans mon intérieur. Dans « ces moments-là, mon oncle eut une nièce qui vint à se « marier, donc nous sommes allés à la noce en Touraine et, « comme il arrive souvent, je fis la connaissance d'un neveu à « mon oncle, et de là devait commencer pour moi de petits « ennuis. Ce ne fut pas encore à ce moment-là que je « m'en aperçus, mais un peu plus tard.

« Nous nous sommes correspondu pendant au moins « 4 ans, et puis je devins neurasthénique, ce qui fut pro- « voqué par les nerfs. Ma tante et mon oncle, qui m'ai- « maient beaucoup, et me voyant changer et devenir « triste, me demandèrent si cela ne me ferait pas plaisir « d'aller voir celui que je considérais comme mon fiancé. « J'acceptai, en étant très contente, et je partis en Tou- raine.

« Mais je n'y restai pas bien longtemps, d'abord l'ennui

« me prit et je voulus revenir à Paris, croyant que je gué-
« rirai et que cela ne m'empêcherait pas de me marier un
« peu plus tard, comme je devais le faire.

« Ce jeune homme écrivit une lettre à mon oncle, mais
« mon oncle ne répondit pas à sa lettre, et de là vint la
« chicane. Tout était donc fini.

« De là j'eus un découragement de moi-même et rien ne
« m'intéressait plus. Ni les promenades, ni les distractions,
« alors mes parents s'occupèrent de moi, me procurèrent
« des distractions et me firent sortir, ne voulant pas que
« je reste dans l'état où je me trouvai.

« Un peu plus tard, je redevins triste, mais cela ne
« devait pas dépendre de la première histoire, mais enfin
« mon sort n'en devint pas meilleur, car je restai insen-
« sible à tout, comme la première fois, et ne voulai plus
« sortir. Mon oncle et ma tante, me voyant ainsi, décidè-
« rent de me placer dans une maison afin de me faire
« soigner. »

L'amélioration fut telle que la malade put être rendue à son oncle et à sa tante le 1er novembre La malade paraissait heureuse de sortir.

Une semaine plus tard, le 7 novembre, ses parents étaient obligés de nous la ramener. Depuis 3 jours, elle avait refusé de s'alimenter, elle opposait à toutes les questions un mutisme absolu, elle avait continué à être gâteuse. Elle se montrait hostile et même haineuse à l'égard de sa famille, particulièrement de son oncle, tout en déclarant qu'elle n'avait jamais cessé de les aimer, leur reprochait encore d'avoir fait son malheur, de ne pas l'avoir mariée, de l'avoir tenue étroitement alors que ses sœurs étaient libres.

A peine était-elle entrée à la Clinique, qu'elle acceptait en notre présence de boire une tasse de lait. Cependant elle est actuellement dans un état comparable à celui qui précéda le mois d'août. Il faut la faire manger. Elle est résistante, négativiste, refuse de répondre, sinon pour dire toujours la même chose : « On aurait dû me marier. »

Telle est cette malade qui justifie, par ses réactions à l'ambiance, mais par ses réactions seules, croyons-nous, l'hypothèse de démence précoce. Evidemment nous sommes souvent obligés, en psychiatrie, de nous contenter des symptômes objectifs. Leur ensemble fournit une présomption en faveur de telle ou telle

©BIUM

affection. L'avenir en justifie souvent le bien-fondé. Mais sans l'épreuve du temps, de l'évolution, le syndrome vu de l'extérieur ne peut pas, au moment même de notre examen, nous apporter mieux qu'une présomption. Il n'existe pas d'épreuve spécifique de vérification. Nous voulons surtout parler de la démence précoce. Quand nous constatons : Indifférence, négativisme, mutisme ou verbiagération avec stéréotypies verbales, impulsions violentes, rires et pleurs sans motif évident, sitiophobie, gâtisme, etc., nous pensons à cette affection. Mais nous n'avons pu en aucune manière explorer la vie intérieure du sujet. Notre examen est resté forcément superficiel. Nous savons combien il est périlleux de se fier exclusivement aux apparences. Cela est banal à répéter, mais nous insistons parce qu'il est des individus qui présentent un syndrome comparable à celui que nous énumérons plus haut, et cependant lorsqu'on peut pénétrer dans leur psychisme, ils révèlent une intégrité intellectuelle surprenante, une affectivité qui loin d'être abolie se montre exacerbée. Sans doute, ils ressemblent extérieurement aux déments précoces.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que notre malade ait été considérée comme telle. Et, cependant, où réside la désagrégation psychique ? Il existe, c'est là le trouble principal, une dysharmonie entre le sujet et le milieu, mais de ralentissement des processus psychiques, d'incohérence, d'indifférence affective, avec manifestations paradoxales, de troubles du jugement, de désorientation, de suggestibilité, point. La malade se tait le plus souvent. Elle est négativiste. Quand elle se confie à nous, son discours est logique, coordonné, nous l'avons vu. Elle écrit correctement. Elle raconte son passé, elle a conscience de ses troubles. On dirait alors, dans ses propos, d'une personne normale. Les phénomènes psychiques ne cessent pas d'obéir aux lois habituelles. La maladie réside dans la perte de l'activité. Le monde extérieur ne la sollicite plus. C'est l'inertie, l'apathie, l'indifférence à l'ambiance (mais sans doute à l'ambiance seulement), l'attitude figée, le regard perdu, la négligence de sa personne, le refus d'aliments, le gâtisme. Que si cette

activité se rééduque, que si la malade est incitée à recueillir au dehors les fruits de son énergie reconquise, aussitôt le milieu extérieur, comme s'il rappelait une série de tristes souvenirs, ou comme s'il blessait la malade dans son *moi* profond, arrête tout élan. De nouveau, l'internement s'impose. Nous le voyons, cet état dépressif avec perte de l'activité ne ressemble que superficiellement à la démence précoce et un tel diagnostic ne satisfait pas complètement l'esprit.

S'agit-il de mélancolie ? L'aspect extérieur fait de tristesse et d'abattement, la nuance de regret avec laquelle la malade répète souvent : On aurait dû me marier, le refus d'aliments, nous a laissé longtemps perplexes sur l'existence possible d'un état mélancolique avec peut-être un élément de périodicité. Nous n'avons jamais observé de réactions anxieuses. Ce n'est pas l'indifférence douloureuse du mélancolique. « Je ne m'ennuie pas, je ne désire rien », dit-elle. Il n'existe aucun thème délirant de nature mélancolique. Pas de phénomènes psychosensoriels. Il ne pourrait s'agir ici que de mélancolie stuporeuse. Un délire très actif pourrait la légitimer : nous le répétons, il n'en est pas trace. Ou bien l'inhibition psychique poussée à son comble, entraînant l'arrêt des fonctions intellectuelles, aurait réalisé cet état d'inertie complète. Or, les processus intellectuels sont capables d'être mis spontanément en jeu, nous l'avons observé, et se révèlent immédiatement logiques, cohérents.

La maladie évolue depuis 8 ans. Ce passage à l'état chronique se serait accompli sans idée délirante. Il serait susceptible d'être coupé par des phases de guérison. Ce serait une psychose intermittente à bien longs accès, surtout chez une malade qui était si jeune au début des accidents. Là encore, la dépression en impose pour un état mélancolique. Mais l'examen du fond mental éloigne de cette hypothèse envisagée d'un point de vue nosologique.

Aucun de ces diagnostics ne nous satisfait. L'observation rigoureuse des faits nous oblige à constater un choc émotif très intense entraînant aussitôt à sa suite une véritable perte de contact avec la réalité. Au lieu

©BIUM

de réagir, d'essayer de lutter contre l'adversité, de faire le projet d'un autre mariage, la malade se replie sur elle-même, vit dans une sorte de rumination mentale qui lui fait dire sans cesse : On aurait dû me marier, et se retrancher de plus en plus du monde extérieur, cultivant peut-être inconsciemment un engourdissement psychique qui la protège contre la douleur, une inactivité qui lui évite le heurt de l'effort de la vie journalière. Ne pourrait-il s'agir d'un moyen de défense, d'un caractère un peu spécial nous en convenons, contre une existence jugée imparfaite. En effet, le séjour à l'asile amène — conséquence heureuse — une véritable guérison. Le milieu est nouveau. La malade y peut vivre isolée, à l'abri de toute préoccupation matérielle. On peut dire que l'internement avec l'égalité des malades devant les règlements, l'uniformité du régime pour tout le monde, a cela de commun (toutes proportions gardées évidemment) avec la vie en groupes (pensions, casernes, couvents), qu'elle confère à chacun une sorte d'impersonnalité, parfois blessante, souvent protectrice, et protectrice surtout pour nos malades d'asile. En effet, à peine notre malade est-elle remise dans le milieu familial, ce même milieu réactive, pourrait-on dire, le complexe affectif qui semblait atténué et les réactions qu'il avait fait naître autrefois réapparaissent aussitôt. Si on peut parler de discordances, c'est bien de discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, la première intacte malgré les apparences, la seconde profondément touchée.

Nous faisions remarquer au début de cette étude la difficulté de dépasser la description objective, dans la démence précoce, et c'est pourquoi nous nous sommes attachés ici, ainsi que dans nos travaux antérieurs, à tenter d'analyser le fond mental de nos sujets par une interprétation nouvelle des faits. La difficulté n'avait pas échappé aux auteurs. « Comment pénétrer l'état de conscience d'un sujet muet, incohérent, négateur ou stéréotypé ? » écrit Rogues de Fursac. Avec perspicacité il ouvrait la voie aux recherches cliniques et psychologiques en attirant l'attention sur la signification

©BIUM

positive, révélatrice que peut avoir la pseudo-indifférence du dément précoce. Bien des médecins eurent l'impression que le syndrome objectif ne traduisait qu'une faible partie de la réalité psychique sous-jacente, de même qu'un jeu de physionomie ne donne qu'un aperçu rudimentaire de nos sentiments et de nos pensées. La notion de schizoïdie, en permettant d'étudier le malade du dedans vers le dehors et non plus, comme on faisait, du dehors vers le dedans, semble devoir rendre de grands services à la clinique. Le terme est discutable. Nous avons proposé psychose d'intériorisation, de rêverie, de songerie. Aucun ne répond tout à fait à nos conceptions. Quoi qu'il en soit, loin de vouloir tout recréer, elle nous fortifie dans la conception classique de la D. P. dégénérative et de la D. P. post-confusionnelle de Régis. Elle a surtout l'avantage d'éclairer certains états jusqu'alors difficiles à comprendre. Elle aide à les classer. Elle se laisse isoler comme une entité clinique bien définie, naturellement constituée, sans artifices psychologiques. Le cas de cette malade nous a paru une illustration intéressante de cette notion de schizoïdie.

La séance est levée à 17 h. 30.

Les Secrétaires des séances :
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ASSISTANCE

Trente ans d'assistance familiale d'aliénés en France, *Colonie de Dun-sur-Auron,* par le Dr A. PASTUREL, directeur de la colonie (1 brochure, 41 pages, Imp. Bussière, à St-Amand, Cher, 1922).

Au moment où le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française vient de mettre à l'ordre du jour de sa prochaine session (Bruxelles, août 1924) et de confier à M. Sano (d'Anvers) la question de l'adaptation du malade mental au milieu de l'assistance familiale, il est particulièrement opportun de signaler l'intéressant exposé de M. Pasturel.

Rédigé à l'occasion du trentième anniversaire de la création de la Colonie de Dun-sur-Auron, ce travail en relate l'histoire et en examine les résultats. Depuis le jour où, sur l'initiative du Conseil Général de la Seine et sous l'inspiration de M. Aug. Marie, l'assistance familiale fut tentée à Dun-sur-Auron, à l'imitation des colonies belges de Gheel et de Lierneux et surtout des colonies écossaises, le succès de ce mode d'assistance s'est progressivement affirmé.

Les efforts tenaces de MM. Aug. Marie, Vigouroux, Dupain, Picharman, Truelle, Rodiet et Pasturel ont sans cesse amélioré les résultats obtenus et contribué à la prospérité de la Colonie de Dun-sur-Auron. Réservée aux malades femmes, elle peut recevoir aujourd'hui de 1.000 à 1.200 malades, et il existe, à Ainay-le-Château, une organisation analogue pour les aliénés de sexe masculin. Ces deux colonies ont été organisées pour ses malades par le Département de la Seine, dont l'exemple devrait être suivi par d'autres départements. Comme le fait remarquer M. Pasturel, ce mode d'assistance est intermédiaire à l'Assistance par inter-

©BIUM

nement dans un asile d'aliénés et à l'assistance hospitalière dans un service ouvert.

On trouvera, dans l'exposé très clair de M. Pasturel, toutes les indications concernant l'organisation de la colonie, son fonctionnement et les particularités du placement familial.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Un nouveau symptôme rachidien. L'Oxalorachie, par M. Georges RODILLON, *préface* de M. LOEPER (1 vol. 72 pages Maloine et fils édit., Paris 1923).

En appliquant à la recherche des oxalates la technique de Carron et Raquet (résorcine et acide sulfurique), M. Rodillon constate dans le liquide céphalo-rachidien des cristaux typiques, colorés de façon intense et élective. La présence de ces cristaux, qui n'a encore jamais été signalée, est considérée par M. Rodillon comme d'une importance capitale dans la pathogénie de certains troubles nerveux.

M. Rodillon estime que l'acide oxalique trouvé dans l'organisme paraît surtout dériver de la désintégration des corps puriques (acide urique et corps voisins). Il étudie ensuite sa toxicologie rappelant les travaux de M. Loeper sur l'oxalémie et sur l'oxalurie.

L'oxalorachie ne serait pas moins importante à considérer. Pour M. Rodillon l'oxalate de calcium trouvé dans le liquide céphalo-rachidien est le témoignage tangible d'une intoxication oxalique chronique dont certains troubles nerveux ou mentaux (épilepsie essentielle, méningisme, convulsions, tétanie, éclampsie, démence précoce, confusion mentale, etc...) sont les manifestations apparentes, résultant de l'action toxique élective de l'acide oxalique sur les troubles nerveux. Pour M. Rodillon, l'oxalorachie peut être considérée comme un des facteurs principaux, sinon *le seul*, de ces affections..

L'introduction dans le sac rachidien d'une solution isotonique de chlorure de calcium serait de nature à donner une sédation rapide des troubles nerveux par insolubilisation et neutralisation immédiate de l'acide oxalique.

René CHARPENTIER.

©BIUM

HISTOIRE DE LA MEDECINE

Comptes rendus du deuxième Congrès international d'Histoire de la Médecine, Paris, Juillet 1921, recueillis et publiés par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FOSSEYEUX, *secrétaires généraux* (1 vol. grand in-8°, 204 pages, Imp. Ch. Hérissey, Evreux, 1922).

Le deuxième Congrès international d'Histoire de la Médecine, qui se tint à Paris, du 1er au 6 juillet 1921, *sous la présidence de MM. les Professeurs* JEANSELME *et* MÉNÉTRIER, eut un grand et légitime succès. Aussi faut-il remercier MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FOSSEYEUX, *secrétaires généraux*, d'en avoir recueilli la substance dans un intéressant volume, remarquablement bien édité et illustré.

Organisé par la Société française d'histoire de la Médecine, dont il est inutile de rappeler ici l'intérêt et l'activité, ce deuxième Congrès international groupa des adhérents de quatorze nations. En une semaine, on entendit *65 communications ;* les séances de travail, assidûment suivies par les Congressistes, furent complétées par des *conférences historiques* faites à l'occasion de *visites* à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux, à la Salpêtrière, à la Maternité, au musée Carnavalet, à la Bibliothèque Nationale, à la Malmaison, au musée de Saint-Germain en Laye, etc. Une très intéressante *exposition rétrospective*, organisée à la Faculté de médecine par M. VILLARET accueillit un grand nombre de visiteurs.

Il est impossible de faire un choix parmi tant de travaux qui, tous, méritent d'être lus. Qu'il nous soit pourtant permis de rappeler, parmi les questions qui intéressent le plus les lecteurs des *Annales*, les communications de *M. le Professeur Jeanselme*, sur *le régime alimentaire des anachorètes et des moines byzantins*, de *M. Mousset* (de Mayenne) *sur l'assistance aux lépreux*, de *MM. Laignel-Lavastine* et *Vinchon* sur *la médecine de l'esprit en France au* XVIIIe *siècle*, de *M. Cabanès* sur *les étapes de la psychopathologie historique* (*les précurseurs*), de *M. Paul Courbon* sur la *Psychiatrie en Alsace*, de *M. Wickersheimer* (de Strasbourg) sur *les guérisons miraculeuses du Cardinal Pierre de Luxembourg* (1387-1390) d'après les *Acta sanctorum*, de *M. Van Audel* (de Gorinchem, Hollande) sur *les médecins de Molière au théâtre classique des Pays-Bas*, etc.

Le succès de ce Congrès fait le plus grand honneur à ses

©BIUM

organisateurs. L'un d'eux, M. Laignel-Lavastine, contribue depuis bien des années, par le concours le plus actif et l'érudition la plus avertie, au succès de la Société d'Histoire de la médecine, et à la mise au point de cette science si intéressante et trop longtemps méconnue qu'est l'Histoire de la Médecine. On ne saurait trop le remercier de la publication de ce beau recueil de comptes rendus.

René CHARPENTIER.

MEDECINE GENERALE

Pédiatrie, *Tome I*, par MM. Pr MARFAN, APERT, J. RENAULT, G. PAUL-BONCOUR, Mlle LABEAUME, Mme C. DE TANNENBERG, MM. RIBADEAU-DUMAS, Pr WEILL, PÉHU, GARDÈRE, Pr NOVÉ-JOSSERAND, BINET, MEYER, PRIEUR, LESNÉ, ARMAND-DELILLE. (1 vol. in-8°, 1176 pages, 82 figures, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

Comme le second tome déjà paru, ce premier volume de Pédiatrie comprend deux fascicules. Après une magistrale introduction dans laquelle M. le Professeur *Marfan* expose les caractères spéciaux à la *première*, la *seconde* et la *troisième enfance*, et les formes particulières de leurs réactions morbides, *M. Apert* consacre un excellent chapitre à la physiologie et aux anomalies de la *croissance*. Ces notions sont complétées par les articles qui traitent de l'hygiène infantile et de l'alimentation des enfants. Au cours de cet exposé, *M. G. Paul-Boncour* a consacré un chapitre, dans lequel il résume très clairement les résultats de son expérience, à la *sélection médico-pédagogique des enfants anormaux*, dont tout médecin soignant des enfants devrait connaître les principes directeurs et posséder la technique. Il étudie successivement les anomalies intellectuelles, conseillant d'utiliser les tests excellents de MM. Binet et Simon, les anomalies du caractère, de la moralité, les anomalies combinées. Après avoir montré que cette étude doit être complétée par une enquête biopathologique, M. Paul-Boncour insiste sur la nécessité du dépistage précoce des anormaux, de leur sélection et de l'établissement pour chacun d'une formule adaptative individuelle.

Il faut signaler encore dans ce tome une très importante

©BIUM

contribution de *M. Ribadeau-Dumas* à l'étude des *maladies du tube digestif* chez l'enfant et aux applications au nourrisson des efforts de la médecine sociale. Le deuxième fascicule se termine par le chapitre très didactique et très complet de *M. Armand-Delille,* sur les affections des voies respiratoires.

René CHARPENTIER.

METAPSYCHIE

Le mécanisme de la survie, *Explication scientifique des phénomènes métapsychiques,* par MM. A. RUTOT et M. SCHAERER (1 vol. in-8°, 124 pages, Paris, 1923, Félix Alcan, édit.).

Ce volume, dédié au Professeur Ch. Richet est l'exposé des phénomènes supranormaux ou métapsychiques et de leur explication. Une première partie, intitulée *Déterminisme et morale,* renferme l'énoncé de quelques principes directeurs. La morale qui se dégage de la philosophie scientifique de la nécessité donne aux principes moraux un fondement rationnel et clair ; elle prouve la nécessité de leur mise en pratique en dehors de tout dogmatisme et de tout mysticisme.

Les auteurs reproduisent la définition suivante de *M. Ch. Richet :* « La métapsychique est une science qui a pour objet des phénomènes, mécaniques ou psychologiques, dus à des forces qui semblent intelligentes ou à des puissances inconnues, latentes dans l'intelligence humaine. » Pour eux, la *survie* comprend tout *le champ énergétique psycho-physique terrestre,* influencé et modifié plus ou moins dans sa structure par l'action psychique et physique d'un individu déterminé.

Les phénomènes psychiques normaux et supranormaux ou métapsychiques se trouvent classés selon leur valeur, les manifestations supranormales constituant les cimes de la mémoire générale, ou subconscience, source de la Cryptesthésie et du Savoir. La fréquence des réincarnations serait en raison inverse de la valeur morale ou cosmologique des individualités, et le temps de survie latente mesurerait la hauteur du niveau évolutif de chaque unité.

René CHARPENTIER.

©BIUM

NEUROLOGIE

Le Réflexe palato-cardiaque physiologique, par le Dr Henri Louge (100 pages, Th. Paris, 1923, Jouve et Cie, édit.).

M. Louge distingue deux variétés de réflexes palato-cardiaques. Le premier, *réflexe orthosympathique* (Laignel-Lavastine), consiste en l'accélération du rythme cardiaque avec hypertension artérielle sous l'influence d'une pression de 30 centimètres de mercure exercée au niveau du palais. Le second, *réflexe parasympathique*, consiste en un ralentissement du pouls avec hypotension artérielle sous l'influence d'un grattage léger de la muqueuse palatine.

Ce réflexe, dans ses deux modalités, varie suivant les sujets (sympathicotonie, vagotonie) et suivant les heures (à l'occasion de la digestion par exemple).

René Charpentier.

Manuel de Neurologie oculaire, par MM. le Prof. F. de Lapersonne et A. Cantonnet (2e *édit.*, 1 vol. in-8°, 416 pages, Paris, 1923, Masson et Cie, édit.).

Ce livre ne s'adresse pas seulement aux ophtalmologistes et aux neurologistes, mais à tous les médecins. Après l'étude anatomique, physiologique et clinique des différents appareils nerveux de l'œil (appareils oculaire moteur, oculaire sensoriel, oculaire sensitif, oculaires vaso-moteur et secrétoire), *MM. de Lapersonne et Cantonnet* donnent le schéma type d'un examen neurophtalmologique. Ils passent ensuite en revue, comme dans la première édition, les troubles oculaires que l'on peut observer dans les différentes maladies. Certains chapitres ont été augmentés, tels que ceux qui traitent du nystagmus, de la séméiologie de la pupille, de la stase papillaire. Enfin, les auteurs exposent dans cette deuxième édition les connaissances récentes sur les lésions du grand sympathique, les troubles parkinsoniens, les syndromes hypophysaires, l'encéphalite épidémique, les affections neuro-oculaires familiales, la rétinite azotémique, les avitaminoses.

Cet excellent manuel se termine par un index dans lequel le lecteur, en présence d'une question de neuropathologie oculaire, trouve d'emblée les indications nécessaires à la consultation rapide du volume.

René Charpentier.

©BIUM

Essai sur la Paralysie tremblante, par James PARKINSON — *traduit* et *annoté* par *MM. A. Souques* et *Th. Alajouanine.* (1 brochure, 72 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1923).

Répondant au désir déjà exprimé par Charcot en 1888, *MM. Souques et Alajouanine* ont eu l'heureuse pensée, pleine d'actualité, de publier la traduction française (d'après le texte authentique) d'un des rares exemplaires qui existent encore du remarquable travail de Parkinson. Ils ont joint à cette traduction d'intéressants commentaires, reportés à la fin du volume, mais rattachés au texte original par des numéros intercalés dans ce texte.

MM. Souques et Alajouanine font remarquer, en particulier, le choix par Parkinson du mot de paralysie, indiquant la grande importance attachée par lui à la diminution de la force musculaire. Ils notent que Parkinson a admirablement observé le début insidieux de l'affection et son évolution lentement progressive, l'attitude de flexion, la marche sur la pointe des pieds, la propulsion, la possibilité de la disparition du tremblement au cours d'une hémiplégie, l'influence suspensive des mouvements volontaires sur le tremblement, l'intégrité des sens et de l'intelligence, etc.

Parkinson n'a pas vu la rigidité musculaire, si justement mise en évidence par Charcot et qui peut être pendant longtemps le seul signe de la maladie. Elle est, pour M. Souques, le symptome le plus important et le plus constant de l'affection.

Fort prudemment, Parkinson déclarait n'apporter que des conjectures sur la nature de la maladie. Il lui attribuait comme cause une lésion de la moelle cervicale. Cette idée, longtemps admise, fut rejetée par Charcot. Des recherches récentes semblent situer les lésions dans les régions striée, sous-optique et pédonculaire. La thérapeutique actuelle, purement symptomatique, n'a pas réalisé les espérances exprimées par l'auteur dans la brochure où il expose l'heureuse synthèse qui porte son nom.

Il faut remercier M. Souques, dont tous connaissent les beaux travaux sur cette question, et son collaborateur, M. Alajouanine, d'avoir mis à la disposition de tous un travail jusqu'ici introuvable, et dont les épidémies récentes d'encéphalite épidémique ont confirmé l'importance, si bien mise en lumière par Charcot.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Tumeurs du nerf acoustique et autres processus de la région ponto-cérébelleuse. Diagnostic différentiel et traitement chirurgical (*à l'occasion de trois cas opérés : tumeur, kyste et abcès*), par M. W. Lopez Albo (de *Bilbao*) [in *Archivos de Neurobiologia*, Madrid, tome II, nos 2 et 3, tome III, no 1, 150 pages].

Très intéressante étude clinique et opératoire à laquelle se trouve annexée une longue bibliographie et seize figures.

Débutant habituellement de 30 à 50 ans, ces tumeurs ne se produisent avant la vingtième année qu'en cas de neurofibromatose centrale. Celle-ci, toujours bilatérale, s'accompagne de fibromes cutanés, de néoplasmes des nerfs périphériques, etc.

Presque toujours, au début, les premiers symptômes consistent en paracousie ou hypoacousie, l'impossibilité, par exemple, d'entendre par téléphone ; cependant, dans certains cas, l'affection peut débuter par des troubles labyrinthiques qui ne sont nullement constants. Ensuite les phénomènes de compression enrichissent le tableau clinique. M. Lopez Albo passe en revue le diagnostic topographique et différentiel, les altérations du liquide céphalo-rachidien (dissociation albumino-cytologique), du fond de l'œil, les données de l'examen radiographique, les indications thérapeutiques. Au point de vue chirurgical, il conclut que les techniques de Cushing et de Th. de Martel sont les meilleures pour opérer avec le minimum de risque les tumeurs du nerf acoustique. Les succès sont fonction de la précocité du diagnostic, de la rapidité de l'intervention, de la sûreté de la technique.

Ce travail est une très importante contribution au diagnostic et au traitement de cette affection.

René Charpentier.

Paraplégie tabétique avec anémie pernicieuse, par M. Karl-A. Menninger, M. S. M. D., Topeka, Kansas (in *The New-York medical journal*, juin 1921).

Exposé d'un cas d'anémie pernicieuse survenu chez un ataxique, âgé de 62 ans et améliorée par un traitement médicamenteux (arsenic, fer et hydrothérapique, par le massage et des exercices de rééducation).

René Charpentier.

©BIUM

PROPHYLAXIE

La prophylaxie mentale en France et à l'étranger, par M. Petre TRISCA (1 vol. in-8°, 216 pages, Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

Cet ouvrage, destiné par M. Trisca au public roumain, a pour but de lui faire connaître les efforts des psychiatres français, du Comité français d'hygiène mentale, de la ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales. Il est précédé d'un *avant-propos* du Professeur *Balthazard*, de *préfaces* de *MM. Toulouse* et *Génil-Perrin* et du regretté Professeur *Dupré*, de *préliminaires* dus à *M. Chaslin*.

M. Petre Trisca donne une esquisse de l'organisation de la prophylaxie et de l'hygiène mentales telle qu'elle a été conçue et réalisée en France par M. Toulouse et ses collaborateurs. Ainsi que l'écrit M. Chaslin, la ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales vise à obtenir des autorités l'organisation, le développement des œuvres de préservation, de patronage, amorcées dans notre pays il y a déjà très longtemps sous l'influence des travaux de Morel et de J.-P. Falret, dont M. Trisca rappelle les efforts de précurseurs. La ligue a pour but aussi l'éducation du public.

Ce mouvement, inspiré des méthodes employées et des résultats obtenus aux Etats-Unis d'Amérique, a déjà obtenu en France des succès très appréciables. Son action s'intensifie de jour en jour. La création de dispensaires d'hygiène mentale, la sélection psychophysiologique des écoliers, l'organisation de l'orientation professionnelle et de la sélection psychophysiologique des travailleurs ont déjà suscité de nombreux travaux et beaucoup d'efforts et sont en voie de réalisation. Ce sont ces efforts, leurs méthodes et leurs résultats que M. Trisca expose au public dans un ouvrage qui contribuera à leur succès, par sa clarté, sa précision et sa documentation.

René CHARPENTIER.

Hygiène mentale pratique, par M. Karl-A. MENNINGER, M. D., Topeka, Kansas (in *Journal de la Société de Médecine du Kansas*. Décembre 1922).

La première chose à faire en matière d'hygiène mentale, écrit M. Karl A. Menninger, est de faire mieux connaître les maladies nerveuses. Cet article, expose les résultats de la première année de fonctionnement du service de mala-

©BIUM

dies nerveuses et mentales de la Clinique municipale de Topeka. Il est la reproduction d'une conférence faite le 22 avril 1922 au U. S. P. H. Institut pour officier de santé. La Clinique municipale de Topeka et la Clinique municipale Laurence fonctionnent sous les auspices de la Société pour l'Hygiène mentale du Kansas.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

E. RÉGIS, **Précis de Psychiatrie,** *6e édition* (1 vol. in-8°, 1270 pages, G. Doin, édit., Paris, 1923).

Sous le modeste titre de précis de psychiatrie, le très regretté Professeur Régis a publié un ouvrage qui, par ses éditions successives, fut, depuis 1884, le guide incontesté de tous ceux qui s'intéressent à la médecine de l'esprit. L'éloge de ce livre n'est plus à faire. Ses qualités bien françaises de méthode, de clarté, de mesure, l'étendue des notions qu'il renferme sous un volume relativement restreint, l'abondance des renseignements bibliographiques qu'il fournit, la mise au point pleine de finesse qu'il apporte sur chaque question, jointes à l'intérêt si légitimement suscité par les idées personnelles de l'auteur expliquent facilement le succès de ce livre auprès des neuropathologistes, des juristes, des psychologues, des praticiens et des étudiants.

Avec sa grande conscience, sans rien laisser ignorer des diverses tendances de l'évolution de la psycho-pathologie, le Professeur Régis a su conserver à son livre l'attrait de ses vues personnelles. Ceux qui furent ses collaborateurs, ses élèves, ses amis, retrouvent non sans émotion, en ouvrant son œuvre, l'évocation vivante de la parole chaude et convaincante du Maître. Ils le revoient auprès des malades, dans son enseignement, dans nos sociétés, dans nos Congrès, partout où il apportait son ardeur à la discussion, son souci de clarté, de précision, de compréhension, son affectueuse bienveillance, sa conscience jamais satisfaite, sa bonté toujours en éveil. Il apportait avec lui la vie, la sérénité, la concorde. Régis fut le maître incontesté de toute une génération. Grâce à lui, l'Ecole de Bordeaux rayonna bien au delà même des frontières de notre pays. Il mérita la reconnaissance de tous pour avoir su faire aimer au dehors la science fran-

©BIUM

çaise, dont il était une si fidèle et si digne représentation.

Hélas ! il se donna sans compter quand passa le violent ouragan qui tendit toutes les énergies vers la défense du Pays. Et quand vint, après tant d'épreuves, l'apaisement tant attendu de la victoire, Régis n'était plus. Après avoir donné à la France un fils mort pour elle, le médecin principal Régis avait usé ses dernières forces à son service.

Son œuvre reste, à l'épreuve du temps. Et son précis de Psychiatrie, dont la 5e édition, depuis longtemps épuisée, était réclamée de toutes parts, ne pouvait disparaître. Des mains pieuses ont discrètement publié une sixième édition. On peut lui prédire le même succès qu'à celles qui l'ont précédée. Entièrement revue, augmentée de 40 pages sur la précédente, elle a été complétée à l'aide de travaux de l'auteur écrits depuis la 5e édition. Il faut signaler en particulier un chapitre sur la psychiatrie en temps de guerre.

Beaucoup, non encore entièrement conquis par des vues nouvelles, dont certaines ont tendance à s'imposer un peu bruyamment, reliront avec plaisir et avec fruit ces pages qui résument un labeur immense. La science, surtout une science aussi jeune que la psychiatrie, est loin d'avoir fixé ses limites. Chaque jour apporte à l'édifice des pierres nouvelles, de qualité à vrai dire inégale. Ce serait folie que de fermer ses yeux à l'avenir. Une erreur, plus grande encore peut-être, ne serait-elle pas de faire table rase du passé, d'un passé récent illustré par tant des nôtres ? De ceux-là, Régis fut un des meilleurs. Comme tout ce que l'homme échafaude, l'édifice qu'il a contribué à construire sera consolidé, agrandi, modernisé. Pourtant, de belles parties résisteront au temps, et, pour celles-là même qui devront être modifiées ou reconstruites, les nouveaux architectes trouveront sur place des matériaux d'une rare valeur qu'ils auraient tort de ne pas utiliser.

René CHARPENTIER.

Les Débiles mentaux, *Etude expérimentale et clinique,* par le Dr G. VERMEYLEN, médecin de la section pour enfants anormaux à la colonie de Gheel. (Travail de l'Institut général psychologique, section de psychologie pathologique, Bruxelles 1923, 154 pages).

Cet important travail, présenté par M. Vermeylen pour l'obtention du doctorat spécial en psychiatrie de l'Univer-

©BIUM

sité de Bruxelles, fut, en partie, poursuivi dans le service de M. Simon à la Colonie d'enfants anormaux du Département de la Seine (Perray-Vaucluse). L'auteur s'est proposé d'étudier la *débilité mentale* proprement dite, de chercher les moyens les plus pratiques pour l'analyser, de définir ses caractères principaux et ses diverses modalités, entendant sous le nom de débilité mentale un état de déficience mentale congénitale, se manifestant sans troubles névropathiques ou psychopathiques prépondérants, et situant les sujets qui en sont atteints entre l'imbécillité et la normalité.

Les travaux consacrés à l'étude de la débilité mentale sont répartis par M. Vermeylen en trois périodes : la période *descriptive* la période *sociale et pédagogique,* et la période *expérimentale,* qui commence avec les travaux de MM. Binet et Simon. Par sa conception heureuse d'évaluer l'intelligence en années d'âge, M. Simon a indique un procédé rationnel de mesure qui rend possible la limitation des états de débilité mentale et leur classification.

Les procédés d'examen et d'évaluation par les tests sont de date récente. Des *méthodes synthétiques* utilisant des épreuves uniques ou des épreuves graduées ont abouti à la constitution d'*échelles métriques de l'intelligence* et s'inspirent toutes plus ou moins de la méthode de Binet et Simon. Elles ne permettent pas, écrit M. Vermeylen, une dissociation des différentes activités mentales et ne donnent qu'un résultat d'ensemble forcément écourté. Les *méthodes analytiques,* les premières tentées, trouvent actuellement leur utilisation dans l'étude de l'orientation professionnelle. Des épreuves isolées, groupées, coordonnées, permettent les unes le dépistage, les dernières la comparaison. Sous le nom de *profils psychologiques,* Rossolimo a désigné les résultats mis en diagramme d'une série d'épreuves portant sur différentes fonctions mentales.

Mais, à côté de ces profils, purement analytiques, il est nécessaire de conserver la notion de mesure mentale qui, seule, peut apporter à l'examen sa conclusion. Aussi M. Vermeylen adopte-t-il, pour l'*examen mental,* une *méthode mixte* participant à la fois de la méthode globale et de la méthode analytique. Il utilise 15 séries de tests, chaque série répondant à un même genre d'épreuves graduées en ordre de difficulté croissante, de 1 à 10. L'ensemble de l'examen comporte donc 150 épreuves réparties en 15 séries de 10 degrés chacune. Une feuille spéciale sert à inscrire les résultats de l'examen.

©BIUM

Des courbes mentales normales ont été établies en appliquant cette méthode à des enfants d'une école primaire de Paris. Les constatations faites ont servi de base aux recherches effectuées sur les débiles mentaux de la Colonie de Perray-Vaucluse. Il existe un parallélisme évident entre les résultats obtenus ainsi et ceux que donne l'échelle de Binet et Simon. Pourtant la plupart des sujets sont plus sévèrement cotés par l'échelle analytique et, dans 75 0/0 des cas examinés par la méthode de M. Vermeylen, on trouve un retard d'environ une année.

Les *courbes mentales* établies par M. Vermeylen associent donc l'étude analytique et les conclusions globales que donnent les méthodes synthétiques. Elles permettent également d'étudier le rapport qui existe entre les différentes activités mentales d'un même sujet et d'en grouper un certain nombre d'après ce rapport figuré par la courbe. Elles utilisent, à côté des réactions provoquées directement par l'exécution des tests, les activités spontanées que le sujet manifeste à l'occasion de l'examen.

L'examen des courbes montre que si certains sujets présentent une insuffisance assez également répartie sur les différentes fonctions mentales, d'autres, au contraire, dont la courbe marque des irrégularités, présentent, en plus de l'insuffisance, générale de leurs activités mentales, une disharmonie manifeste dans le rapport entre elles des différentes fonctions. M. Vermeylen base sur cette première constatation une classification des débiles en *débiles « disharmoniques » et débiles harmoniques*. Les premiers peuvent être divisés en *sots, instables* et *émotifs*. L'observation des réactions spontanées du sujet et de son attitude générale permet de grouper les seconds en débiles *passifs, pondérés, actifs* et *puérils*.

A l'aide de graphiques et d'observations résumées, M. Vermeylen indique les particularités de chacun de ces sous-groupes, dont il fait une intéressante étude. La place ne permet pas de résumer ici cette partie du travail, qui doit être lu dans le texte même de l'auteur. Il aboutit à une classification d'appréciation délicate, qui ne vise sans doute pas à être définitive.

L'ouvrage se termine par une comparaison entre les débiles mentaux et les enfants présumés normaux. De cette comparaison, M. Vermeylen conclut que *le débile mental est un sujet qui a un niveau mental comparable à celui d'enfants de* 6 *à* 10 *ans*. Les débiles les plus intelli-

©BIUM

gents ne dépassent pas, ainsi que l'a montré M. Simon, le niveau mental d'enfants de 10 à 11 ans. L'enfant normal passe, entre 6 et 10 ans, d'une activité mentale surtout réceptrice à une activité d'élaboration visant, par le jeu des suppléances, à coordonner le fonctionnement mental en vue d'une adaptation meilleure. Le débile mental, au contraire, reste presque toujours au stade de l'activité surtout réceptive ; la coordination des fonctions intellectuelles est toujours incomplète et ne peut aboutir à une synthèse parfaite.

Une longue bibliographie termine le travail de M. Vermeylen, qui représente un effort considérable. Il continue les beaux travaux de M. Simon, qui tendent à apporter des limites et des classifications précises dans un chapitre de psychopathologie où un passé récent ne trouvait encore que confusion et chaos.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des délires à terminaison démentielle rapide, par le Dr Pierre CARRAZÉ (92 pages, Th. Bordeaux, 1923, Y. Cadoret, édit.).

Ce travail, basé sur 14 observations personnelles recueillies à l'Asile de Nantes et à l'Asile de Lafond, est une contribution à l'étude des délires à évolution démentielle précoce (thèse de Mme Thuillier-Landry, Paris, 1916). Pour M. Carrazé, les caractères des convictions morbides du début, des troubles de l'affectivité, des troubles des actes de l'évolution, l'étiologie et surtout les états terminaux sont, dans ces cas, si exactement calqués sur ceux que l'on constate dans la démence précoce, que l'on peut avancer que ces faits sont en rapport avec un processus d'évolution *subaiguë* de la démence précoce.

M. Carrazé est enclin à penser que le caractère aigu des démences hébéphréno-catatoniques est réalisé par la combinaison de deux facteurs : l'un constitutionnel, l'autre « déterminant ». Au contraire, dans les faits qui sont l'objet de ce travail, le facteur constitutionnel, ou bien agirait seul, ou bien agirait avec une collaboration minime, effacée, du facteur « déterminant ». De ces facteurs déterminants, celui que tous les auteurs signalent le plus fréquemment est assurément la tuberculose.

René CHARPENTIER.

©BIUM

M. Paul Bourget, psychiatre, par le Dr Reine H. Louge, ancienne interne des Asiles (112 pages, Thèse Paris, 1923, Jouve et Cie, édit.).

L'œuvre de M. Paul Bourget, par sa fine analyse psychologique, par sa connaissance des altérations psycho-pathologiques est particulièrement intéressante pour la psychiatre. Aussi ne saurait-on s'étonner de voir Mme R.-H. Louge consacrer sa thèse de doctorat en médecine à l'étude de quelques psychopathes constitutionnels pris dans les romans du Maître.

L'amitié qui unissait M. Paul Bourget au regretté Professeur Dupré, l'influence que ce dernier exerçait sur tous ceux qui l'approchaient, par l'originalité de ses vues, l'étendue de ses connaissances et la richesse de son expérience, l'intérêt que M. Paul Bourget a toujours témoigné aux difficiles problèmes de la psychiatrie, se traduisent dans cette œuvre magistrale par la précision et la vérité des types créés par l'auteur.

Mme Louge place au premier rang toutes les descriptions qui touchent à la pathologie de l'émotivité et à la pathologie de l'imagination. L'œuvre considérable de M. Paul Bourget eût comporté une étude psychiatrique débordant de beaucoup le cadre d'une thèse de doctorat, aussi Mme Louge a-t-elle limité ses recherches à quelques exemples choisis parmi ses romans ou parmi ses nouvelles, sans prétendre exposer ni tous les types décrits par M. Paul Bourget, ni toutes les idées émises par lui sur la pathologie mentale.

René Charpentier.

La démence paralytique à S. Paulo, par M. le Prof. Franco da Rocha et M. A. C. Pacheco e Silva [Travail de l'Hospice des aliénés de Juquery (S. Paulo, Brésil) 1923].

Etude historique, et statistique portant sur les malades traités à l'Hospice des Aliénés de Juquery de 1896 à1921. Sur 6741 malades admis, 447, soit 6 0/0 étaient atteints de paralysie générale. Les auteurs publient des tableaux destinés à rechercher l'importance de la race, de la nationalité, du sexe, de l'âge et de la profession, parmi les éléments étiologiques de la démence paralytique. De ces 447 paralytiques généraux internés, 220 sont morts moins de six mois après leur internement, 78 ont survécus de 6 mois à un an, 48 de un à deux ans, 23 de deux à trois ans.

René Charpentier.

©BIUM

PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

Quelques aspects médicaux et psychologiques de la cocaïnomanie, par le Dr L. VERVAECK (Extrait du *Scalpel*, nos 27, 28 et 29, juillet 1923, 30 pages).

Dans cette intéressante revue générale, M. Vervaeck souligne d'abord l'origine thérapeutique de nombreux cas de toxicomanie, mais aussi l'influence étiologique de la contagion psychologique. Il nous semble que la première explication s'applique davantage à la morphinomanie, la seconde s'appliquant aussi bien à elle qu'à la cocaïnomanie mais toutefois, actuellement, plus spécialement peut-être à cette dernière. Il faut signaler également, avec M. Vervaeck, la vogue récente, dans les milieux sportifs, de la cocaïne, vogue due à l'euphorie et à l'hyperactivité musculaire qu'elle détermine. La fréquence de l'intoxication cocaïnique dans les milieux de la galanterie et de la prostitution a été bien mise en lumière par M. Briand.

M. Vervaeck souligne la rareté des délits d'immoralité chez les toxicomanes médicamenteux, en opposition avec la fréquence des attentats sexuels dans l'intoxication alcoolique.

Passant en revue la posologie du toxique et les symptômes de l'intoxication aiguë et chronique par la cocaïne, M. Vervaeck rappelle les cas sensationnels de suicide par la cocaïne, les cas d'intoxication en commun, le tic du priseur de cocaïne, etc., et insiste sur les caractères spécifiques des ulcérations et perforations de la cloison nasale signalées par MM. Hautant et Laignel-Lavastine. Il attire l'attention sur le gros problème de l'hérédité toxique.

Pleine de faits, cette étude renferme un remarquable exposé séméiologique et médico-légal. Au point de vue thérapeutique, M. Vervaeck insiste sur la notion suivante trop souvent ignorée des médecins. Sauf dans les cas de cocaïnomanie occasionnelle et récente, cette toxicomanie ne peut guérir que par des mesures radicales : l'abstinence complète, le séjour dans une colonie ou un institut psychiatrique pendant un temps très long (un an en moyenne), enfin, le travail au grand air.

René CHARPENTIER.

©BIUM

SOCIOLOGIE

Les Médecins sociologues et hommes d'Etat, par P. Trisca — *Préface de M. le Prof. Ch. Richet,* membre de l'Institut (1 vol. in-8°, 224 pages, Paris, Félix Alcan, édit.).

Dans ce livre, M. Trisca passe en revue les médecins qui se sont occupés de sociologie et ceux qui sont devenus hommes d'Etat. Il plaide en faveur de la belle conception, dont les adeptes sont encore nombreux, qui considèrent la médecine comme un sacerdoce. Par son contact direct avec la vie, sociologue, pourrait-on dire, malgré lui, le médecin est mieux averti que quiconque de l'état économique du pays et de la psychologie des diverses classes sociales. Et sur toutes les questions qui touchent à l'hygiène, il a le devoir de parler, d'éclairer l'opinion et les gouvernements. Sur ce dernier point, tout au moins, tout le monde partagera sans doute l'avis de M. Trisca.

René Charpentier.

JOURNAUX ET REVUES

BIOLOGIE

Etude sur les hyperglycémies expérimentales et mécanisme nerveux de l'action de la morphine, par les docteurs Houssay et Lewis (Association médicale argentine, *Société de Biologie,* 13 septembre 1923), *Semana Médica,* 1923, n° 39.

Dans un grand nombre d'expériences faites sur les chiens, on a observé que la morphine produit une hyperglycémie, et cette action est empêchée par la section des deux splanchniques. La sécrétion de l'adrénaline ne joue aucun rôle, puisque l'on observe l'hyperglycémie chez les animaux chez lesquels on a supprimé cette sécrétion, soit par l'extirpation de la moelle surrénale ou par l'énervation des capsules. L'énervation des reins exagère ce résultat, de même que la section de tous les nerfs du pédicule hépatique. Si l'on sectionne seulement les nerfs du pédicule pancréatique, l'hyperglycémie est encore augmentée. La section simultanée des deux vagues et des splanchniques n'empêche pas l'hyperglycémie morphinique.

©BIUM

Les auteurs soutiennent que la morphine agit par un double mécanisme :

1° *Humoral :* mise en évidence que lorsqu'on sectionne les deux splanchniques et les deux vagues.

2° *Nerveuse :* consistant en une glycogénolyse plus grande, provoquée par le splanchnique. Dans ce second mécanisme intervient une influence modératrice (vago-pancréatique) qui empêche l'hyperglycémie lorsqu'on sectionne les deux splanchniques tandis que sa suppression (énervation pancréatique) exagère les effets produits par le splanchnique.

Louis PARANT.

PSYCHIATRIE

F. GORRITI. — **Délire hallucinatoire cinématique** (*Semana Médica,* Buenos-Ayres, 1923).

On a maintes fois fait la remarque que les délires systématisés empruntent leur caractère particulier au milieu social et à l'époque pendant lesquels on les observait. C'est ainsi que certaines époques ont été plus riches que d'autres en délires mystiques, et qu'actuellement on observe des formes délirantes déterminées par les progrès de la civilisation.

Gorriti attire l'attention sur une forme nouvelle de délire qu'il a signalée et qu'il propose d'appeler délire cinématographique. Un malade qu'il a observé à l'hospice de *las Mercédès* à Buenos-Ayres, âgé de 32 ans, italien d'origine, avait des hallucinations de caractère nettement cinématographique, sur un mur de la chambre, où il habitait, ou sur celui de la salle à manger, etc...

Il croyait voir des images de grandeur naturelle représentant des personnes de son pays natal, ou de nombreuses scènes de caractère immoral ; des hommes et des femmes nus apparaissaient également sur l'écran, pour chercher à le mortifier.

Par moments, ces hallucinations visuelles étaient accompagnées d'hallucinations auditives, de caractère pénible qui l'obligeaient parfois à s'arrêter de manger, si elles avaient lieu à l'heure des repas.

Par ailleurs, ce malade était parfaitement lucide, de caractère gai en dehors des hallucinations et très bon travailleur dans les ateliers de l'asile.

L'auteur propose d'accorder une place à cette forme délirante parmi les délires systématisés hallucinatoires, si bien écrits par Gilbert Ballet.

Louis PARANT.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 Novembre 1923

Président : M. le Dr Dupain

Etats catatoniques avec xantochromie du liquide céphalo-rachidien. — MM. J. Capgras et P. Carette présentent deux malades âgées respectivement de 32 ans et 18 ans, chez lesquelles des modifications du liquide céphalo-rachidien, témoignant d'une hémorragie méningée, ancienne, accompagnaient des manifestations catatoniques (stupeur chez l'une, agitation chez l'autre).

Les auteurs ont constaté chez les deux sujets des troubles physiques précoces qui permettent d'envisager l'hypothèse d'une encéphalite épidémique : algies, myoclonies dans le premier cas, signes oculaires dans le second ; mais tandis que la première des deux malades est guérie depuis deux mois de ses troubles mentaux, qu'on peut actuellement rattacher au syndrome mélancolique, la seconde présente encore un ensemble de symptômes tels que : désordre de la tenue et des actes, maniérisme, puérilité, opposition, anxiété par intervalles, inaffectivité passagère avec violences contre l'entourage, conscience vague d'un état morbide, conservation relative de la mémoire, qui font hésiter entre le diagnostic de démence précoce et celui de psychose maniaque dépressive.

Epilepsie caractérisée uniquement par des absences très fréquentes, M. L. Marchand. — Un jeune homme, âgé de 21 ans, est atteint depuis l'âge de 10 ans de suspensions brusques de la pensée, et parfois de la conscience, d'une durée de 2 ou 3 secondes, se répétant jusqu'à quarante fois par jour, constituant ainsi de véritables absences en série. Quelquefois, au cours de l'accident, il accomplit quelques mouvements automatiques ou prononce des mots inintelligibles ou des phrases incohérentes. Deux fois le sujet a présenté un état d'obnubilation intellectuelle avec vertige, au cours duquel il a manifesté de l'automatisme ambulatoire. Jamais il n'a été atteint de crise convulsive. Ce jeune homme a présenté de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de cinq ans, des peurs nocturnes et des troubles

©BIUM

du caractère pendant sa première enfance ; il appartient à une famille de névropathes et de migraineux. Ces particularités viennent encore à l'appui du diagnostic d'absences comitiales.

Psychose polynévritique grave. Danger de la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Importance du traitement par la strychnine. Opportunité du traitement chirurgical du pied-bot paralytique, par M. CÉNAC (Service du Dr Trénel). — Dans un cas de polynévrite alcoolique — peut-être aggravée par un traitement arsenical avant l'entrée de la malade dans le service — avec quadriplégie et tachycardie, la recherche prudente du réflexe oculo-cardiaque faillit causer une syncope, phénomène facilement explicable par l'atteinte du pneumogastrique.

La malade a été traitée pendant 18 mois par la strychnine, par périodes fractionnées, avec le meilleur résultat.

Il y aurait lieu de tenter une correction chirurgicale du pied-bot bilatéral pour permettre la marche, actuellement impossible.

Affaiblissement intellectuel et troubles de la mémoire. Un diagnostic difficile. (Présentation de malade), par M. H. COLIN et Mlle SERIN (Service de l'Admission). — Il s'agit d'une femme de 41 ans, normale jusqu'au mois d'août dernier, intelligente, pourvue d'une bonne instruction, et qui, après avoir passé un concours difficile, dirigeait un bureau du service de Publicité d'un grand magasin.

Le 12 août, brusquement, elle paraît inerte, indifférente, inattentive, amnésique. Ces troubles s'accentuent peu à peu, elle devient incapable de s'occuper de son travail, de son ménage et même de sa personne. Elle commet des actes pathologiques. Elle vole un objet sans valeur, alors qu'elle avait dans sa main l'argent nécessaire à l'achat de cet objet. Elle jette dans la caisse à ordures les aliments qu'elle prépare ou les montres confiées à son mari, horloger. Elle fait de courtes fugues.

Son mari l'amène à l'Admission. Dans le Service, elle paraît euphorique, indifférente, inerte, dépourvue de toute initiative. Elle est incapable de fixer son attention. Elle présente d'énormes troubles de la mémoire et, en même temps, elle peut fournir sur certains points des détails exacts et précis. Sa seule idée délirante est une idée de richesse.

Pas d'alcoolisme. Pas d'hallucination. Pas de crise convulsive. Pas de maladie fébrile.

©BIUM

L'examen neurologique, celui du liquide céphalo-rachidien, ne révèlent rien d'anormal.

Une observation prolongée pourra seule permettre d'établir le diagnostic.

Hypochondriaque persécuteur d'un médecin, Drs DE CLÉRAMBAULT et LAMACHE. — Jeune homme de 25 ans, ouvrier, d'origine rurale. Physiquement et mentalement plus fin que ses proches, semble-t-il, comme très souvent les névropathes.

Service militaire normal ; guerre. — Il y a 2 ans, état dépressif imprécis, à prédominance neurasthénique, avec tendance obsessive et hypochondriaque. Continence par nosophobie. Progressivement le fonds hypochondriaque se dégage et prédomine.

Depuis 1 mois, état passionnel surajouté, de forme quérulante, à thème hypochondriaque : un médecin l'a infecté volontairement (syphilis). Plaintes écrites, démarches, demande de dommages-intérêts.

Eléments surajoutés de mélancolie (indignité, nocivité) et d'obsessivité (doutes, craintes de persécuteurs, anxiétés intenses).

Hypochondrie vraisemblablement foncière, basale, définitive. Danger de développement, au moins paroxystique, de son corollaire. Quérulance : type du meurtrier de Médecin. Exemples récents : Prof. Pozzi et Guinard.

Folie à deux, Drs DE CLÉRAMBAULT et LAMACHE. — Mère, 66 ans. Fille, 38. Rurales aisées, presque riches. Débilité mentale chez les deux femmes. Chez la mère, jadis, processivité, actuellement, léger affaiblissement intellectuel. Chez la fille, débilité plus marquée, début tardif de D. P. lente, délire ambitieux naïf : trésor déposé en son nom, entrée en possession seulement à la condition d'être mariée à un homme de classe libérale. Erotisme non déguisé.

Chez la fille, expansivité. Chez la mère, attitude effacée, mais méfiance et énergie.

Le mécanisme générateur du Délire est chez la fille. L'orientation globale du délire et ses thèmes principaux viennent d'elle. Seule provient de la collaboration maternelle l'idée de donner des conseils, spécialement conseils financiers, aux membres du Gouvernement, et de venir pour cela à Paris.

Commentaires doctrinaux. — Dans l'Etude de la Folie Collective, on ne distingue pas assez la Psychose du Délire et le Délire des Thèmes Idéiques. Le Délire est l'ensemble

©BIUM

des Thèmes Idéiques et des sentiments *rationnellement* correspondants. La Psychose est ce Délire, plus le fond matériel (histologique, physiologique), nécessaire pour produire et pour développer à la fois un tonus préétabli, s'il en est un (Mélancolie) et les thèmes idéiques susdits (Psychoses Systématiques, Mélancolie). Les Thèmes idéiques sont donc loin d'être la Psychose. Le plus souvent, un seul des co-délirants est affecté d'une psychose ; quelquefois il y a deux psychoses simultanées, de fonds et d'avenir différents, exploitant le même thème idéique. — Seuls se transmettent d'un individu à un autre les Thèmes Idéiques et, par eux, *une partie* du ton affectif correspondant (optimisme, pessimisme, dépression, anxiété, etc.). Chez le sujet qui paraît passif, ces Thèmes Idéiques ne sauraient, après séparation, prospérer seuls, sauf substratum inaperçu. Il en est de même, sauf exception, pour les Etats Affectifs (pessimisme, dépression simple). Des Systèmes Idéiques Erronés (interprétations, récriminations) peuvent survivre chez le Sujet Passif, mais alors seulement à l'état *cristallisé*. C'est là un fait presque normal : le temps apaise les sentiments sans corriger les conceptions.

L'Etude de la Folie Collective est ainsi liée très étroitement à la question de la part que peut prendre l'idée proprement dite à la genèse des diverses Psychoses. Cette part est nulle dans la genèse des Psychoses chroniques, faible dans le cas des Etats Affectifs Profonds (Mélancolie), importants seulement dans le cas des Etats Emotionnels et Passionnels (Anxiété, Extase, Haine). Dans le domaine ainsi circonscrit (affectif et intellectuel), la collaboration comporte tous les modes et tous les degrés d'actions et d'interprétations. Généralement il y a division du travail : le sujet N° 1 représentera l'imagination, le Sujet N° 2 la méfiance, le Sujet N° 3 la volonté, la vigilance, l'excitation, etc. Chaque cas comporte des appréciations différentes. Seule la loi de la non-transmission des Mécanismes Générateurs nous semble fixe.

Les Hallucinations *Vraies* ne se transmettent pas : il y a seulement illusion de la perception et du souvenir, par suggestion. L'Hystérie seule peut faire quelquefois exception.

Dans notre cas, la mère et la fille n'ont en commun qu'un fonds banal de dégénérescence et de débilité. Il n'y a pas Psychoses Similaires, donc pas de Psychose Familiale au sens étroit du mot.

©BIUM

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

30 décembre 1923

MON CHER MAITRE,

Je vous demanderai de bien vouloir confirmer, par le seul fait de publier dans les *Annales Médico-Psychologiques,* la présente lettre, l'assertion suivante :

Antérieurement aux vacances de 1923, c'est-à-dire plusieurs mois avant la parution du numéro d'octobre 1923 contenant un article de M. Revault d'Allonne intitulé « La Polyphrénie », je vous ai dit préparer, pour les *Annales,* un article relatif aux Délires de Persécution Hallucinatoires, et je vous en ai exposé assez longuement les directives : d'une part construction des D. de P. H. sur la base de l'Automatisme Mental, d'autre part remaniement de la Psychose Hallucinatoire Systématique Progressive type Manan, que je décomposais en plusieurs éléments et déclarais être non pas une unité, mais l'association de plusieurs formes.

Veuillez agréer, mon cher Maître, l'expression de mes sentiments respectueux.

G. de CLÉRAMBAULT.

NÉCROLOGIE

LE Dr DENY

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Deny, médecin honoraire de la Salpêtrière, membre titulaire honoraire de la Société médico-psychologique, décédé le 1er décembre 1923, à l'âge de 76 ans.

LE Dr AUGUSTE CHATELAIN (1838-1923)

Le plus ancien collaborateur des *Annales Médico-Psychologiques,* auxquelles il donna son premier article en 1866, le Dr Auguste Chatelain, doyen des aliénistes suisses, membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique depuis 1890, s'est éteint à St-Blaise, le 24 novembre,

©BIUM

après une longue maladie. Né le 19 avril 1838, il fit ses études à Neuchâtel, puis les continua à Berlin et Wurzbourg, où il acquit son doctorat en 1860 sur présentation d'une thèse intitulée « Einige Betrachtungen über die Nostalgie ». Dès ce moment il se spécialisa dans la psychiatrie.

Après une année passée comme Interne à Préfargier, il y entra comme second médecin en 1864, puis passa directeur en 1872, poste qu'il remplit avec distinction jusqu'en 1882. De 1885 jusqu'à sa mort, soit pendant 38 ans, il fit partie du Comité de Direction. C'est dire qu'il connaissait Préfargier mieux que personne, ayant, comme enfant déjà, assisté à sa construction, dirigée par son père, qui en était l'architecte. Au sein de la Commission de Préfargier, ses avis étaient précieux, basés sur une longue expérience médicale et administrative et toujours frappés au coin du bon sens.

A l'époque où le Dr Chatelain fut directeur de Préfargier, cet établissement jouissait d'une réputation très étendue et des étrangers de tous pays venaient s'y faire soigner. Le Dr Chatelain était bien l'homme qu'il fallait pour les recevoir. Possédant des connaissances médicales approfondies, ainsi qu'une culture générale très étendue, homme de lettres et brillant causeur, il s'imposait d'emblée à ceux qui l'approchaient.

Une de ses grandes préoccupations fut de pousser à la création, dans notre Canton, d'un Asile pour incurables. Les démarches qu'il entreprit dans ce but, les recherches statistiques ou autres auxquelles il se livra pendant des années furent couronnées de succès, et c'est à lui, en bonne partie, qu'on doit la création de notre Hospice cantonal de Perreux, au Comité de Direction duquel il participa jusqu'à sa mort.

Une fois retiré de Préfargier, le Dr Chatelain n'en continua pas moins à déployer une grande activité dans différents domaines. Il professa l'hygiène, l'anatomie et la physiologie à l'Université de Neuchâtel, dont il fut Recteur. Il ne négligeait pas de se tenir au courant de la science médicale et ses confrères le demandaient souvent en consultation pour sa spécialité. A vrai dire, il avait de la peine à admettre certaines des Ecoles et des théories modernes qui règnent actuellement en psychiatrie ; elles contrastaient par trop avec les idées de son temps. Il trouvait que le bon sens et la clinique y tenaient trop peu de place, et peut-être n'avait-il pas entièrement tort. On sentait chez lui le

©BIUM

Médecin qui avait beaucoup et bien observé et dont les avis s'appuyaient sur une longue expérience et un sens clinique très avisé.

En dehors de son activité médicale, le Dr Chatelain s'était fait un nom dans le pays roman en publiant des Contes et des Nouvelles très appréciés. Son roman, « Suzanne », paru il y a trois ans, et que lui-même appelait son « testament d'aliéniste », était un roman à thèse destiné à démontrer le rôle de l'hérédité au point de vue mariage.

Son attachement à la Société de Belles-Lettres, qu'il aimait par-dessus tout, lui avait attiré le respect et l'affection de tous. Ceux qui eurent le privilège de le voir souvent et de près n'oublieront jamais le charme de sa conversation, émaillée d'anecdotes et d'expressions savoureuses. La chasse avait joué un grand rôle dans sa vie, et c'était un de ses sujets préférés dans sa conversation et dans ses écrits. A 80 ans il chassait encore en montagne et faisait des courses à pied où on avait peine à le suivre.

Le Dr Chatelain était une belle figure, caractéristique d'une époque dont les représentants deviennent de plus en plus rares. Il avait une très haute idée de la profession médicale et rien ne l'indignait comme le mercantilisme médical, contre lequel il fulminait souvent. C'est une personnalité qui n'est plus, un homme d'une belle intelligence et un grand cœur, dont toute la vie fut faite de probité et de dignité. Le Dr Chatelain repose maintenant dans le cimetière de Préfargier, où il a demandé à être enterré. Selon son désir, il a été accompagné à sa dernière demeure par quelques amis et sans qu'aucun discours ait été prononcé sur sa tombe.

MOREL.

Nous nous associons sans réserve à l'hommage rendu par le Dr Morel à la mémoire du Dr Chatelain. Nous avions le grand honneur de le connaître et tous nos collègues se souviendront de la belle lettre qu'il nous adressa à l'occasion de la mort de M. Ritti.

Nous savons par ailleurs que la guerre l'avait profondément affecté. Il souffrait au plus profond de son être et il fallait l'entendre s'indigner contre ces « sales Boches » qu'il exécrait et contre lesquels il ne cessait de s'emporter. Les membres du Congrès de Besançon avaient tenu à lui envoyer un affectueux message. Nous adressons à sa famille l'expression de notre très profonde sympathie.

H. C.

©BIUM

IXe CONGRES DE MEDECINE LEGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Le IXe Congrès de Médecine légale de langue française se tiendra à Paris au mois de mai 1924 à une date qui sera précisée ultérieurement, sous la présidence de M. le Dr Vallon (de Paris).

Vice-Présidents : M. le Dr Courtois-Suffit (de Paris). M. le Pr Chavigny (de Strasbourg). M. le Pr Lattes (de Modène).

Secrétaire général : M. le Pr Etienne Martin (de Lyon).

Questions mises à l'étude :

1. Etude médico-légale des formes rares ou anormales de l'hymen. M. le Pr Pierre Parisot (de Nancy) et M. le Dr Lucien (de Nancy).

2. Tabès et accidents du travail. M. le Pr Verger (de Bordeaux) et M. le Dr Lande (de Bordeaux).

3. Le traitement des criminels dans le cadre pénitenciaire. M. le Dr Vervaeck (de Bruxelles).

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE)

1, rue Cabanis (métro Glaciaire)

L'Asile Clinique se compose de l'asile proprement dit, comprenant :

Un service d'Hommes, dirigé par le Dr Auguste Marie ;

Un service de Femmes, dirigé par le Dr Paul Sérieux.

Il comprend de plus :

Le service de l'Admission (Pavillon Magnan), dirigé par le Dr Henri Colin ;

Deux services libres pour psychopathes, avec *Consultation externe* ;

Le service de Clinique des Maladies mentales de la Faculté de médecine, dirigé par le Professeur Henri Claude ;

Le service de Prophylaxie mentale, dirigé par le Dr Toulouse.

Ils constituent deux services d'hospitalisation non soumis au régime des aliénés. Comme dans tous les hôpitaux de Paris, les malades y sont admis sans autre formalité administrative que celle ayant trait au domicile de secours, au paiement des frais de séjour ; ils peuvent de même en sortir librement.

Les deux services, pourvus de laboratoires et des divers moyens de traitement, peuvent recevoir des psychonévropathes de tous ordres, tant pour un examen complet — cli-

©BIUM

nique et biologique — que pour le traitement externe ou l'hospitalisation.

Le Service de la Clinique, service d'enseignement, comprend une section fermée à côté de la section ouverte. Il peut donc recevoir à la fois des malades libres, psychonévropathes, et des aliénés, internés sous le régime de la loi de 1838. Il recherche plus spécialement des malades — libres ou internés — qui présentent un intérêt pour l'enseignement. Consultation le mercredi et le samedi matin (entrée, 2, rue d'Alésia).

Le Service de Prophylaxie mentale constitue un centre de triage et d'observation psychiatriques. Il est entièrement ouvert et ne reçoit pas d'internés. Il pratique l'examen immédiat ou la mise en observation des malades qui lui sont adressés par les médecins des établissements hospitaliers, les œuvres ou les familles en vue de leur internement possible dans un service fermé ; et il se charge pour cela de toutes les formalités légales, notamment la rédaction des certificats. Sa consultation fonctionne tous les jours, de 9 h. à 11 h., sauf le dimanche. Au service est annexé un *Dispensaire psychiatrique,* organisé sur le modèle des Dispensaires anti-tuberculeux avec service social (traitement, surveillance et examen à domicile des malades nécessiteux ; distribution de médicaments et de secours, placement professionnel).

Les différents services, bien que distincts et indépendants, ont des rapports constants dans la pratique. C'est ainsi que le Service de Prophylaxie mentale s'occupe au dispensaire des malades libres de la Clinique et procède à l'internement des malades qu'elle lui envoie après examen. De son côté, le service de la Clinique, qui se recrute directement dans sa consultation dans le service de Prophylaxie mentale, reçoit dans sa section fermée les malades à interner que ce service lui adresse après avoir rempli les formalités légales. Le service de la Clinique reçoit également des malades de l'Admission et envoie ses stagiaires dans les services de Ste-Anne (Asile proprement dit) et à l'Admission.

Les médecins que cette organisation nouvelle intéresserait peuvent visiter les différents services le matin, de 10 h. à 11 h.)

UNIVERSITE DE PARIS. — INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Conseil Directeur : MM. F. Brunot, H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet, G. Lanson, M. Molliard, H. Piéron et Et. Rabaud. *Secrétaire :* M. I. Meyerson.

Année Scolaire 1923-1924

Psychologie générale. M. Delacroix, *Les formes supérieures de l'activité mentale.* Les mardis, à 17 h., *Sorbonne,* Amphithéâtre Guizot. *Direction de travaux et de recherches.* Les lundis, à 17 h., *Sorbonne,* Cabinet attenant à la salle E. *Exercices pratiques. — Leçons d'étudiants.* Les lundis, à 14 h., *Sorbonne,* Salle G (1er semestre). Les lundis, à 15 h., *Sorbonne,* Salle G (2e semestre).

Psychologie pathologique et expérimentale. M. Dumas, *La psychologie des sécrétions.* Les vendredis, à 17 h., *Sorbonne,* Amphithéâtre Descartes. *Conférences et exercices pratiques.* Les dimanches, à 10 h. et 11 h., *Asile Clinique,* 1, rue Cabanis. M. Meyerson, *Exercices pratiques.* Les samedis, à 10 h. et 11 h., *Asile Clinique,* 1, rue Cabanis.

Psychologie expérimentale et comparée. M. Janet, *L'Evolution des conduites sociales.* Les lundis et jeudis, à 13 h. 3/4, *Collège de France,* Salle 8.

Psychologie physiologique. M. Piéron, *Lois du temps des sensations.* Les vendredis, à 15 h. 3/4, *Collège de France,* Salle 5. *Travaux pratiques* (Sensations, perceptions, motricité, émotions, efficience mentale). Les vendredis, à 9 h. 1/2, *Sorbonne,* Laboratoire de psychologie physiologique.

Psychologie zoologique. M. Rabaud, *L'orientation et la reconnaissance des lieux.* Les mardis, à 9 h. 1/2, *Sorbonne,* Amphithéâtre de géologie. *La convergence des formes au point de vue du comportement animal.* Les mercredis, à 9 h. 1/2, *Sorbonne,* Amphithéâtre de géologie. *Démonstrations et Exercices pratiques.* (Le lieu, les jours et les heures de ces démonstrations seront indiqués ultérieurement).

Section de Pédagogie. M. Fauconnet, *Science de l'éducation et sociologie.* Les jeudis, à 14 heures, *Sorbonne,* Amphithéâtre Quinet.

M. Wallon, *Psychologie appliquée à l'Education,* Le développement de la connaissance chez l'enfant. Les jeudis, à 16 h., *Sorbonne,* Amphithéâtre Michelet. *Travaux pratiques.* Les jeudis, à 9 h. 1/2, Laboratoire de *psychologie pédologique* Groupe Scolaire, 28, Rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine.

M. Simon, *Pédagogie expérimentale,* Questions détachées de pratique pédagogique. Les jeudis, à 16 h., *Sorbonne,* Amphithéâtre Michelet, *Travaux pratiques.* Les mardis, à 13 h. 1/3, *Laboratoire A. Binet,* 36, Rue Grange-aux-Belles.

Section de Psychologie Appliquée (Applications au travail

©BIUM

et à l'Industrie — Sélection et orientation professionnelles.)

M. Piéron, *Conférences techniques et direction de travaux d'élèves.* La mesure en psychologie (Psychométrie et psychographie). Les méthodes de tests. Le calcul des corrélations, etc. Les lundis à 17 h. *Sorbonne,* Salle S.

M. Lahy, *Travaux pratiques.* Techniques de psychophysiologie appliquées à la détermination des aptitudes. Etude graphique et cinématographique des gestes professionnels. Les signes de la fatigue. Les samedis, à 14 h., *Asile Clinique,* — 1, Rue Cabanis, *Laboratoire de Psychologie expérimentale.*

L'Institut de Psychologie décernera le titre *d'élève diplômé* (de psychologie, de pédagogie ou de psychologie appliquée) aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin de semestre.

Des recherches en vue des Diplômes d'Etudes Supérieures et des Doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut.

Pour être admis aux cours et conférences, les étudiants devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux Travaux Pratiques, ils devront verser un droit semestriel de 60 fr.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat, Sorbonne, Salle R, Escalier A, 2e Etage.

Horaire des Cours, Conférences et Exercices pratiques

Heures	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	MM.	MM.	M.	MM.	MM.	MM.	MM.
9 h. 1/2 .		Rabaud.	Rabaud.	Wallon.	Piéron.		
10 h.....				Wallon.	Piéron.	Meyerson	Dumas.
11 h.....						Meyerson	Dumas.
13 h. 1/4..		Simon.					
13 h. 3/4..	Janet.	Simon.		Janet.			
14 h.....	Delacroix.			Fauconnet.		Lahy.	
15 h.....	Delacroix.					Lahy.	
15 h. 3/4..					Piéron.		
16 h.....	Delacroix.			Wallon(1re S) Simon (2e S)			
17 h.....	Piéron.	Delacroix.			Dumas.		

©BIUM

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

M. le Dr Guillain est nommé professeur de Clinique des maladies nerveuses en remplacement de M. le Professeur Pierre Marie, admis à la retraite.

M. le Dr Sicard est nommé professeur de pathologie interne en remplacement de M. le Professeur Renon, décédé.

A la suite du dernier concours, MM. Borel et Santenoise ont été nommés chefs de Clinique titulaires, et MM. Codet et Targowla, chefs de Clinique adjoints à la Clinique des maladies mentales de l'asile Ste-Anne (service du Professeur Claude).

L'INSTITUT PSYCHIATRIQUE DE BUENOS-AIRES

M. le Professeur Roger, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, vient de publier dans la *Presse Médicale* un récit des plus attachants qu'il a intitulé : « Un voyage médical dans l'Amérique du Sud » (Impressions et souvenirs). Nous en extrayons les lignes suivantes :

« Les Argentins sont fiers, et avec juste raison, de l'Insti-
« tut de Psychiatrie, créé et organisé par le professeur
« D. Cabred. Inauguré en novembre 1910, cet Institut com-
« prend deux grands pavillons : l'un pour le traitement des
« malades, l'autre pour les recherches scientifiques. Les
« cellules, les cabanons ont disparu ; les moyens de con-
« trainte sont délaissés. Les aliénés, même les plus agités,
« sont traités comme des malades ordinaires ; la cure au
« lit, ou clinothérapie, leur est appliquée et donne les
« meilleurs résultats. Pour qu'ils reçoivent les soins appro-
« priés, on a créé une école spéciale d'infirmiers, où l'ins-
« truction médicale est si bien organisée que les infirmiers
« deviennent pour les médecins de véritables collaborateurs.

« On poursuit, à l'Institut de Psychiatrie, de nombreuses
« recherches expérimentales. Le pavillon des laboratoires
« comprend une section d'anatomie et histologie pathologi-
« ques avec service de microphotographie ; une section de
« chimie biologique, qui est extrêmement active, M. Cabred
« étant persuadé que la chimie, plus que l'histologie, ren-
« seignera sur le fonctionnement du cerveau ; une section
« expérimentale avec tous les appareils enregistreurs et
« avec des graphophones perfectionnés qui permettent d'en-
« registrer les paroles et les discours des malades.

« Il faut ajouter que l'enseignement est tellement bien
« fait que les élèves affirment que « grâce aux conférences
« du professeur Cabred, les livres sont inutiles. »

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOME I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1923

Chroniques

L'Hôpital psychiatrique, par René Charpentier, tome I, p..... 5
De l'influence de la guerre sur la participation des psychopathes à la vie sociale, par Paul Courbon..... 97
L'Hôpital Magnan, par M. René Charpentier..... 193
L'examen médical des chauffeurs mécaniciens, par M. H. Colin. 289
A propos du procès des Toxicomanes, par M. J.-M. Dupain..... 385
Le Monument à la mémoire de Valentin Magnan à l'Asile Clinique (Ste-Anne), par M. H. Bianchon, tome II, p..... 5
Vieux documents à propos d'un procès récent, par M. J.-M. Dupain..... 97
Le Congrès de Besançon, par M. Paul Courbon..... 193
Souvenirs, par M. Ch. Simon..... 289
A propos de la séparation des aliénés aigus et chronique dans les asiles d'aliénés de la Seine, par M. R. Leroy..... 385

Articles originaux

Paul Courbon. — Le Radotage, tome I, p..... 12
E. Minkowski. — Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich..... 110
A. Rodiet. — De la séparation dans les asiles d'aliénés de la Seine des criminels ou délinquants et des malades placés dans les familles..... 126
MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon. — Une observation d'incube à la Renaissance..... 2 3
M. Wahl. — Les délires archaïques..... 294
MM. Laignel-Lavastine et J. Vinchon. — Trois historiens français de la psychiatrie : Calmeil, Morel, Ulysse Trélat..... 393
MM. M. Briand et Ch. Azemar. — La « folie maniaque dépressive » au XVIII[e] siècle, tome II, p..... 18
MM. H. Claude, J. Tinel et D. Santenoise. — Recherches sur l'état du système neurovégétatif chez les épileptiques..... 25
M. P. Courbon. — La malpropreté corporelle et les fonctions sphinctériennes..... 106
M. R. Mallet. — Ph. Chaslin..... 205
M. Laignel-Lavastine. — Syndromes sympathiques vaso-moteurs cérébraux auriculaires et visuels..... 207
MM. H. Claude, A. Borel et G. Robin. — A propos d'une bouffée délirante à contenu symbolique (Essai d'explication biologique et psychologique d'un délire)..... 218

©BIUM

M. Revault d'Allonnes. — La Polyphrénie..... 229
M. Maurice Legrain. — La folie alcoolique aux États-Unis..... 302
MM. R. Dupouy et P. Schiff. — Sur l'étiologie et les caractères cliniques de certaines fugues..... 314
Gaston-Georges Deny (1847-1923), par M. Klippel..... 398
M. R. de Saussure. — Raissonnements par assonnances verbales. 402

Médecine légale

MM. J. Raynier et H. Beaudouin. — La responsabilité du médecin d'asile (principes généraux), tome I, p..... 207

Documents Cliniques

M. Privat de Fortunié. — Délire systématisé religieux à évolution chronique, tome I, p..... 21
M. A. Prince. — A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de « Schizophrénie » de longue durée..... 314
M. G. Naudascher. — Psychoses guéries sous l'influence d'une maladie intercurrente..... 400
M. Mignard. — A propos d'une psychose passionnelle..... 405
M. A. Rodiet. — Le Médecin d'asile et les familles d'aliénés, tome II, p..... 333

Société Médico-Psychologique

Séance du 23 décembre 1922. — Procès-verbal : M. René Charpentier. — Correspondance : MM. Guiraud, H. Flournoy, Minkowski. — Assemblée générale : Election du bureau. — Vacance de membre titulaire. — Séance ordinaire : Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Quercy (*élection*). — Nomination des Commissions de prix. — Réponse de la Société Médico-Psychologique à une lettre qui a été adressée le 11 juillet dernier à son président par M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, au sujet des services ouverts. Discussion : MM. Vallon, Antheaume, H. Colin, Arnaud, H. Claude, M. Briand, Toulouse. — Purpura hémorragique, transfusion sanguine et troubles mentaux, par MM. Henri Colin et G. Robin. Discussion : MM. Claude, H. Colin. — Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich, par M. E. Minkowski. — Un cas de délire polymorphe à évolution vers le type schizophrénique. — Essai d'interprétation, par MM. Claude et Brousseau, tome I, p..... (52)
Séance du 29 janvier 1923. — Installation du bureau : allocutions de MM. Toulouse et Antheaume. — Correspondance : MM. Capgras, Quercy, Dumas, Rodiet. — Invitation de la Société Suisse de Psychiatrie. — Prix de la Société. — Rapport de la Commission des finances. — Une forme à éclipses du délire des négations, par M. Revault d'Allonnes. Discussion : MM. A. Delmas, Chaslin, Charpentier, Kahn, Truelle, Revault d'Allonnes. — Une psychose passionnelle, par

©BIUM

M. Mignard. Discussion : MM. de Clérambault, Mignard. — Un fond mental commun à la base des hallucinations lilliputiennes. Essais de synthèse de trois observations, par MM. Bouyer et Perret. Discussion : M. Leroy. — Confusion mentale et catatonie, par M. A. Barbé. Discussion : MM. Leroy, Barbé. — Suite de la communication de M. Minkowski..... 129

Séance du 26 février 1923. — Correspondance : MM. Deny, Belarmino Rodriguez, Rodiet. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Georges Dumas (*élection*). — Recherches sur la pression artérielle chez les épileptiques, par MM. L. Marchand et E. Adam. — A propos de quelques cas d'onirisme à prédominance auditive, par MM. Logre et Brousseau. Discussion : MM. Delmas, H. Colin, Capgras, Brousseau. — Idées d'influence au cours d'un état mélancolique, par M. H. Cadet. — Une « curieuse » discordante : Evolution d'un état schizoïde, par MM. H. Claude et A. Borel. Discussion : MM. Roubinowitch, Truelle, H. Claude. — Sur l'hallucinose, par MM. R. Targowla et J. Leyritz. — A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de schizophrénie de longue durée, par M. A. Prince. Discussion : MM. H. Colin, Arnaud 217

Séance du 26 mars 1923. — Correspondance : MM. Deny, Ceillier. — Présentation des « comptes rendus du deuxième Congrès internationnal d'histoire de la médecine », par M. Laignel-Lavastine. — Rapport de M. Raynier sur la candidature de M. Belarmino Rodriguez (*élection*). — Recherches sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques, par MM. L. Marchand et E. Adam. Discussion : M. Laignel-Lavastine. — Quelques pratiques de rééducation des anormaux à l'âge scolaire, par Mlle J. Abramson. — Surdité verbale pure d'origine psychique, par MM. H. Colin et G. Robin. — Recherches sur l'état du système neurovégétatif chez les anxieux, par MM. D. Santenoise et P. Abély..... 331

Séance du 26 avril 1923. — Correspondance : MM. Briand, Meige, Bussard, Parant, Colin et Robin. — Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle, par MM. H. Claude et A. Borel. — Contribution à l'étude de l'autisme (l'attitude interrogative), par MM. E. Minkowski et R. Targowla. Discussion : MM. Vallon, Arnaud, Chaslin. — Sur la maladie d'Alzheimer : une observation clinique, par MM. J. Lhermitte et Nicolas. — Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique, par MM. Claude, Fribourg-Blanc et Ceillier. — Paralysie générale à invasion foudroyante et puerpéralité, par MM. H. Colin et G. Robin..... 407

Séance du 28 mai 1923. — Correspondance : MM. Belarmino Rodriguez, H. Meige, Toulouse, Leroy. — Rapport de M. Vurpas sur la candidature de M. Ceillier (*élection*). — Rapport de M. Revault d'Allonnes sur les candidatures de MM. Rodiet et Bussard (*élection*). — Prix Esquirol : Rapport de M. Arnaud sur le mémoire présenté par M. L. Parant (*attribution*). — Tic respiratoire et troubles mentaux au cours d'une encéphalite

©BIUM

épidémique fruste. De la puérilité encéphalitique, par MM. Leroy et Montassut. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Mignard, Chaslin. — Contribution à l'étude de l'autisme, par MM. Minkowski et Targowla. Discussion : MM. Arnaud, Vallon, Mallet, tome I!, p..... 41

Séance du 25 juin 1923. — Correspondance : MM. Semelaigne, R. Charpentier, Bussard et Parant. — Inauguration du Monument Magnan : Discours prononcé par M. Antheaume. — Trois cas de démence précoce survenue chez des épileptiques après disparition des crises convulsives, par MM. L. Marchand et G. Thomas. Discussion : MM. Dupouy, Chaslin, Marchand. — Hallucinations gullivériennes et dysthyroïdie, par MM. R. Dupouy et P. Schiff. Discussion : M. Chaslin. — Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'épiptoïdie), par Mme Françoise Minkowska. Discussion : MM. Claude, Delmas, Mme Minkowska..... 129

Séance du 30 juillet 1923. — Correspondance : M. Capgras, M. le Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille. — Décès de M. le Dr Ph. Chaslin. — Rapport de M. Leroy sur la candidature de M. Louis Parant (*élection*).... 214

Séance du 29 octobre 1923. — Correspondance : MM. Revault-d'Allonnes, Société suisse de psychiatrie, MM. Hesnard, Potel, Reboul-Lachaux, Daniel Santenoise. — Décès de MM. Kéraval et E. Lallemant. — Déclaration de vacance de deux places de membres titulaires. — Légion d'honneur et Médaille d'or de l'Assistance publique, MM. Paul Sérieux, Raffegeau, André Collin, Briand, Dupain, Séglas, Vallon. — L'atrophie musculaire à localisation masticatrice dans la forme chronique de l'encéphalite épidémique. Le syndrome pseudobulbaire de l'encéphalite, par MM. Mourlon, Henri Colin et J. Lhermitte. Discussion : MM. H. Colin, Claude, Lhermitte, Leroy. — Un délire de persécution bienveillante, par MM. Sérieux et Codet. Discussion : MM. Arnaud, De Clérambault. — Sur les troubles du langage chez les aliénés : le langage elliptique, par M. P. Quercy. Discussion : MM. Mignard, Halberstadt, Quercy. — Communication de MM. Eissen et Bauer..... 338

Séance du 26 novembre 1923. — Correspondance : MM. Auguste Marie, Rodiet, Targowla, Borel, Codet. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Ch. Reboul-Lachaux (*élection*). — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Santenoise (*élection*). — Candidatures de MM. Leroy et Hesnard remises à la séance de décembre. — Modification de la date de la prochaine séance. — Bouffées délirantes et psychose périodique, par MM. Santenoise, Codet et Targowla. Discussion : MM. Revault d'Allonnes, Logre. — Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. Aspect schizoïde, par MM. Claude, Borel et Robin..... 410

©BIUM

Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p..... 83, 183, 279, 370, 469
— — tome II, p..... 60, 171, 371, 438

Congrès

Société suisse de psychiatrie, tome I, p..... 96, 480
— — tome II, p..... 288
Association mutuelle des médecins aliénistes de France, tome I. 268
Deuxième Congrès international de pathologie comparée..... 287
Congrès international d'hygiène mentale de New-York..... 287
XXVII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Besançon, 2-7 août 1923). 381, tome II, p..... 88
Id. Compte rendu, tome II, p..... 287
XXVIII[e] et XXIX[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, 1924. Paris, 1925, tome II, p..... 382
IV[e] Réunion neurologique internationale annuelle, tome I, p.... 381
VIII[e] Congrès de médecine légale, tome II, p..... 94

Monument V. Magnan

Inauguration du monument élevé à la mémoire de V. Magnan, tome II, p..... 95
Id. Discours prononcés par MM. Marcel Briand et Henri Colin.. 178

Sociétés Savantes

Société Clinique de Médecine mentale. — Séance du 18 décembre 1922, tome I, p..... 85, 186, 277, 378, 477
Tome II, p..... 84, 175, 285, 456

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Prix de l'Académie et des Sociétés savantes, tome I, p. 88, 189, 287, 381, 480
Tome II, p..... 88, 177, 287, 382, 460

©BIUM

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

Aboulie (voir autisme).
Akathésie et tasikinésie, II, 67.
Alcoolisme. Assistance des alcooliques en Argentine, II, 61.
— aux Etats-Unis, II, **302**.
— aigu. Diagnostic chimique, II, 63.
Alzheimer (maladie d'), I, **485**.
Anormaux. Rééducation des anormaux à l'âge scolaire, I, 347.
— Placement familial des enfants anormaux en Suisse, I, **110**.
Anxiété. Etat du système neuro-végétatif, I, **365**. (Voir : émotivité).
Archaïques (délires), I, **294**.
Assistance :
— L'hôpital psychiatrique de la Seine (hôpital Magnan), I, **5**, **193**.
— Services de l'Asile clinique, II, 463.
— Séparation dans les asiles de la Seine des indigents placés d'office et placés volontairement, avec projet de transfèrement en province des premiers, I, **126**.
— Organisation dans les asiles de la Seine des services d'aigus et de chroniques, II, **385**
— Service de triage neuro-psychiatrique de la Salpêtrière, II, 274.
— Lettre au Ministre au sujet de la définition des « petits mentaux » et des services ouverts, I, 56.
— 30 ans d'assistance familiale des aliénés de la Seine, II, 438.
— participation des psychopathes à la vie sociale pendant la guerre, I, **97**.
Assistance des enfants anormaux en Suisse ; placement familial, I, **110**.
Assonnances verbales (raisonnements par), II, **402**.
Autisme ; doute avec obsessions interrogatives, I, **421** ; II, **57**.

Barbouillage, II, **125**.
Bourget (Paul), psychiatre, II, 452.

Calcaires (concrétions) dans les racines rachidiennes, II, 72.
Catatonie et confusion mentale, I, **180**. (Voir : stupeur).
Centenaire de Pasteur, I, 95.
Cervicales (voir côtes).
Cinématographique (délire hallucinatoire), II, 455.
Cinquantenaire du « Progrès Médical », I, 96.
Cocaïnomanie (voir toxicomanie).
Complexe d'Œdipe, II, 280.
Concours :
— agrégation 1923, résultats, II, 91.
— internat des asiles de la Seine, 1923, résultats, I, 381.
— médecins d'asiles, 1923 ; résultats, I, 287.
Confusion mentale et catatonie, I, **180**.
Congrès :
— des aliénistes, 1923, Besançon :
— programme, I, 381.
— lettre de M. Meige, II, 88.
— comptes rendus, II, 247.
— chronique, II, **193**.
— des aliénistes de 1924 et 1925 ; programmes, II, 382.
— international d'hygiène mentale, 1924, I, 287.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les autres à des matières connexes contenues dans les articles originaux, dans les communications ou dans les analyses.

©BIUM

— international de pathologie comparée, I, 287.
— international d'histoire de la médecine, I, 331 ; II, 440.
— de Médecine légale, français, 1923 ; programme, II, 94.
— Congrès, II, 463.
Connaissance supra-normale, II, 375.
Connexions cérébello-bulbaires, II, 375.
Coprophagie, II, 124.
Côtes cervicales ; dorsalisation de la C7, II, 284.
— troubles nerveux et circulatoires, II, 257.
Criminalité des toxicomanes, II, 263.
Criminologie. Régime pénitentiaire belge, I, 285.
Criminel (psychologie du), I, 184.
Cyanose et œdème de la main par troubles sympathiques, II, 284.

Débilité mentale. Etude expérimentale et clinique, II, 448.
Défense organique et centres nerveux, II, 372.
Délires :
— archaïques, I, 294.
— hallucinatoires chroniques ; conceptions françaises et kræpeliniennes, II, 373.
— systématisés hallucinatoires ; réactions antisociales, II, 65.
— oniriques chez les enfants, II, 78.
— imaginatif, I, 165. (Voir : persécution, possession, psychose).
Démence précoce :
— chez des épileptiques après disparition des crises convulsives, II, 132.
— et vagabondage, I, 370.
— délires à terminaison démentielle rapide, II, 451. (Voir : catatonie, schizoïdie et schizophrénie, stupeur).
Dermographisme périphérique et douloureux, II, 281.
Dépressive (voir : folie maniaque dépressive).
Divorce et aliénation mentale, I, 265, 314.
Doute avec obsessions interrogatives ; autisme, I, 421 ; II, 57.

Eclipses (forme à) du délire des négations, I, 138.
Emotivité anxieuse et spasme respiratoire, II, 66.
Encéphalite épidémique :
— et amyotrophies, II, 347.
— atrophie musculaire à localisation masticatrice ; syndrome pseudo-bulbaire, II, 341.
— à forme respiratoire, II, 71.
— syndrome de Mikulicz, II, 67.
—troubles respiratoires et mentaux ; puérilité, II, 48.
—sequelles mentales tardives, I, 376.
— sequelles limitées à des troubles du caractère, II, 277.
— accès subconscients, II, 279.
— période médico-légale, II, 277.
Endocrines (voir : lipodystrophie, ovaire, sympathique, thyroïde.
Enfants :
—sélection intellectuelle des écoliers, II, 81.
— délires oniriques, II, 78. (voir : anormaux).
Epidurales (injections) et paralysie du nerf m. o. e., II, 283.
Epilepsie :
— grippe et état de mal, II, 75.
— démence précoce après disparition des crises convulsives, II, 132.
— conceptions pathogéniques ; inhibition corticale, II, 70.
— et système nerveux neuro-végétatif, II, 25.
— et réflexe oculo-cardiaque, I, 334.
— et pression artérielle, I, 220.
— et microsphygmie, II, 74.
— hémorragie de la glande pituitaire et état de mal, II, 76.
— thrombose de l'artère mésentérique, II, 75.
— traitement médicamenteux, II, 74.
— et pseudo-fugues, II, 211 ; II, 330.

©BIUM

Epileptoïdie et recherches généalogiques, II, 149.
Euphorie, II, 210.

Familles d'aliénés dans la pratique médicale des asiles, II, 333.
Familiale (voir assistance).
Famine russe ; conséquences médicales et sanitaires, I, 88.
Folie maniaque-dépressive au XVIIIe siècle, II, 19 (voir : psychose périodique).
Freudisme : I. 471, II, 272, (voir complexe d'Œdipe, psychoanalyse).
Frontal (lobe) ; kystes traumatiques, II, 68.
Fugues :
automatisme ambulatoire et ambulomanie constitutionnelle, II, 314.

Grippe et état de mal, II, 75.
Guérison des psychoses sous l'influence de maladies intercurrentes, II, 402.
Guerre (voir assistance).
Gullivériennes (hallucinations) et dysthyroïdie, II, 140.

Hallucinose, I, 258, 473.
Hallucinations :
— lilliputiennes, I, 168.
— gullivériennes, II, 140.
Hallucinatoires (voir : délires, psychoses).
Hébéphrénie (voir : démence précoce et schizoïdie).
Helminthiase ; méningite, II, 66.
Hérédité. Recherches généalogiques sur l'épileptoïdie, II, 149.
Histoire de la psychiatrie : Calmeil, Morel, Trélat, I, 393.
Homicide altruiste des mélancoliques et persécutés, I, 470.
Hygiène mentale :
— hygiène mentale pratique, II, 446.
— assemblée solennelle de la Ligue, 1923, II, 93.
— dispensaire de Ste-Anne, II, 93, 273. (Voir : assistance et prophylaxie).

Imaginatif (délire), I, 165.
Inauguration, monument Magnan, II, 129.
Incubes. Une observation de la Renaissance, I, 203.
Indes (folie aux), I, 469.
Influence (idées d') au cours d'un état mélancolique, I, 239.
Institut de psychologie ; programme 1924, II, 464.
Institut de psychiatrie de Buenos-Ayres, II, 467.
Intellectuel (niveau) des écoliers, I, 474.
Illusions de poids ; influence de la fatigue et de l'alcool sur leur intensité, II, 80.
Iris (pupille) ; séméiologie dans les maladies mentales, II, 45.

Laboratoire (diagnostics de) ; traité, II, 371.
Langage elliptique, II, 360.
Lilliputiennes (hallucinations), essai de synthèse, I, 168.
Lipodystrophie progressive, II, 283.
Liquide céphalo-rachidien; réaction à l'élixir parégorique et au benjoin ; parallèle, II, 375.

Malpropreté corporelle et fonctions sphinctériennes, II, 106.
Manie. Folie maniaque dépressive au XVIIIe siècle, II, 19. (Voir: psychoses périodiques).
Médecins d'asiles :
— statuts des médecins d'Alsace-Lorraine, II, 191.
— nominations, I, 96.
— distinctions honorifiques, II, 288, 340.
— nominations (chefs de clinique), II, 467.
— association mutuelle, I, 268. (Voir : concours ; nécrologie).
Médecine légale. Voir : criminalité, criminologie, délires, divorce, encéphalite, fugues, homicide, nécrophilie, responsabilité, toxicomanies, vagabondage.
Mélancolie :
— et idées d'influence, I, 239.
— homicide altruiste, I, 470. (Voir : folie maniaque dépressive et psychoses périodiques).
Méningites de l'helminthiase, II, 66.
Métapsychie. Connaissance supra-normale, II, 375. (Voir : secret, survie).

©BIUM

Migraine, II, **208**.
Misère (milieux de), I, 280.
Monument Magnan, II, **5** ; II, 178.
Morphinomanie (voir : toxicomanie).
Mysticisme. Délire religieux systématisé chronique, I, **21**.

Nécrologie : Dupré, I, 269 ; Chaslin, II, **205** ; Kéraval et Lallemant, II, 339 ; Deny, II, **398** ; Deny et Chatelain, II, 460.
Nécrophilie et nécrosadisme, I, 371.
Négations (délire des) :
— forme à éclipses, I, **138**.
— immortalité et délire de possession sans mélancolie, I, 43.
Neurasthénie ; son démembrement, II, 66.
Neurologie (voir : connexions).
Névrite optique bilatérale guérie par ponction du III[e] ventricule, I, 372.

Obsessions :
— doute avec obsessions interrogatives, I, **421** ; II, **57**.
— syndrome polymorphe obsessionnel, complexe d'Œdipe, troubles vago-sympathiques, I, **448**.
— obsessions-impulsions sans émotion, II, 273.
Oculaire (neurologie) Manuel, II, 443.
Onirisme à prédominance auditive, I, **230**.
— délires oniriques de l'enfance, II, 78.
Optique (voir : névrite).
Ovariens (troubles) et délire de négation à éclipses, I, **138**.
Oxalorachie, II, 439.

Paralysie générale :
— à invasion foudroyante et puerpéralité, I, **463**.
— prolongée pendant 17 ans, II, 75.
— et pachyméningite hémorragique, II, 68.
— à Sao-Paulo, II, 452.
— traitement, II, 77.
Paralysie tremblante (voir : Parkinson).
Parkinson (maladie et syndrome de), II, 444.
— d'origine syphilitique, I, 373.
— myoclonies douloureuses ; traitement, II, 283.
Passionnelles (psychoses) :
— à base de colère, I, **156**.
— I, **405**.
Pédiatrie (traité), II, 373, 441.
Périodiques (psychoses) :
— variations de l'état neuro-végétatif ; insuffisance hépato-rénale, II, **415**.
— étude clinique et statistique, II, 76.
— et fonction thyroïdienne, I, 472.
Persécution (délire de) :
— avec bienveillance, II, **353**.
— et homicide altruiste, I, 470.
Perversions sexuelles ; les travestis, I, 375. (Voir : nécrophilie).
Pharmacodynamie ; les épreuves en psychopathologie, II, 63.
Polyphrénie, II, **229**.
Possession (délire de) :
— persécution, négation et immortalité sans mélancolie, I, 43.
— persécution et hallucinations cœnesthésiques, I, 41.
Pression artérielle (voir : tension).
Prisons ; étude de services psychiatriques, II, 92.
Prophylaxie mentale :
— Examen médical des chauffeurs et conducteurs, II, 72 ; I, **289**.
— examen sanitaire régulier et systématique ; médecine préventive, I, 373.
— réformes hygiéniques à introduire chez les Musulmans, II, 72.
— prophylaxie mentale en France et à l'étranger, II, 446.
— prophylaxie mentale et folie alcoolique aux E.-U., II, **302**.
— service psychiatrique des prisons, II, 92. (Voir : Assistance et Hygiène mentale).
Puérilité dans l'encéphalite épidémique, II, **48**.
Puerpéralité et p. g. à invasion foudroyante, I, **463**.

©BIUM

Purpura hémorragique, hémophilie, hyperadiposité, transfusion sanguine et troubles mentaux, I, 64.
Psychiatrie ; précis, II, 447 ; manuel, II, 171.
Psycho-analyse, II, 249. (Voir : subconscient).
Psychologie (Institut de), programme, II, 464.
Psychonévrose, II, 270.
Psychose :
— hallucinatoire chronique, I, 84.
— hallucinatoire chronique à évolution rémittente, II, 275.
— psychoses dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, I, 374. (Voir : délire, folie).

Radotage et rabachage, I, 12.
Recherches (office des) scientifiques, industrielles et inventions, I, 189.
Réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques, I, 334. (Voir : sympathique).
Réflexe palato-cardiaque physiologique, II, 443.
Régime alimentaire des aliénés, II, 378.
Respiratoire (appareil), traité des maladies de l', I, 183.
Responsabilité : civile et pénale du médecin d'asile, I, 207.
— des délinquants, II, 60.
— et désertion, I, 370.
Réunions biologiques et neuro-psychiatriques de Ste-Anne, I, 95.
Rorschach (méthode de), I, 110.

Schizoïdie :
— de Bleuler, I, 110 ; II, 169.
— et symbolisme, I, 409.
— constitutionnelle évoluant vers l'hébéphrénie, I, 244.
— et discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif, II, 428.
Schizophrénie :
— et délire polymorphe, I, 76.
— et guérison sociale, I, 265.
Secret (la fin du), I, 83, 475.
Sexuelles (voir : perversions).
Société clinique de Médecine mentale de Paris. Comptes rendus, I, 85 (décembre 1922) ; I, 186, 277, 378, 477 ; II, 84, 175, 285 (juillet), 456 (nov. 1923).
Société médico-psychologique :
— Assemblée générale. Bureau 1923, I, 53.
— Prix à décerner en 1923 ; rapport de la Commission des finances, I, 129.
— Prix 1923, résultats, II, 95.
— Prix Esquirol, II, 45.
— Séances : décembre 1922, I, 52 ; janvier, I, 129 ; février, I, 217 ; mars, I, 331 ; avril, I, 407 ; mai, II, 41 ; juin, II, 129 ; juillet, II, 244 ; octobre, II, 338 ; novembre, II, 410.
— Membres : titulaires : G. Dumas, I, 218 ; Bussard, II, 44.
— correspondants : Ceillier, II, 41 ; Parant, II, 244 ; Quercy, I, 54 ; Reboul-Lachaux Ch., II, 410 ; Santenoise D., II, 413.
— associés étrangers : Belarmo Rodriguez, I, 332.
Sociologues (médecins) et hommes d'Etat, II, 454.
Somnifène : Cure de narcose prolongée, II, 380.
Stupeur catatonique à accès répétés sans troubles mentaux intercalaires, II, 276.
Subconscient ; son exploration clinique, II, 73. (Voir : freudisme, psycho-analyse).
Surdité verbale pure d'origine psychique, I, 357.
Survie ; mécanisme ; explications de phénomènes métapsychiques, II, 442.
Symbolisme :
— bouffée délirante à contenu symbolique, II, 218.
— symbolisme et schizoïdie, I, 409.
Sympraxie symétrique ; réapparition à l'état pathologique des mouvements bilatéraux, II, 281.
Sympathique :
— système neuro-végétatif et anxiété, I, 365.
— système neuro-végétatif et épilepsie, I, 334 ; II, 25.
— troubles vago-sympathiques et syndrome polymorphe obsessionnel, I, 448.
— sympathiques moteurs ; troubles du mouvement, II, 282.

©BIUM

— syndromes sympathiques vaso-moteurs cérébraux auriculaires et visuels, II, 207.
— cyanose et œdème de la main, II, 284.
— dermographisme.
Syntonie de Bleuler, I, 110.
Syphilis :
— et syndrome parkinsonien, I, 373.
— syphilis nerveuse, pathogénie de quelques formes, II, 69.
— syphilis acquise de l'enfant, II, 75.
Système nerveux (maladies du), traité, I, 283.
Système neuro-végétatif (voir : sympathique).
Société suisse de psychiatrie, I, 136 ; II, 96.

Tabes : paraplégie tabétique et anémie pernicieuse, II, 445.
Tasikinésie et akathésie, II, 67.
Tension artérielle chez les épileptiques, I, 220.
Thyroïde :
— fonctions thyroïdiennes dans les psychoses périodiques, I, 472.
— dysthyroïdie et hallucinations gullivériennes, II, 140.
Toxicomanies :
— I, 385.
— dans le passé, II, 97.
— péril toxique en Amérique, I, 282.
— et criminalité, II, 263.
— Cocaïne : lutte contre la cocaïne, I, 372.
— quelques aspects médicaux et cliniques de la cocaïnomanie, II, 453.
— Morphine : hémoclasie digestive au cours de l'intoxication et de la désintoxication, II, 64.
— hyperglycémie expérimentale et mécanisme nerveux de l'action de la morphine, II, 454.
Tuberculose pulmonaire : traitement hygiénique et diététique, I, 280.
Tumeurs du N. acoustique, II, 445.
Thérapeutique : sans moyens de contrainte, II, 79.
Trépanation décompressive et ponction ventriculaire, II, 282.

Utilisation des internés par les fonctionnaires d'asile, II, 289.
Vagabondage et démence précoce, I, 370.
Vénériennes (maladies), traité, I, 281.
Vers (voir helminthiase).
Vertiges, II, 214.

Zoopathie ; délire de possession au cours d'affections organiques gastro-intestinales, I, 38.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

Abely P., I, 365.
Abramson (Mlle), I, 347.
Adam E., I, 220, 334.
Adam F., I, 471 ; II, 267, 277.
Alajouanine, II, 444.
Ameuille, I, 183.
Anglade, II, 256, 279.
Antheaume, I, 60, 63, 132.
Apert, II, 441.
Armand-Delille, II, 441.
Arnaud, I, 61, 266 ; II, 19, 57, 273, 275, 359.

Babonneix, II, 373.
Balthazard, II, 72.
Barbé, I, 180.
Barré, II, 280, 282.
Basterra, I, 372.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux choniques, 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.

Bauer, II, 277.
Beaudouin, I, 207.
Béhague, II, 268.
Benon, I, 370.
Bertaye, II, 373.
Beule (de), II, 67.
Bianchon Horace, I, 5.
Binet, II, 441.
Binet-Sanglé, I, 83, 475.
Bing, I, 375 ; II, 268.
Blook (de), II, 280.
Boncour (Paul), II, 441.
Bonnier, II, 372.
Bordet Fr., I, 183.
Borel, I, 244, 409 ; II, 218, 428.
Bouyer, I, 168.
Bovet, II, 252.
Briand, I, 61 ; II, 19, 267, 275, 276, 277, 278.
Brissot, II, 269, 275, 276, 277, 278.
Brousseau, I, 96, 230.
Brunschweiler, II, 284.

Calmels, II, 266, 273.
Cantonnet, II, 443.
Capgras, I, 238.
Carrazé, II, 451.
Catalan, II, 61.
Ceillier, I, 448.
Cénac, II, 75.
Cestan, I, 283.
Charpentier R., I, 5, 154, 193 ; II, 260, 272, 276.
Chaslin, I, 154 ; II, 57, 139, 149.
Claude H., I, 61, 74, 76, 244, 284, 409, 448 ; II, 25, 167, 169, 218, 352, 428.
Clérambault (de), I, 165 ; II, 359.
Codet, I, 239 ; II, 353, 415.
Colin H., I, 60, 63, 64, 238, 266, 289, 357, 463 ; II, 247, 341.
Cornil, II, 68, 75.
Courbon, I, 12, 97 ; II, 106, 193, 252, 261, 277.
Courcoux, I, 183.
Courgey, I, 280.
Courtois-Suffit, I, 372.
Crouzon, II, 261, 284.
Crusem, II, 282.

Damaye, II, 75.
Delmas, I, 154, 237 ; II, 168.
Diaguizli, II, 72.
Dufourt, II, 373.
Dupain, I, 385 ; II, 97.
Dupouy R., II, 139, 140, 314.

Euzière, I, 370.

Fauvel, I, 472.
Fiessinger, II, 72.
Fleury (de), II, 66.
Flournoy, II, 256.
Fosseyeux, II, 440.
Fouque, II, 270, 275, 276.
Francioni Gino, II, 76.
Frey, II, 277, 373.
Fribourg-Blanc, I, 448.
Froment, II, 255, 260, 279.

Gardère, II, 373, 441.
Gardin, II, 66.
Girot, II, 284.
Giroux, I, 372.
Gommès, II, 283.
Gorriti, II, 378, 455.
Graeffer, II, 269, 272.
Graetter, II, 256.
Grenet, II, 75.
Guillain, II, 66, 67.
Guiodo Ruata, II, 69.
Halberstadt, II, 370.
Hamblin-Smith, I, 184.
Hamel, II, 269.
Hartenberg, II, 74, 252, 283.
Harvier, II, 373.
Heger-Gilbert, I, 285.
Hesnard, II, 249, 280.
Hollander (d'), II, 267, 280, 281.
Houssay, II, 454.
Hoven, II, 65.

Jaquerod, I, 280.
Jourdel, I, 183.
Joteyko, I, 474.
Jung, II, 372.
Juraschek, II, 275, 277.

Kahn, I, 155.
Kudelski, II, 67.

Labeaume (Mlle), II, 441.
Labro, I, 183.
Lafora, I, 372, 373.
Laignel-Lavastine, I, 203, 393 ; II, 56, 207, 259, 264, 271, 279, 283, 440.
Lamsens, I, 84.
Lamy, II, 373.
Lance, II, 373.
Lapersonne (de), II, 443.
Ledoux, II, 284.
Legrain, II, 270, 274, 302.
Lépine J., II, 254.
Léri, II, 261.
Leroy, I, 179, 182 ; II, 48, 353, 385.
Lesné, II, 441.
Lewis, II, 454.
Ley, II, 73, 79, 80, 254, 268.

©BIUM

Leyritz, I, **258**, 473.
Lhermitte, I, **435** ; II, **341**.
Lieutaud, II, 67.
Logre, I, **230** ; II, 255, 268, 427.
Lopez Albo, II, 445.
Lorento de No, II, 377.
Louge, II, 443.
Louge (Mme), II, 452.

Macome, II, 78.
Marchand, I, **220**, **334** ; II, **38**, 72, 76, **132**.
Marfan, II, 441.
Margarot, I, 370.
Massary (de), II, 66, 260.
Masson, II, 371.
Mayrac, II, 273.
Menninger, II, 445, 446.
Merklen, II, 373.
Meyer, II, 373, 441.
Michel, II, 269, 276.
Mignard, I, **156**, **405** ; II, 56, 369.
Minkowska, II, **149**.
Minkowski, I, **110**, **421** ; II, 255, 266, 281.
Montassut, II, **48**.
Morat, II, 64.
Morin, II, 282.
Mourlon, II, **341**.

Naudascher, I, **402**.
Nerio Rojas, II, 63, 70.
Nicolas, I, **435**.
Nino de Paoli, II, 77.
Nobécourt, II, 373.
Nove-Josserand, II, 441.

Obarrio, II, 78.
Osty, II, 375.
Overbéck-Wright, I, 469.

Pacheco e Silva, II, 452.
Pasturel, II, 438.
Peron Noel, II, 261.
Pehu, II, 373, 441.
Perret, I, **168**.
Perrusel G., I, 470.
Plassard, I, 371.
Prevost, I, 183.
Prieur, II, 441.
Prince, I, **265**, **314**.
Privat de Fortunié, I, **21**.
Quercy, I, 54 ; II, **360**.

Ravaut, I, 281.
Raviart, II, 273.
Raynaud, II, 268.
Raynier, I, **207**.
Regis, II, 447.
Remy, II, 81.
Renault, II, 441.
Renon, I, 373.
Repond, II, 254, 269, 272, 275.
Revault d'Allonnes, I, **138** ; II, **229**, 426.
Ribadeau-Dumas, II, 373, 441.
Riser, I, 371.
Rivet, II, 373.
Robin G., I, **64**, **357**, **463** ; II, 68, 75, **218**, **428**.
Rodiet, I, **126** ; II, **333**.
Rodillon, II, 439.
Roger, II, 260.
Rogues de Fursac, II, 171.
Roubinovitch, I, 256.
Rutot, II, 442.

Sanchis Banus, I, 376 ; II, 71, 380.
Santenoise D., I, **365** ; II, **25**, **415**.
Saussure (de), II, 252, **402**.
Schaerer, II, 442.
Schiff, II, **240**, **314**.
Schnyder, II, 251, 270.
Schönberg, I, 375.
Schwartz, II, 281.
Sergent, I, 183.
Sérieux, II, **353**.
Sicard, II, 67.
Sierra, II, 63.
Simon, II, **289**.
Sollier, II, 64, 265.
Souques, II, 444.
Stransky, I, 374.

Tannenberg (Mlle de), II, 441.
Targowla, I, **258**, **421** ; II, 74, 375, **415**.
Terrien, II, 373.
Thomas A., II, 257.
Thomas G., II, **132**.
Tinel, II, **25**, 373.
Topeka, II, 446.
Toulouse, I, 63, **129**.
Trisca, II, 446, 454.
Trénel, II, 75.
Truelle, I, 155, 256.

Vallon, I, 60 ; II, 59.
Verger, I, 283 ; II, 60.
Vermeylen, I, 84 ; II, 448.
Vervaeck, I, 282 ; II, 453.
Vinchon, I, **203**, **393**.
Vives, II, 269.
Voisin R., II, 373.
Vullien, II, 273.

Wahl, I, **294**.
Walser, II, 66.
Weill, II, 373, 441.
Wimmer, II, 253, 278.

Le Directeur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 28.545