

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1924.

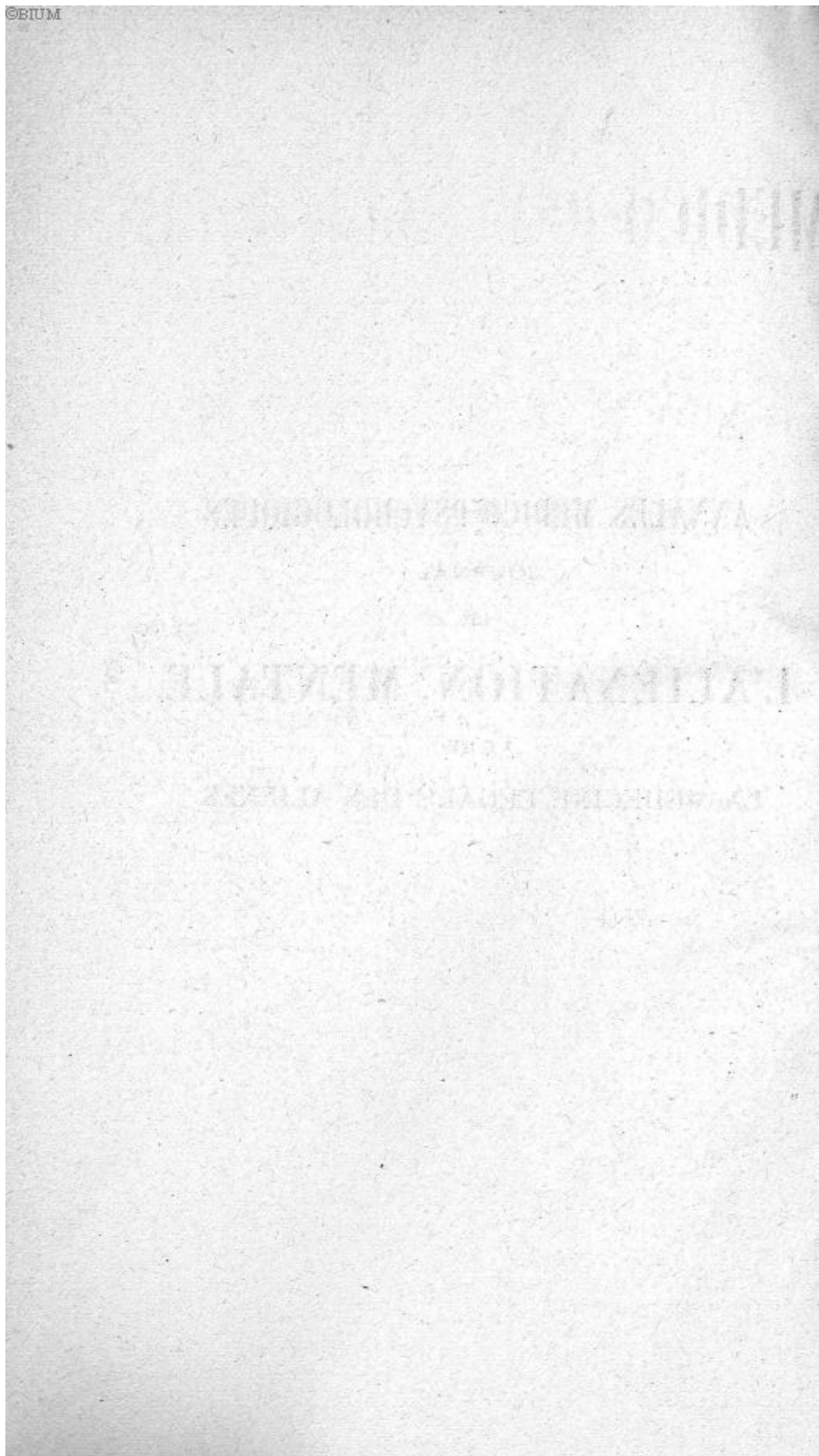
Cote : 90152, 1924, n° 01



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1924x01>

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





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 PREMIER

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1924

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE DE MÉDECINE ET DE PSYCHOLOGIE
L'ALLENATION MENTALE
ET LA MÉDECINE LOCALE DES ALIÉNÉS



PARIS
MÉDICAL
DE PARIS

DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE

PARIS
MAISON DE C. ROBERT

ÉDITEUR DE LA REVUE DE MÉDECINE ET DE PSYCHOLOGIE

1881

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

Chronique

Les idées mystiques de la dernière Impératrice de Russie

Après le meurtre de la famille impériale russe à Ekaterinbourg, on a trouvé, dans un coffret portant les initiales du tzar, N. A. (Nicolas Alexandrovitch), 400 lettres écrites par l'impératrice Alexandra Féodorovna à son époux, l'empereur Nicolas II.

Ces lettres viennent d'être publiées, et il nous a paru intéressant d'en détacher, pour les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, quelques passages, dans lesquels on voit apparaître le caractère morbide de la mentalité de l'impératrice Alexandra Féodorovna, l'influence désastreuse que cette mentalité a exercée sur le tzar et le rôle néfaste qu'elle a joué dans la débâcle russe.

Les lettres de l'impératrice sont rédigées en

anglais, mais certains noms propres, quelques mots isolés ou, parfois, même des phrases entières sont en russe.

Sauf les deux premières, datées respectivement du 27 avril et du 29 juin 1914, toutes les autres ont été écrites pendant la guerre, du 19 septembre 1914 au 17 décembre 1916, date du meurtre de Raspoutine.

Dans un article récemment paru dans la revue russe, *Rousskaïa Liétopiss*, éditée à Paris, on a cherché à représenter l'impératrice comme exclusivement occupée par ses prières et par l'éducation et l'instruction de ses enfants : sa correspondance avec le tzar (qui n'avait pas encore été rendue publique au moment où paraissait l'article en question) aurait un caractère purement familial, intime, et ne contiendrait presque aucune indication, aucune considération relatives à des questions politiques. Mais, dans le même fascicule de cette Revue, un autre article, dû à la plume d'un magistrat qui faisait partie de la Commission extraordinaire d'enquête, nommée après la révolution par le gouvernement provisoire, trace de l'impératrice un portrait tout autre. Sans doute, la tzarine est fanatiquement croyante. Dans sa chambre brûlent constamment et pendant des nuits entières, des lampes devant les icônes. Elle prie ardemment et ne cesse de frapper son front contre terre. Mais, d'un autre côté, « elle est autoritaire et n'est pas loin, au fond de son âme, de se considérer comme l'égale de Catherine II. Elle intervient dans les affaires du gouvernement. Avant la nomination des ministres, c'est à elle que venaient se présenter les candidats ».

Les lettres qui viennent de paraître donnent pleinement raison au second auteur. Elles fourmillent de preuves de cette ingérence constante et tenace d'Alexandra Féodorovna dans la politique intérieure et dans la guerre.

Elles dévoilent une mentalité profondément déformée par un fanatisme religieux qui souvent dégénère en idées puériles, en superstitions grossières. Et, comme Nicolas II était, lui-même, très enclin au mysticisme, il est facile de se représenter l'atmosphère morale qui régnait à la Cour et de comprendre l'ascendant que prenait sur la famille impériale des soi-disant thaumaturges, comme l'aventurier lyonnais « M. Philippe » et, plus tard, Grigory Raspoutine.

L'impératrice se laisse guider, avant tout, par les conseils et les suggestions de Raspoutine, par les « visions » que celui-ci prétend avoir eues, par les sympathies ou par les antipathies de celui qu'elle désigne dans ses lettres sous le nom de « Notre Ami » (*our Friend*).

« ...Ecoute notre Ami, crois en Lui, Il [ces majuscules sont caractéristiques] prend à cœur ton intérêt et l'intérêt de la Russie. Ce n'est pas pour rien que Dieu nous l'a envoyé (*it is not for nothing God sent Him to us*), mais nous devons prêter plus d'attention à ce qu'il dit. » (Lettre du 10 juin 1915).

Trois jours plus tard, au sujet de la nomination du général Polivanov au poste de ministre de la guerre, l'impératrice écrit au tzar qu'elle désapprouve ce choix. Elle se demande avec inquiétude si le général n'est pas hostile à Raspoutine, ce qui ne manquerait pas d'entraîner des malheurs (*...is he not our Friend's enemy, as that brings bad luck*) !

C'est sans doute pour détourner les périls et pour conjurer le mauvais sort que l'impératrice transmet au tzar de la part de Raspoutine une canne qui lui a été envoyée d'un couvent du mont Athos. Raspoutine s'en est d'abord servi lui-même, écrit la tzarine « et maintenant il te l'envoie à titre de bénédiction. Si tu peux, de temps à autre, t'en servir, ce serait bien ; il serait bon aussi de la garder dans ton compartiment, à côté de celle qu'a touchée M. Philippe » (Lettre du 14 juin 1915).

Le surlendemain, l'impératrice évoque un autre souvenir de ce « M. Philippe » :

« ...Notre premier Ami m'a donné cette icône avec clochette pour me prévenir contre ceux qui ne sont pas droits et pour les empêcher de m'approcher. Je sentirai cela et ainsi je te préserverai d'eux. Même ta famille s'en rend compte ; aussi cherche-t-elle à t'atteindre lorsque tu es seul, toutes les fois qu'ils demandent quelque chose d'injuste, ce que je n'approuverais point. Ce n'est pas moi qui agis : c'est Dieu qui désire que ta pauvre petite femme (*your poor wify*) soit ton aide. Gr. (1) le dit toujours et M. Philippe le disait aussi... »

Plus d'un an après (lettre du 9 septembre 1915), Alexandra Féodorovna écrit que cette icône l'a réellement aidée à « sentir » les gens. Au début, elle n'y prêtait pas assez d'attention et ne se fiait pas à son opinion, mais à présent elle se rend compte que « la sainte image et notre Ami m'ont aidée à reconnaître rapidement les gens. Et la clochette aurait sonné s'ils étaient venus avec de mauvaises intentions et les aurait empêchés de m'approcher ».

(1) C'est-à-dire Grigory Raspoutine.

Aussi l'impératrice engage-t-elle son époux à faire attention à ce qu'elle dit : « ce n'est pas ma sagesse », dit-elle, « mais un certain instinct qui m'a été donné par Dieu, afin que je sois ton aide ».

Et l'impératrice s'y applique de toutes ses forces.

Les opérations militaires, elles-mêmes, ne devaient pas échapper au pouvoir surnaturel de Raspoutine, et, le 15 novembre 1915, l'impératrice écrira au tzar :

« ...Je dois te communiquer un message de notre Ami, qui lui a été inspiré par la vision qu'il a eue cette nuit. Il te prie d'ordonner une offensive du côté de Riga. Il dit que cela est nécessaire, sans quoi les Allemands vont s'y fixer si fermement pendant tout l'hiver qu'il faudra une interminable effusion de sang pour les déloger : à présent, ils seront pris à l'improviste et nous réussirons à les faire battre en retraite. Il dit que c'est *justement maintenant* le plus essentiel, et te prie *sérieusement* d'ordonner aux nôtres d'avancer. Il dit que *nous le pouvons* et le devons, et que je t'écrive cela tout de suite. »

Et, à la fin de la même lettre, elle a soin de rappeler la chose : « *Remember about Riga !* »

Raspoutine exigeait, du reste, qu'il fût immédiatement informé de tout événement extraordinaire, et, lorsqu'il apprit que le brouillard avait gêné les opérations militaires, il déclara qu'à l'avenir la chose ne se reproduirait plus.

Le 6 janvier 1916, l'impératrice fait part au tzar du regret éprouvé par Raspoutine au sujet d'une offensive que l'on a commencée sans lui demander son avis (*without asking him*) : il eût conseillé

d'attendre, car « toujours il prie et médite sur le bon moment pour avancer, de façon à ne pas perdre inutilement des hommes ».

Les « visions » de Raspoutine suscitaient, d'ailleurs, nombre de conseils variés. Le 10 octobre 1915, par exemple, l'impératrice croit devoir informer le tzar que Raspoutine n'est pas inquiet quant à la guerre, mais qu'une autre question le trouble profondément : c'est celle des transports et des approvisionnements.

« Tout le tableau s'est présenté à lui, pendant la nuit, telle une vision (*like a vision*) : toutes les villes, les lignes de chemin de fer, etc. Il est difficile de reproduire ses paroles, mais il dit que cela est très sérieux et qu'alors nous n'aurons pas de grèves. »

Plus tard, à l'époque où la guerre avait accumulé au-dessus de la tête de l'empereur des nuages lourds de menace et où l'orage était près d'éclater, l'impératrice, pour conjurer l'opposition qui se manifestait jusque parmi les ministres eux-mêmes, ne trouvait rien de mieux à suggérer au tzar de toutes les Russies que ce baroque conseil de thaumaturge : « N'oublie pas, avant le Conseil des ministres, de tenir de nouveau la petite icône dans ta main et de te peigner plusieurs fois avec *son* peigne » (le peigne de Raspoutine) !

Les passages que nous venons de citer prouvent suffisamment que la déformation subie par la mentalité de l'impératrice constituait un véritable cas pathologique.

L. CHEINISSE.

DE L'ÉVOLUTION DES IDÉES SUR LA FOLIE

Par Henri COLIN (1)

En inaugurant la présidence à laquelle vous m'avez fait l'honneur de m'appeler, mon intention n'est pas de faire une leçon savante qui aurait le double résultat de ne rien apprendre à des collègues et d'ennuyer une partie de mon auditoire où au milieu de personnalités éminentes mais étrangères à notre spécialité, les dames, qui sont la parure de nos Congrès, ont bien voulu apporter le charme de leur présence.

Je veux simplement dans une large revue d'ensemble étudier quelle a été l'évolution des idées sur la folie au cours du siècle dernier, montrer comment à un effort de synthèse où l'importance sociale du problème qui nous occupe était au premier plan, a succédé un besoin d'analyse, qui tout en dissociant les symptômes observés, n'en a pas modifié sensiblement l'aspect général pas plus qu'il n'a remédié aux conséquences qui peuvent en résulter pour la collectivité.

Dans les sciences plus exactes que ne l'est la médecine, on assiste en général au phénomène inverse. L'analyse précède toujours la synthèse.

Mais ici il fallait aller au plus pressé ; à la suite de la rénovation sociale apportée par la Révolution Française, le sort misérable fait aux malades du cerveau ne pouvait manquer d'intéresser au plus haut point les esprits généreux. Il fallait les protéger, les assister et au besoin les rendre inoffensifs !

On n'était pas sans savoir qu'il y avait des maladies mentales, on connaissait leurs formes les plus essentielles.

(1) Discours prononcé à l'ouverture du Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, XXVII^e session. Besançon, 1-5 août 1923.

Déjà pour Hippocrate, la folie était tout simplement une maladie du cerveau : « C'est par là que nous pensons, comprenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid et le beau, le mal et le bien, l'agréable et le désagréable. C'est encore par lui que nous sommes fous, que nous délirons, que des craintes et des terreurs nous assiègent, soit la nuit, soit après la venue du jour, des songes, des erreurs inopportunes, des soucis sans motifs (1). » Siège de la folie, le cerveau était aussi le siège de l'intelligence ; il en était l'interprète, le messenger ; doctrine qui, on le voit, n'est pas neuve, quoiqu'il ait fallu arriver presque jusqu'à nos jours pour la mettre hors de contestation (2).

Cependant dès la Renaissance on revenait aux saines idées d'Hippocrate et ces idées reprises par les philosophes et les encyclopédistes sont celles qui règnent à la fin du dix-huitième siècle.

Plus tard, au grand souffle de la Révolution, préparée par la philosophie du dix-huitième siècle, on vit s'épanouir cette floraison étonnante de savants, d'hommes de bien tous unis par le même esprit de solidarité humaine, par le même désir de soulager la souffrance.

Nulle part cette floraison ne fut plus riche qu'en France sous la forte impulsion de Pinel, d'Esquirol, amis de Cabanis.

A mesure que se groupaient les éléments d'étude, les formes des désordres de l'esprit se précisaient et leur classification s'imposait. Parallèlement à la recherche scientifique se dressait un problème d'ordre éminemment social, l'assistance de l'individu, la protection de la collectivité et souvent aussi du malade lui-même. Il fut résolu par l'adoption de la loi de 1838, bientôt copiée dans la plupart des pays étrangers et qui restera, quoi qu'on fasse, une des lois les plus bienfaites, les mieux adaptées à leur objet qu'un Parlement ait jamais voté.

L'effort de nos prédécesseurs avait abouti à des résultats positifs au double point de vue scientifique et

(1) *Maladie sacrée*, p. 14.

(2) SEMELAIGNE. — *Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité*. Paris 1869, p. 75.

social. Alors se manifestèrent deux tendances qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours. D'une part, sous l'influence de la découverte des lésions de la paralysie générale, et revenant ainsi à des idées anciennes que confirmait la nouvelle découverte, on s'efforça de rapporter à des désordres anatomo-pathologiques les différents symptômes observés chez les aliénés, d'autre part on voulut partir d'une psychologie soi-disant normale pour apprécier les troubles du jugement et de la raison constatés chez les malades.

Ces deux tendances persistent encore et s'accroissent depuis ces dernières années d'une troisième hypothèse, à savoir le trouble de fonctions biologiques, condition de l'altération de l'intelligence et cause réelle des troubles mentaux.

Que devons-nous penser de ces orientations diverses ?

Les immenses progrès que les recherches anatomo-pathologiques ont permis à la neurologie de réaliser devaient forcément inciter les chercheurs à appliquer les mêmes méthodes à la pathologie mentale et cela d'autant plus que l'une des formes les plus fréquentes de l'aliénation est constituée par le syndrome paralytique.

Mais en dehors de la paralysie générale, des malformations anatomiques congénitales du cerveau chez les idiots, les arriérés, certains épileptiques, dans la démence précoce ou les dégénérescences dues au ramollissement ou à la démence organique, dans les délires aigus, dans toutes les affections en un mot ayant comme base naturelle une altération des éléments constitutifs du cerveau, les recherches anatomo-pathologiques ont donné peu de résultats et *a priori* ne pouvaient en donner de très importants.

En effet, la grande masse des psychoses échappe aux investigations anatomo-pathologiques telles qu'elles dérivent de la méthode employée en neurologie, pour cette excellente raison que la lésion anatomo-histologique est absente. De là, l'obligation de limiter les recherches à un petit groupe d'affections, de là cette multiplicité de travaux sur un seul objet, la Paralysie générale dont on pourrait dire que pendant trois quarts de

siècle elle a absorbé, au point de vue anatomo-pathologique, la presque totalité de l'activité scientifique des Aliénistes et celle des Neurologistes jusqu'à la venue de Duchenne, de Boulogne, de Charcot, de Vulpian, etc., etc...

Mais en même temps l'Ecole Clinique brillait de tout son éclat. Jusqu'en 1900, on s'est astreint à classer les troubles de l'intelligence dans des cadres précis, à en délimiter les analogies et les différences, à en dégager des types qui, pour être abstraits, comme le sont ceux de toutes les maladies, suivant le mot fameux, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades, n'en répondent pas moins à une exigence de l'esprit pour se guider dans la confusion des manifestations morbides.

A cet égard, Magnan a joué un rôle de tout premier ordre, après Esquirol, Morel, P. Falret, Baillarger, Calmeil, avec Jules Falret, Lasègue, Ritti, Christian, pour ne parler que des disparus.

C'est ainsi qu'au prix d'efforts répétés on a pu constituer une synthèse des maladies de l'esprit, synthèse qui, en dépit de toutes les critiques, a bien sa valeur.

Plus tard, s'appliquant surtout à la recherche de la genèse des délires, on a pensé que les désordres biologiques et en particulier les troubles des glandes à sécrétion interne pouvaient servir à la déceler. Ici, malgré l'importance attribuée à la maladie de Basedow, au myxœdème, au crétinisme, il faut bien avouer que les résultats n'ont pas répondu à l'attente et cela non seulement dans le domaine de la psychiatrie, mais aussi, sur le terrain purement neurologique où ils ne suffisent pas à expliquer tous les symptômes observés.

Enfin, nous assistons actuellement à l'épanouissement d'une nouvelle méthode de recherches biologiques qui porte sur la presque totalité des humeurs. Ici encore, on comprend fort bien qu'on puisse obtenir des résultats d'une précision relative lorsqu'il s'agit de phénomènes physiologiques déjà connus dans leur ensemble (circulation, digestion, etc., etc...) ou de lésions certaines (paralysie générale). Je dis d'une précision relative, car, encore une fois, il est impossible d'assimiler complètement un phénomène vivant à une expérience de laboratoire.

Mais que dire lorsqu'il s'agit d'un trouble de la pensée, d'une psychose pure en rapport étroit avec une disposition constitutionnelle héréditairement acquise ? Peut-on rattacher l'attaque épileptique à un choc hémoclasique comme on a voulu le faire il n'y a pas bien longtemps ? Comment dès lors expliquer que chez certains épileptiques à crises fréquentes on voit ces crises disparaître complètement pendant un temps assez prolongé pour ensuite se reproduire avec plus de fréquence et plus de violence qu'auparavant ? N'y a-t-il pas eu de choc hémoclasique pendant cette période intercalaire ? Comment le soutenir ?

Pour toutes les expériences de laboratoire il faut toujours revenir au Maître de la méthode expérimentale, à Cl. Bernard qui, soit dit en passant, bien que médecin lui-même, se méfiait des médecins. « Il eut
« toujours au plus haut degré, dit Paul Bert, ce double
« sentiment, que la physiologie sera la base nécessaire
« d'une médecine sûre d'elle-même, et que la physio-
« logie actuelle est encore bien éloignée de fournir
« quelque certitude pratique. Ses propres découvertes,
« il en sentait toute l'importance comme fondement
« de l'édifice médical, mais il ne partageait pas les
« illusions de ceux qui, avec un empressement dont
« il a bien souvent souri, les transportaient dans le
« domaine des applications cliniques ou thérapeuti-
« ques. Ce sentiment des distances qui eût découragé
« de moins vaillants, ne l'émouvait nullement, et il
« n'avait pas besoin, pour être fort et persévérant, de
« l'enivrement des illusions. Aussi lui qui enseignait
« que la médecine est ou doit être une science, se
« montrait-il fort sceptique au regard des médecins, et
« quand il en parlait, il semblait toujours que l'ombre
« de Sganarelle passât devant lui. »

Il convient tout d'abord de partir d'une hypothèse raisonnable. Ensuite, suivant la méthode Cartésienne, ne « recevoir jamais aucune chose pour vraie qu'on ne la connaisse évidemment être telle ».

En dehors de ces règles on ne fait pas à proprement parler de l'expérimentation, on fait de l'empirisme. Ici encore, écoutons Cl. Bernard : « La méthode expéri-

« mentale a pour but de trouver le déterminisme ou la
« cause prochaine des phénomènes de la nature. Le
« principe sur lequel repose cette méthode est la cer-
« titude qu'un déterminisme existe, son procédé de
« recherche est le doute philosophique, son critérium
« est l'expérience...

« Si le sentiment fait taire la raison, nous sommes
« hors de la science et nous arrivons dans les vérités
« irrationnelles de foi ou de tradition. Si la raison
« n'invoque pas sans cesse l'expérience, nous tombons
« dans la scolastique et sous la domination des systè-
« mes ; si l'expérience se passe de raisonnement, nous
« ne pouvons pas sortir des faits, et nous croupons
« dans l'empirisme. »

Vouloir attribuer à des lésions cérébrales, à des modifications biologiques ou à des troubles psychologiques toutes les altérations de l'esprit, c'est pour moi faire œuvre vaine, partir d'une idée préconçue et s'efforcer sans raison d'y rattacher les faits observés.

Si nous connaissons les phénomènes provoqués par l'excitation de l'écorce, nous ignorons tout ou à peu près de la morphologie normale du cerveau dans ses rapports avec l'intelligence. C'est donc la base même qui nous fait défaut.

C'est pourquoi, à mon avis, les recherches de laboratoire, les observations physiologiques et biologiques ne peuvent nous mener bien loin dans l'étude des maladies mentales. On constate des faits, de menus faits et ces constatations sont elles-mêmes contredites par d'autres expérimentateurs. Mais la constatation de ces faits est par elle-même impuissante, en l'absence d'un lien commun qui les rattache entre eux, à nous expliquer pourquoi une certaine catégorie d'individus délire alors que d'autres individus soumis aux mêmes influences ne présenteront aucun trouble mental. Nous sommes en présence très probablement de malformations morphologiques de l'ensemble du cerveau, que nous ignorons jusqu'à présent et qui entraînent une vulnérabilité plus grande, une sensibilité plus aiguë à réagir sous une influence déterminée. Lorsqu'on voit malgré l'influence prépondérante de la civilisation, de l'éducation, du

milieu, sur la formation des idées et de l'intelligence, la facilité avec laquelle le cerveau revient à des impressions premières, à des conceptions enfantines, à la suite du trouble apporté dans son équilibre par un événement tel que la guerre ou à la suite de la gêne des fonctions instinctives élémentaires due à la famine ou à une catastrophe imprévue, on ne s'étonne pas, sans qu'il soit besoin de recourir à des explications biologiques que des cerveaux héréditairement prédisposés ou des cerveaux affaiblis délirent spontanément sous l'influence des causes les plus minimes.

Dans un très beau livre : *L'Evolution de l'organisme et la Maladie*, Klippel s'exprime ainsi :

« L'organisme en réagissant contre les causes accidentelles et pathologiques, peut acquérir des propriétés nouvelles, en entrant en conflit avec ces causes, qui tendent à l'altérer, et en s'adaptant aux conditions imposées à ce moment par les modifications du milieu normal.

« Une fois que ces réactions nouvelles ont été acquises, elles peuvent survivre aux causes qui les ont provoquées et deviennent alors des manifestations habituelles et des modes de défense contre des influences de toute sorte. En persistant chez l'individu, elles peuvent être transmises par hérédité. »

A l'heure actuelle, nous voyons se manifester de nouveau une tendance à introduire les méthodes d'analyse psychologique dans l'étude des maladies mentales.

Je dis, de nouveau, car au cours du siècle dernier, cette application de la psychologie a été faite à maintes reprises, et, il faut bien l'avouer, toujours sans succès. Rappelons-nous l'effort consciencieux de Pierre Falret, soucieux de rattacher à la psychologie dite normale les faits qu'il constatait chez ses malades et obligé d'avouer que cela ne lui avait été d'aucune utilité.

Il suffit de parcourir la collection des *Annales Médico-Psychologiques* pour voir que, malgré la déclaration de principe de Baillarger, au moment où il fondait ce nouveau recueil, les philosophes n'avaient pas désarmé.

Les débats auxquels prirent part Chauvet, Cerise,

Dally, Maury, Janet, Adolphe Garnier, Tissot, Fournet, Despine, etc., etc., où l'on discutait les idées de Lélut de Jouffroy et de tant d'autres, débats qui se sont reproduits ensuite par intermittences, ont été, à mon avis, résumés d'excellente façon par Alfred Maury. « Notre « société, disait-il dès 1863, n'est pas instituée onto-
« logique mais *médico-psychologique*, elle n'a donc
« pas été fondée pour agiter des questions qui sont
« agitées depuis le commencement du monde et le
« seront probablement jusqu'à la fin, elle a pour objet
« l'étude des troubles de l'intelligence dans ses rap-
« ports avec la pathologie et la thérapeutique. »

Obligée de lâcher pied devant la Clinique, la psychologie reparait à la Salpêtrière avec les études sur les hystériques, ce qui fait dire à G. de la Tourette :
« Peut-on pénétrer dans l'intimité du processus dyna-
« mique ? A la vérité les interprétations n'ont pas man-
« qué dans ces dernières années surtout où l'hystérie
« est devenue prétexte à nombre de dissertations phi-
« losophiques. Mais ces merveilles de la dialectique
« n'ont pas résolu le problème médical et nous ne
« sommes pas plus avancés que devant, après avoir
« appris que le rétrécissement du champ de la
« conscience est un stigmate mental de l'hystérie. »

Disons de suite qu'il s'agit cependant d'une psychologie basée sur des données plus exactes et dont je suis loin de contester la haute valeur scientifique. Mais lorsque ces recherches psychologiques s'adressent à des êtres profondément troublés par la maladie, à des idiots, à des déments, j'avoue que je suis repris par la tendance au doute, au scepticisme, fond de toute sagesse d'après Voltaire. Je crains, ainsi que je le disais à un de mes collègues, alors jeune adepte de l'école nouvelle, que les ressources intellectuelles surabondantes de l'expérimentateur ne suppléent pour une large part et par une auto-suggestion essentiellement involontaire au déficit lamentable du sujet soumis à l'expérience, je ne puis m'empêcher de penser à part moi au geste symbolique dans son impertinence de Panurge lorsqu'il fit quinaud l'Anglais qui arguait par signes, « les matières étant
« tant ardues que les paroles humaines ne seraient
« suffisantes à les expliquer ».

Ceci dit sans vouloir médire des philosophes, d'autant que selon Pascal : « Se moquer de la philosophie c'est vraiment philosopher » (*Pensées*, VII, 35).

Pour moi, c'est une erreur de penser que la psychologie peut retirer des informations précises de l'étude des aliénés. La psychologie normale nous est inconnue, pour cette excellente raison que nous ne savons pas au juste ce que peut être l'intelligence normale. Charcot avait coutume de dire : « L'homme normal, « qu'est-ce que cela ? S'il existait, ce serait un « monstre. » A plus forte raison, il paraît impossible, au point de vue psychologique, de tirer un enseignement profitable d'un esprit en délire.

Toute la métaphysique moderne qui se dit basée sur des constatations matérielles est au fond aussi peu consistante que la métaphysique ancienne. Musique et littérature, musique délicieuse, littérature agréable, mais ce n'est que de la musique.

J'aperçois un autre danger dans ces incursions psychologiques sur ce domaine purement médical qu'est la folie.

Tandis que l'on admet que les organes naissent, évoluent et meurent suivant un déterminisme inéluctable, il semble qu'on ne puisse se résigner à cette loi lorsqu'il s'agit de l'organe de la pensée, du cerveau.

Voyez cependant ce dément inconscient, il vit mais ne pense plus. Au point de vue intellectuel, son cerveau est mort et il ressemble au pigeon décérébré de Flourens qui a perdu l'usage des sens et la faculté de chercher à s'alimenter, mais qui peut survivre si l'on ingurgite la nourriture.

Pourquoi invoquer dans ces cas un « élan vital » qui est une conception purement métaphysique ?

Il y a longtemps que Claude Bernard a fait justice de ces théories : « Les phénomènes métaphysiques de « la pensée, de la conscience et de l'intelligence, qui « servent aux manifestations diverses de l'âme humaine, considérés au point de vue physiologique, ne « sont que des phénomènes ordinaires de la vie, et ne « peuvent être que le résultat de la fonction qui les « exprime. »

« Il faut renoncer à l'opinion que le cerveau forme
« une exception dans l'organisme, qu'il est le substratum de l'intelligence et non son organe. Cette idée
« est non seulement une conception surannée, mais
« c'est une conception antiscientifique, nuisible aux
« progrès de la physiologie et de la psychologie. Comment comprendre en effet qu'un appareil quelconque
« du domaine de la nature brute ou vivante puisse être
« le siège d'un phénomène sans en être l'instrument ? »

Pourquoi les hommes demeurent-ils effrayés devant les maladies de l'esprit et éprouvent-ils une répugnance instinctive à l'égard des malheureux qui en sont atteints ? La pensée n'est en somme que la manifestation vivante de la fonction d'un organe particulier, le cerveau, au même titre que la circulation est la fonction d'un autre organe, le cœur.

Mais la pensée donne à l'homme la conscience de son existence et c'est pourquoi, lorsqu'elle est troublée, il recule épouvanté comme il le fait devant la mort. On ne peut se résigner à l'idée de la mort parce qu'on ignore ce qu'est la vie.

La vie, dit *l'Encyclopédie*, c'est le contraire de la mort.

La vie, dit Bichat, est l'ensemble des fonctions qui s'opposent à la mort, définition précieuse en ce sens qu'elle nous montre la possibilité de l'indépendance vitale des tissus. « De toutes les définitions de la vie, dit Claude Bernard, celle qui est à la fois la moins compromettante et la plus vraie est celle qui a été donnée par *l'Encyclopédie* : La vie est le contraire de la mort. Cette définition est d'une clarté naïve et cependant nous ne pourrions jamais rien dire de mieux, parce que nous ne saurons jamais ce qu'est la vie en elle-même. Pour nous un corps n'est vivant que parce qu'il meurt et parce qu'il est organisé de manière à ce que, par le jeu naturel de ses fonctions, il entretient son organisation pendant un certain temps et se perpétue ensuite par la formation d'individus semblables à lui. »

Pour lui, la vie se résume dans ces trois propriétés : création, nutrition, destruction, et il conclut :

« Reconnaître que les phénomènes vitaux ne saurient être soumis à aucune loi précise, à aucune condition fixe et déterminée, et admettre que ces phénomènes ainsi définis constituent une science vitale qui elle-même a pour caractère d'être vague et incertaine, c'est abuser étrangement du mot science. Il semble qu'il n'y ait rien à répondre à de pareils raisonnements, parce qu'ils ne sont eux-mêmes que la négation et l'absence de tout esprit scientifique ».

Klippel, dans *l'Evolution de l'organisme et la maladie*, résume ainsi le problème :

« La vie est, au fond, la résultante d'un arrangement moléculaire et d'un dynamisme, adaptée au milieu et actuellement transmis en continuité par hérédité spécifique. »

Lorsqu'on nous parle de courant de conscience, d'élan vital, d'auto-conduction, on nous ramène insensiblement, sous les dehors d'un spiritualisme matérialiste, aux archées de Van Helmont, à l'animisme de Stahl, au vitalisme de l'École de Montpellier, qui plaçait, comme le dit encore Claude Bernard, les phénomènes de la vie sous la dépendance d'un principe particulier, d'une puissance spéciale, quel que soit le nom qu'on lui donne, d'âme, d'archée, de psyché, de médiateur plastique, d'esprit recteur, de force vitale, ou de propriétés vitales.

Est-ce à dire que « l'esprit se ramène à des atomes de corps simples » suivant le mot de Fouillée. Ce serait enfantin. Mais comme le dit A. Regnard, il existera toujours des personnes croyant à l'éternité du monde et à la réalité de la substance à la fois étendue et pensée, matière et force, corps et mouvement.

Examinons maintenant le rôle qu'on veut faire jouer aux instincts dans l'évolution des maladies mentales. N'est-il pas aventureux de penser que le réveil d'un instinct endormi, que la sollicitation de cet instinct, que le fait de l'avoir contrarié puisse avoir sur l'état mental futur d'un sujet des conséquences si graves qu'elles pourront le modifier radicalement et entraîner chez l'individu les réactions morbides les plus diverses.

Et si l'on pousse les choses à l'extrême, si l'on attribue au seul instinct sexuel ce rôle prépondérant dans la vie des êtres, ne doit-on pas encourir le reproche d'exclusivisme et vicier par là-même toute la doctrine ?

Déjà Pascal avait paraphrasé la première épître de saint Jean :

« Tout ce qui est au monde est concupiscence de la chair, ou concupiscence des yeux, ou orgueil de la vie : *libido sentiendi, libido sciendi, libido domi-nandi* ».

Que l'instinct sexuel ait sur le psychisme une très grande influence, qui le nie ? Mais est-il le seul à l'exercer et son action ne se combine-t-elle pas avec celles d'autres tendances tout aussi instinctives ? Les faits si curieux du sexualisme observés pendant la guerre, dans les endroits que Français et Allemands se reprénaient à tour de rôle, faits qui rappellent sous une forme plus brutale le cas de *l'Abbesse de Jouarre*, analysé et idéalisé par Renan, ces faits peuvent-ils être rapportés à une déviation pure et simple de l'instinct sexuel ? N'y a-t-il pas là plutôt un retour à l'état primitif sous la menace incessante de la mort ?

L'instinct de nutrition ne produirait-il pas des résultats analogues ? Il est infiniment probable que si nous connaissions les réactions individuelles provoquées par la famine russe, nous trouverions des preuves à l'appui de ce que nous avançons.

De même pour l'instinct de conservation.

En médecine mentale, ainsi que dans toutes les autres branches de la médecine, l'étude directe, l'examen clinique demeure la base de toute observation utile. Le reste, examens biologiques, tests psychologiques n'est qu'accessoire, non pas que j'en méconnaisse l'utilité et parfois même l'indispensable nécessité dans certains cas déterminés. Mais dans l'immense majorité des formes mentales, on ne saurait prétendre à expliquer les troubles qui affectent l'intelligence par des recherches mécaniques ou des considérations physico-chimiques dont trop d'inconnues peuvent vicier le résultat.

Pouvons-nous affirmer que telle modification biologique soit la cause du trouble mental ?

« Au fond, c'est le contraire, dit Klippel, ce sont
« les désordres nerveux qui ont pour conséquence des
« modifications humorales définies, lorsque celles-ci
« peuvent être constatées ici. Il est beaucoup plus
« facile de comprendre les tempéraments émotifs par
« des réactions qui se font sentir en l'absence des cau-
« ses qui les ont jadis provoquées, et qui rentrent dans
« le caractère normal de l'individu. Cela, en admettant
« un retentissement secondaire sur les divers organes
« et en particulier sur les glandes à sécrétion interne,
« dans le cas où les émotions sont brusques, ou prolongées pendant longtemps.

« Le tempérament qui, dans la sphère morale, répond à la fatigue, est distinct dans ses traits dominants, du tempérament émotif, bien que ceux-ci s'établissent en grande partie sur le mode d'affectivité.

« Les douleurs, les paresthésies, la lassitude, le doute, le dépit, le pessimisme, la misanthropie, l'impuissance à résister, et le dégoût des choses et de la vie, en sont les caractères spécifiques. Ce sont des états émotifs, c'est entendu, mais ce sont ceux de la « fatigue ».

Voilà pourquoi tous les grands observateurs des aliénés ont fait presque exclusivement de la clinique, d'Esquirol à Krœpelin en passant par Guislain, Baillarger, Griesinger, Falret, Magnan. S'ils ont tenté d'approfondir le domaine anatomo-pathologique, ils se sont éloignés de la psychologie pure.

On reproche souvent aux aliénistes l'incertitude de leurs données, l'insuffisance de leur classification, l'impossibilité où ils se trouvent de déterminer la cause, de fixer l'évolution de telle ou telle forme de maladie mentale, la tendance à dissimuler leur ignorance en employant une dénomination vague, telle que paranoïa, démence précoce, etc...

Ce reproche est le fait d'esprits simplistes qui veulent trouver une cause à tous les phénomènes qu'ils observent. L'incertitude qu'on reproche aux aliénistes se retrouve à tous les degrés de la pathologie dès que l'affection devient exceptionnellement grave, dès qu'elle se complique ou lorsqu'elle atteint l'ensemble de l'or-

ganisme. Là aussi on désigne sous des dénominations vagues (choc hémoclasique, syndrome pluriglandulaire, parkinsonisme, syndrome pseudo-bulbaire, syndrome hypophysaire), les phénomènes observés.

J'irai même plus loin, je prétends que la pathologie mentale dans ses formes les plus communes est une science plus exacte au point de vue clinique que les autres manifestations de la pathologie interne. Il nous est arrivé à tous, cliniciens déjà blanchis par l'âge, de prévoir non seulement les réactions motrices mais les réactions intellectuelles des malades qui venaient se soumettre à notre examen, et d'annoncer ces réactions psychiques aux malades eux-mêmes, à leur grande stupéfaction.

Ce sont là des résultats auxquels ne peuvent conduire les examens de laboratoire ou la méthode mécanique du psychologue le plus averti. Il ne s'agit plus de réactions chimiques en vase clos, dans des conditions forcément différentes de la réaction dans les tissus, il ne s'agit pas non plus du fonctionnement physiologique du système nerveux spécialisé, il s'agit de la matière vivante dans ce qu'elle produit de plus élevé, la pensée.

Vouloir faire de cette fonction une chose *sine materia*, indépendante de l'individu et du milieu dans lequel il évolue, c'est à mon sens faire œuvre vaine.

C'est pourquoi les philosophes — soit dit sans vouloir les froisser — me sont toujours apparus comme de médiocres cliniciens. Voltaire disait que si l'on voit deux hommes discuter sans s'entendre et sans prendre la peine de s'écouter mutuellement, on peut être certain qu'il s'agit de deux philosophes. Cette boutade pourrait expliquer leur infériorité clinique. Car, ici, il ne s'agit plus de systèmes plus ou moins raffinés, de considérations basées sur des vues ingénieuses et résultant le plus souvent de l'auto-observation. On n'est plus seul, on a devant soi un malade dont il faut saisir et parfois deviner la pensée, dont il faut analyser les divagations.

J'entendais dernièrement formuler contre Magnan une critique injustifiée. Un psychologue des plus avertis l'accusait d'avoir eu de l'aliéné une conception terre à terre, d'avoir observé ses malades un peu comme le font les infirmiers de nos asiles.

Le reproche était en lui-même profondément injuste car personne, plus et mieux que Magnan, n'a fait ressortir les différences qui séparent les diverses formes de l'aliénation, les caractères spéciaux qui les distinguent, les sensations et les impressions qu'elles suscitent, les réactions auxquelles elles donnent lieu.

En y réfléchissant, j'ai pensé que ce reproche était un éloge déguisé. J'ai, pour ma part et à maintes reprises, retiré le plus grand profit des remarques d'infirmiers ou d'infirmières rompus au métier, intelligents, habitués depuis de longues années à observer de près les faits et gestes des malades. Ceux qui vivent au milieu des aliénés, qui entendent leurs réflexions, qui les suivent dans leur vie courante si différente de la nôtre, qui utilisent leurs services, sont des aides précieux du médecin. Ils savent que tel malade peut se présenter du jour au lendemain dans des conditions tout à fait différentes, que tel autre paraîtra parfaitement sain d'esprit à la visite médicale, alors qu'en réalité ses facultés sont profondément troublées et, inversement, ils ne sont pas tentés de prendre pour des phénomènes nouveaux et de première importance, des habitudes, des gestes, des réflexions, des actes qui paraissent en contradiction avec le trouble profond de l'esprit constaté par l'examen médical. Il serait facile de citer des exemples et on pense à Pussin, « un de ces « hommes, disait Pinel, qui étrangers aux principes « de la médecine et seulement guidés par un jugement « sain ou quelque tradition obscure, se sont consacrés « au traitement des aliénés et ont opéré la guérison « d'un grand nombre ».

C'est que, pour bien connaître les aliénés, il faut les avoir longtemps observés dans leurs diverses manifestations sans jamais perdre de vue les liens multiples qui les unissent entre elles, les faits qui les ont provoquées, le milieu dans lequel elles ont évolué, les causes morales qui ont contribué à les faire éclore, les influences héréditaires qui ont facilité cette éclosion.

En réalité, l'aliéné est bien nommé. C'est un étranger à la collectivité, il vit dans un monde spécial qu'il a composé suivant ses désirs. C'est un être à part, vivant d'une vie propre, qui possède dans la vie ordinaire ses

réactions particulières, ses joies et ses peines, où l'individualisme est plus marqué qu'ailleurs et prend la forme de l'égoïsme si souvent reproché à ce genre de malades et qui les pousse à tout rattacher à leur propre personne.

Cela nous explique la réaction démesurée que le milieu opère sur ce genre d'individus, l'influence des événements sociaux, ou des faits de la vie courante, de la guerre, du salut de la France, de la vie chère, de la crise des loyers, de la crise des domestiques, tous événements qui se traduisent par une affluence plus nombreuse dans les Asiles.

Cette vie intérieure des aliénés est une vérité bien connue des aliénistes, plus ignorée des psychologues à l'exception cependant de M. Blondel que ce fait capital avait particulièrement frappé au début de ses études de psychiatrie.

Cette façon de se comporter n'est pas propre aux seuls malades des asiles, on la retrouve chez les malades qui vivent en liberté en remplissant les diverses obligations de la vie sociale, tout en conservant à part eux leurs idées malades, le trouble de leur esprit.

Certains de nos collègues qui dirigent des Maisons de Santé très anciennes pourraient nous donner à cet égard les renseignements les plus instructifs. Ils ont connu par leurs archives les grands-parents et les aïeux de leurs malades actuels et certains de ces derniers continuent à venir faire chez eux des séjours périodiques lorsque les idées délirantes qui ne les ont jamais quittés menacent de leur faire perdre tout contrôle sur eux-mêmes.

Je ne parle pas ici des intermittents, je parle de persécutés, de délirants véritables. Certains ont fait toute la guerre, et se sont brillamment conduits tout en conservant intact leur délire, tout en attribuant à des influences extérieures les troubles qu'ils ressentaient et qu'ils interprétaient, réalisant ainsi un dédoublement de la personnalité des plus curieux à constater.

Du fait que les aliénés constituent des êtres à part dans l'humanité, il résulte qu'ils ne sauraient être très nombreux. En réalité, c'est une infime minorité comparée à la multitude des malades ordinaires.

Mais c'est une minorité bien spéciale, ayant sa vie propre, ses moyens particuliers de réagir, son caractère bien différencié.

Si nous ne connaissons pas la morphologie normale du cerveau, nous savons cependant que les tares intellectuelles se transmettent plus facilement encore que les tares physiques des ascendants aux descendants. Il en résulte que dans les vieilles civilisations, la race juive nous le démontre surabondamment, l'hérédité jouera un rôle prépondérant dans l'éclosion des troubles mentaux. Depuis quelques années on tendait de plus en plus à négliger le rôle de l'hérédité, entraîné qu'on était par le souci de découvrir des causes plus proches et des explications plus tangibles. C'est cependant là le fond de la question, car de l'hérédité dépend le tempérament et les anomalies du caractère. Sous ce rapport, on paraît revenir à des idées plus justes : C'est ce que font actuellement certains élèves de Bleuler. Il me sera permis toutefois d'exprimer un regret, c'est qu'on ait inventé un terme nouveau, la caractérologie, pour désigner un fait connu de tous. Nous n'avions pas besoin de ce barbarisme.

« La différenciation, dit Klippel, est actuellement le fait de l'hérédité, après avoir été acquise au cours de longues séries phylogénétiques.

« L'hérédité pathologique pourrait être définie : la continuité de la matière vivante modifiée chez les ascendants par des agents pathogènes. »

Les aliénés, ai-je dit, sont peu nombreux et ceci pourrait passer pour un paradoxe dans la bouche d'un médecin aliéniste. On a coutume, en effet, de dire que les aliénistes voient des fous partout et c'est là certes une des raisons qui, dans la vie courante, empêchent même les aliénés véritables de se confier à eux. Rien de moins exact cependant. Seuls les profanes ou les satiriques ont tendance à considérer comme un phénomène morbide tel ou tel défaut du caractère, telle ou telle manie parfaitement compatible avec un esprit sain et un jugement pondéré.

N'est-ce pas Erasme qui, dans *l'Eloge de la Folie*, préludant aux *Caractères* de La Bruyère, soutenait ce paradoxe que la folie étant le guide véritable de l'homme

et lui faisant accomplir le plus naturellement du monde les actes les plus déraisonnables, l'aliénation devenait de ce fait l'état le plus enviable ?

De même qu'il est absurde de voir des fous partout, de même il est ridicule de voir assimiler le Génie à la folie. A. Regnard, dans un ouvrage des plus documentés et des plus intéressants a fait justice, sous ce rapport, des données fantaisistes de Lombroso. Peut-on dire que Pascal et Auguste Comte étaient des aliénés, et Dumas n'a-t-il pas raison lorsqu'il affirme que si « A. Comte a été un grand philosophe, c'est grâce à sa raison, à sa volonté et malgré qu'il ait été fou » ? Ne sait-on pas d'autre part que dans les formes intermittentes de la folie on trouve des gens supérieurement intelligents ?

N'est-ce pas abuser que d'aller chercher dans l'hérédité mentale morbide, dans la folie d'une sœur ou d'une mère, l'explication du génie d'un père ou d'un fils ? Oubliant l'influence de la mère et surtout celle des ascendants des deux conjoints, on s'étonne de voir parfois des hommes supérieurs avec des enfants plus ou moins intelligents. Mais comme le dit très bien Klippel : « Tout ce qui relève de l'éducation dans l'état moral est sans hérédité.

« Ainsi c'est en considérant ce qu'ont été, par exemple les fils de Socrate ou de Périclès, qu'on est arrivé à cette doctrine singulière, que la supériorité intellectuelle était elle-même et de sa propre nature une déchéance.

« Et cela pour n'avoir point considéré quels résultats la supériorité intellectuelle pouvait entraîner, d'abord chez l'individu lui-même, ensuite chez ses descendants ».

Que dire maintenant de la similitude des symptômes observés quelque différents que soient les malades ?

Ne voyons-nous pas tous les jours — et c'est là peut-être que les recherches biologiques pourraient avoir leur utilité — des esprits supérieurs éprouver des dérangements passagers dus très vraisemblablement à des défauts de la nutrition, à des efforts inconsidérés, à la fatigue.

N'est-il pas remarquable que lorsqu'éclatent ces trou-

bles mentaux la forme qu'ils affectent soit la même chez des sujets tout à fait différents au point de vue du développement intellectuel ?

Cela nous prouve que le cycle biologique est le même pour tous les individus.

C'est surtout dans les formes mélancoliques et dans la mélancolie présénile qu'apparaissent de façon frappante ces analogies.

En dehors de la tendance invincible au suicide, on trouve chez tous les mêmes idées niées de ruine, de déchéance, de culpabilité, parfois aussi les mêmes préoccupations religieuses et mystiques.

Et cela se conçoit. On ne traîne pas impunément derrière soi le poids de milliers d'années d'hérédité religieuse. L'altération de la santé, comme les grands cataclysmes, réveille les instincts primitifs et les plus grands esprits s'épouvantent lorsque la maladie leur a enlevé la pondération nécessaire à la saine appréciation des choses. C'est en somme le retour à un état ancestral, aux idées simples, irraisonnées comme cela s'est vu chez les malades de la guerre dont on peut bien dire que la mélancolie a été l'unique manifestation mentale.

Jamais plus qu'à cette époque n'est apparue de façon plus frappante l'influence de la fatigue et celle plus grande encore des causes morales puisque les symptômes se retrouvaient les mêmes chez les hommes qui venaient du front et chez ceux qui, bien que se trouvant à l'arrière et en sécurité, éprouvaient les mêmes inquiétudes au sujet de leurs familles et de leurs biens.

« Nous avons un autre principe d'erreur, disait déjà Pascal, les maladies. Elles nous gâtent le jugement et le sens. Et si les grandes l'altèrent sensiblement, je ne doute point que les petites n'y fassent impression à leur proportion ».

Je disais au début de ce discours que la tendance actuelle en clinique mentale était de dissocier les symptômes, de pousser aussi loin que possible l'analyse des troubles observés et des diverses manifestations psychiques ou motrices qui viennent se greffer sur eux.

Rien de mieux à mon avis, mais je ne pense pas

qu'ici non plus nous ayons innové et que nous devons assister à un bouleversement général de la psychiatrie.

Croit-on par exemple, que Séglas, Chaslin, Arnaud, Sérieux et tant d'autres, pour ne citer que des vivants, ne soient pas déjà allés très loin dans cette voie tout en respectant les cadres anciens? Et ne voit-on pas que cette analyse minutieuse, s'applique toujours à un nombre très restreint de malades, la grande masse restant identique à elle-même telle que nous la connaissons, telle que j'ai essayé de la délimiter il y a quelques instants.

De plus, s'il est bon de créer des théories plus ou moins ingénieuses, on ne doit pas oublier que la médecine mentale — comme toute la médecine — comporte un objet immédiat. *Paulo minora canamus*. Lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade et des parents de ce malade, la première question qui se pose est de savoir ce qu'il a, comment il évoluera, s'il y a lieu ou non de l'interner, et dans cette deuxième alternative s'il restera longtemps interné, si, en somme, il guérira.

Ici pas de recherches de laboratoire, pas de psychologie qui compte, seul l'examen clinique entre en jeu. C'est pourquoi la clinique, sous ses apparences modestes, restera toujours la science maîtresse.

Contrairement à certaines idées courantes et tout misonéisme mis à part, on ne s'improvise pas médecin aliéniste, on apprend à le devenir. Il faut pour cela de longues années de pratique.

On n'est plus tenté de considérer comme des nouveautés des manifestations devenues banales à force d'avoir été observées. Et, au point de vue du pronostic, on devient d'une extrême prudence. Interrogez là-dessus ceux de nos collègues qui ont derrière eux 20 ou 25 ans d'exercice. On se méfie des impressions, des prédictions basées sur tel ou tel signe fugace, sur telle ou telle apparence trompeuse, comme le sont trop souvent les manifestations de la pensée humaine même chez les gens sains d'esprit.

A ce sujet, je me rappelle avoir reçu dans mon cabinet, il n'y a pas bien longtemps, la visite d'une jeune étrangère, fort jolie, parfaitement consciente de son

état et dont les dérèglements inimaginables faisaient le désespoir. *Lassata non satiata*. Elle était sous le coup d'une hérédité morbide particulièrement chargée. Elle s'était livrée volontairement et avec le ferme espoir de pouvoir s'amender, aux examens de psychoanalyse des spécialistes les plus réputés.

Lorsque je l'eus minutieusement examinée, lorsque j'eus terminé de prendre une observation très détaillée, elle me demanda si je la croyais capable de guérir.

Ma réponse fut négative et quel ne fut pas mon étonnement en voyant cette jeune femme me serrer les mains avec effusion en me disant : « Vous êtes un honnête homme et le premier médecin consciencieux que j'aie rencontré ». Venant d'une aussi jolie bouche le compliment ne laissait pas d'être agréable à entendre, encore que sa portée et le plaisir ressenti fussent singulièrement atténués par l'extrême amoralité du sujet.

Je m'excuse de ce long discours, j'ai essayé d'en adoucir le côté pénible en montrant qu'en réalité les aliénés constituent une minorité dans l'ensemble des malades, minorité un peu supérieure en nombre aux sujets qui relèvent de la neurologie, les deux branches psychiatrie et neurologie n'étant que de simples chapitres de la Pathologie tout entière.

On a fait grand bruit de la séparation de la Neurologie et de la Psychiatrie, branches parallèles d'un même système, ai-je dit ailleurs, et qui ne sauraient se rencontrer.

Mais dans certaines éventualités elles aboutissent à un terrain commun lorsqu'il s'agit par exemple des troubles de l'émotion, de l'obsession, des syndromes épisodiques, de ce qu'on est convenu d'appeler : la psychasthénie. On comprend fort bien qu'il y ait toute une catégorie de malades qui ne se considèrent pas comme des aliénés et vont consulter des neurologistes pour le plus grand bien des uns et des autres, car on ne voit pas les neurologistes réduits, au point de vue de la thérapeutique, à la portion congrue de l'hémiplégie, des myélites, de l'atrophie musculaire, du goître exophtalmique, de la maladie de Parkinson.

Il nous reste les psychoses, les délires. C'est certainement la partie la plus vaste de notre domaine. Nous demandons qu'on veuille bien nous la laisser car nous sommes les seuls à l'avoir explorée, les seuls à en connaître l'étendue et les aspects infiniment variés. Que nous empruntons, et nous n'y manquerons pas, les renseignements fournis par les moyens mécaniques, les données que nous offre le laboratoire et la recherche biologique ou psychologique, rien de mieux. Mais c'est nous qui restons juges de l'opportunité de leur emploi. Nous irons ainsi d'un pas sûr vers la vérité, sans risquer de nous égarer en chemin.

Enfin la médecine mentale comporte un rôle social qu'on ne saurait négliger sous peine de s'exposer à des surprises désagréables et à de graves dangers. Le psychisme étant à la base même de la connaissance, embrasse toutes les formes de l'activité humaine. C'est ce que Dupré appelait l'interpsychologie, c'est ce qu'on désigne actuellement sous le nom d'Hygiène mentale.

Au début du dix-neuvième siècle, l'aliénation mentale constituait un problème social dont la solution s'imposait de façon impérieuse. A l'époque actuelle, nous retrouvons le même problème social et il se présente à nous plus complexe, dans des conditions différentes.

Nous voyons ainsi se rejoindre les anneaux d'une chaîne continue réunis par une agrafe commune, l'étude de l'assistance due à tous les malades de l'esprit.

Mais combien d'efforts il nous reste encore à faire ! Le progrès avance lentement, nous le savons, mais nous savons aussi qu'il n'est pas de limites à la connaissance humaine. Et puisqu'à cette époque de tricentenaire il est de mode de citer Pascal, je terminerai en rapportant une de ses pensées :

« Les sciences ont deux extrémités qui se touchent :
« la première est la pure ignorance naturelle où se
« trouvent tous les hommes en naissant. L'autre extré-
« mité est celle où arrivent les grandes âmes qui, ayant
« parcouru tout ce que les hommes peuvent savoir,
« trouvent qu'ils ne savent rien, et se rencontrent en
« cette même ignorance d'où ils étoient partis. Mais
« c'est une ignorance savante qui se connoît. » (III, 25).

DES SIGNES PHYSIQUES NEUROLOGIQUES DANS LES PSYCHOSES

Par MM. P. COURBON et E. BAUER

Au fur et à mesure des découvertes physiologiques et anatomocliniques, d'où naquit la neurologie, les médecins aliénistes s'efforcèrent de dépister sur leurs malades quelques-uns des signes matériels de défaillance des fonctions du cerveau (motricité, sensibilité, réflexivité, vasomotricité, trophicité, réactions sensorielles) que la science venait d'identifier. En effet, pour des raisons topographiques, il semblait logique d'admettre que les conditions déterminant la perturbation de la fonction proprement psychique de cet organe dussent retentir toujours plus ou moins sur ses autres fonctions. Et l'espoir s'ouvrait d'arriver à découvrir un certain parallélisme entre diverses anomalies neurologiques et certains syndromes mentaux. Une telle découverte eût été singulièrement précieuse pour la psychiatrie, puisque l'enregistrement de phénomènes objectifs, immédiatement perceptibles par les sens, fût venu au secours des jugements, toujours plus ou moins faillibles, qui constituent le seul moyen d'apprécier la nature pathologique des actes et des propos d'un psychopathe.

L'importance ajoutée à cette recherche a sa naïve expression dans la disposition typographique de certaines feuilles d'observation, où le cadre réservé à l'examen des divers appareils nerveux individuellement énumérés contient à lui seul une place plus grande que le cadre destiné à l'examen mental proprement dit. Elle est encore invoquée parfois dans les concours contre un candidat non désiré, qui a négligé d'éblouir les pupilles ou de marteler les genoux du quérulant typique ou du paranoïaque réticent qu'il a eu comme malade.

A vrai dire, la liste des signes physiques d'ordre neurologique, susceptibles d'être enregistrés avec exactitude chez de tels malades, est moins grande que chez les sujets à mentalité normale. Tous les phénomènes, en effet, dont la production nécessite la collaboration intellectuelle de l'examiné risquent d'être entravés ou altérés par sa *réaction psychique à l'égard de l'examen lui-même* : peur, incompréhension, résistance, agitation, etc. Cette éventualité est presque fatale dans l'exploration de la sensibilité, de l'équilibre, du fonctionnement des sens, enfin dans l'exécution sur commande des mouvements. De sorte que le tremblement, la réflectivité, la forme des pupilles, la vasomotricité, la trophicité, le liquide céphalo-rachidien constituent presque le seul terrain où l'on puisse observer des réactions qui échappent à l'influence immédiate de l'*état mental momentané*.

Mais même sur ce terrain, les données de l'investigation neurologique sont loin d'apporter toujours à la psychiatrie une aide rapide et puissante. Il suffit de pratiquer systématiquement la recherche de ces anomalies physiques des fonctions nerveuses sur des aliénés pris au hasard, comme nous l'avons fait sur 100 sujets, pour se rendre compte à la fois du temps qu'il faut dépenser avant d'avoir obtenu du sujet la résolution musculaire, la passivité, la docilité nécessaires à cet examen, ainsi que de l'imprécision des résultats de celui-ci. On n'est pas surpris alors des contradictions apportées par les auteurs qui étudièrent la question. Comme, contrairement à l'espoir que nous avons lorsque nous les avons entreprises, nos recherches n'apportent aucune clarté, nous nous abstiendrons de les publier. Nous nous contentons de rapporter succinctement les conclusions que nous inspira leur confrontation avec les travaux parus.

a. TREMBLEMENT. — Il est signalé dans la mélancolie, la confusion mentale, la démence précoce, l'alcoolisme, la démence sénile, la paralysie générale, mais sans caractères bien distinctifs, sauf pour la P. G. Dans celle-ci (1), il est fibrillaire, à petites oscillations de nature paralytique plutôt que spasmodique. En somme,

partout où on le rencontre, il est fonction de l'épuisement, de l'intoxication, de l'émotivité, de la sénilité ou de lésions. Il ne fait pas partie intégrante du syndrome mental, il dépend d'une cause parfois surajoutée. Sa présence, en ce qui concerne la mélancolie, la confusion mentale, la démence précoce, la démence sénile, n'aide pas au diagnostic. Elle doit être prise en considération néanmoins, à cause des indications pathogéniques et thérapeutiques qui en découlent.

L'embarras de la parole, si typique du paralytique général, est la traduction du tremblement de sa langue. Il a pour cause, comme lui, la répartition de la méningocéphalite diffuse par rapport aux voies motrices. C'est pour cela que des troubles plus ou moins analogues peuvent être conditionnés par des lésions différentes, mais de même siège : sclérose en plaque, épilepsie, artériosclérose, etc.

b. RÉFLECTIVITÉ CÉRÉBROSPINALE. — Avant la guerre, on croyait que le réflexe cutané passait par le cortex, tandis que le réflexe ostéotendineux ne franchissait pas la moelle. Cela pour plusieurs raisons. La réponse à l'excitation du premier est beaucoup plus lente que ne l'est celle du second (de 5 à 1 dit Piéron). Scherrington, enlevant à un singe l'écorce motrice d'un hémisphère, amène la disparition instantanée de la réflectivité cutanée, et non de la réflectivité ostéotendineuse du côté opposé du corps. En clinique, il est des affections radiculomédullaires, comme le tabes, où le réflexe achillien est aboli, alors que le cutané plantaire n'est pas modifié. Enfin, il y a souvent dans l'hémiplégie abolition des réflexes cutanés, alors que les réflexes ostéotendineux sont exagérés du côté paralysé.

Toutes ces considérations permettaient de supposer que c'est sur le réflexe cutané que devraient retentir le plus directement les maladies mentales, si toutefois il y avait retentissement de celui-ci sur la réflectivité cérébrospinale.

Mais les blessures multiples observées pendant la guerre ont prouvé que chez l'homme du moins, comme l'avait affirmé Déjerine (2) d'ailleurs, le centre de la réflectivité cutanée est médullaire. Plusieurs cas de

section complète de la moelle, semblables à ceux rapportés par Claude et Lhermitte (3), montrèrent le rétablissement des réflexes cutanés une fois disparus les phénomènes inhibitoires des premiers jours après le traumatisme.

En ce qui concerne les psychoses dites non organiques, c'est-à-dire celles dont les conditions biologiques ne sont pas encore établies, les auteurs ont abouti à des formules générales très vagues et très imprécises.

Dans la démence précoce, d'après Sérieux, Masselon (4), Deny (5), les réflexes cutanés seraient diminués. Pour Dide, cette diminution existerait avec une exaltation des réflexes ostéotendineux, et il en serait de même dans la stupeur mélancolique ou confusionnelle. D'après Ugaglia (6), cet antagonisme serait de règle chez tous les aliénés, et, de plus, il y aurait asymétrie latérale des réflexes, et le signe de Babinski serait positif quand il y a une lésion cérébrale. Régis (7) insiste au contraire sur la variabilité de ces signes.

D'autres réflexes du territoire cérébrospinal ont été recherchés sur les aliénés, sans plus de succès pratique, par des auteurs dont on ne sait si c'est leur patience à eux ou celle de leurs malades qu'il faut le plus admirer pour avoir mené à bien une manœuvre si délicate.

Aucune précision ne se dégage de ces études. La diminution du réflexe cutané par rapport au réflexe ostéotendineux, qui semble avoir été constatée chez les psychopathes vésaniques, est aussi de règle chez les hommes normaux.

En ce qui concerne les psychoses organiques, les traités signalent dans la paralysie générale tantôt, le plus souvent, l'exagération des réflexes ostéotendineux, tantôt leur abolition, tantôt leur normalité. C'est surtout leur exagération qui est indiquée dans l'artériosclérose cérébrale, les méningites et les tumeurs cérébrales. En somme, la forme de l'altération des réflexes tient au siège des lésions ou à leur retentissement soit sur le faisceau pyramidal (exagération), soit sur les racines ou la cellule médullaires (abolition), soit ailleurs (état normal).

Par conséquent, les altérations des réflexes, jointes à

d'autres signes neurologiques, prouvent qu'il y a lésion organique ; mais elles ne suffisent pas à affirmer que le trouble mental a la même lésion pour condition. Un cyclothymique, après avoir contracté la syphilis, pourra faire un accès de manie ou de dépression, sans aucun rapport avec la syphilis, qui, en se localisant sur ses racines postérieures, lui aura aboli le réflexe achilléen. Les caractères psychocliniques des troubles mentaux sont seuls capables de trancher le diagnostic.

c. RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE. — Parmi les réflexes du système autonome, nous n'envisageons que le réflexe oculo-cardiaque, comme étant le plus communément et le plus facilement recherché. Sa provocation, semble-t-il, devrait être plus à l'abri des erreurs que celle des réflexes précédents, puisqu'il est impossible à la volonté du sujet d'accélérer ou de ralentir le cœur.

En ce qui concerne les psychoses non organiques, ainsi que la débilité mentale, il serait normal, d'après Roubinovitch et Regnault de la Soudière (8). Pour les mêmes auteurs, il serait dans la démence précoce inversé dans 50 pour 100 des cas, tandis que Truelle et Mlle Boudier (9) l'ont trouvé aboli ou inversé dans 40 cas sur 40.

En ce qui concerne les psychoses organiques, il serait toujours ralenti ou inversé, pour Roubinovitch et Regnault de Soudière. Mais Lesieur, Vernet et Petzakis le trouvent exagéré dans la paralysie générale.

Dans l'épilepsie, il est exagéré, et surtout à l'approche des crises, d'après Lesieur, Vernet et Petzakis. Maillard et Codet (11), au contraire, nient cette exagération. Pour Vergara (12), il serait inversé après la crise.

Pour Vergara, il serait normal dans l'idiotie, l'imbécillité, la paranoïa, la perversité, la manie, l'épilepsie en dehors des crises. Il serait inversé dans 50 pour 100 des cas de démence précoce, de paralysie générale et de syphilis. Il ne serait exagéré que dans le délire alcoolique.

D'après les recherches de Tinel (13), Santenoise et Logre (14), l'exagération du R. O.-C. présagerait l'imminence de la crise maniaque, mélancolique ou épileptique, celles-ci ne se produisant que lors d'un état d'hypervagotonie et d'hémoclasie.

Ces désaccords entre les auteurs tiennent sans doute aux difficultés inhérentes à la provocation du réflexe, à l'intervention de la douleur et de l'émotion au moment de sa recherche, enfin aux variations individuelles énormes du seuil de la compression nécessaire pour le produire. Chez des sujets normaux, ce seuil varie de 600 à 800 g. d'après Barré et Crushem (15). Ajoutons que les neurologistes eux-mêmes sont loin de s'entendre sur sa valeur sémiologique et sur ses éléments anatomiques. Barré et Crushem admettent que les voies centripètes sont sympathiques et que le trijumeau lui-même n'y a aucune part ; lorsque la lésion du nerf nasal amène une disparition du réflexe, c'est à cause de la section des nerfs ciliaires qui lui sont accolés. Pour les mêmes auteurs, la voie centrifuge est bien le vague, mais le centre qu'ils ne savent où localiser ne serait sûrement pas le bulbe, car aucun des malades atteints d'affections organiques bulbaires qu'ils observèrent ne présenta une diminution de ce réflexe. Enfin, ils ont trouvé de formidables variations du R. O.-C. chez des individus parfaitement sains.

Il n'est donc pas étonnant que la signification de ce réflexe en pathologie psychiatrique ne soit pas précisée, puisqu'elle n'est pas encore établie en physiologie même.

d. FORME DES PUPILLES. — L'inégalité pupillaire a été décrite dans différents syndromes mentaux, notamment la démence précoce (Dide et Chenais, Mignot (16), Sérieux et Masselon (17), Régis). Elle a été signalée comme variant d'un jour à l'autre dans la confusion mentale par Chaslin, Séglas, Régis. Ses rapports fréquents avec la syphilis sont prouvés par le fait que Merklen et Legras (18) ont vu que 19 sujets ayant une inégalité pupillaire sur 25 ont en même temps une réaction de Wassermann positif du sang et du liquide céphalo-rachidien.

La déformation pupillaire aussi a été constatée dans la paralysie générale, Mignot, Schrameck et Parrot, — dans la stupeur catatonique, Westphal.

Mais on sait que l'inégalité et la déformation pupillaires peuvent être la séquelle d'une affection oculaire

guérie, et que la première peut avoir pour cause l'existence d'une minime altération du sympathique ou des voies motrices qui conduisent les impulsions aux muscles iriens.

e. SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON. — L'abolition de la contraction de la pupille à la lumière et sa conservation à la convergence et à la vision de près a une très grosse importance. Très fréquemment, ce signe est preuve d'une syphilis nerveuse, et l'on doit toujours songer à la paralysie générale ou à une encéphalopathie syphilitique. Dans ces cas, il y a réaction positive de Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, et l'on note en outre de la lymphocytose.

Mais il a été constaté chez des aliénés qui étaient indemnes de cette affection. C'était le cas d'un débile mental mégalomane de Séglas et Cotard (19).

On sait, en effet, maintenant que l'étiologie de ce signe est multiple. Les traumatismes, la commotion cérébrale, certaines affections oculaires, et, d'après Duverger et Redslob (20), même la fatigue peuvent le produire. Pour ces auteurs, en effet, cette dissociation de l'indocilité de l'iris à la lumière et de sa docilité aux mouvements de convergence et de vision de près tient à ce que les incitations lumineuses sont moins fortes que les incitations d'accommodation. Les premières, venant de l'extérieur par la rétine, déclenchent un vrai réflexe. Les secondes, venant de la corticalité, font partie de l'effort voulu pour regarder, effort qui commande à tous les muscles de l'attention, c'est-à-dire aux frontaux, et aux muscles extérieurs de l'œil, aussi bien qu'à sa musculature interne. La contraction à la vision de près est un mouvement associé et non un réflexe.

Quoi qu'il en soit, les acquisitions récentes de la neurologie et de l'ophtalmologie inclinent donc à diminuer la valeur nosographique du signe d'Argyll-Robertson en psychiatrie. Elle reste énorme néanmoins.

f. TROUBLES VASOMOTEURS. — Le dermographisme que l'on considérait comme un stigmate d'hystérie peut se trouver chez tous les psychopathes idiots, imbéciles

[Séglas et Darcagne (21)], alcooliques, déments précoces, épileptiques. Il ne signifie rien autre qu'une irritabilité extrême des vasomoteurs.

Les œdèmes et la cyanose des extrémités ont été signalés dans les cas de stupeur surtout confusionnelle ou dementielle. Ils y seraient fonction en partie de l'immobilité du sujet. Des œdèmes localisés et transitoires ont été signalés dans la paralysie générale par Klippel et Vigouroux (22). Mais de pareils phénomènes se voient en dehors des états psychopathiques chez des individus ou cachectiques, ou dont le rein et les glandes endocrines et circulatoires fonctionnent mal.

Ces mêmes remarques sont à faire pour les troubles trophiques de n'importe quel tissu : adipose, myxœdème, maladie de Dercum, de Recklinghausen, etc.

g. Quant au LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN, son étude, en raison de l'importance des données qu'elle fournit, sort du cadre de ce travail, dont le but principal est d'établir la manière dans laquelle, lors du premier examen d'un psychopathe, l'exploration neurologique contribue à l'établissement du diagnostic.

CONCLUSIONS. — Les données de la recherche des signes objectifs d'ordre neurologique chez les aliénés exigent, pour être complètes, une série plus ou moins nombreuse d'examens, à cause de la réaction psychique du malade à l'égard de cette recherche.

Ces données, même quand elles sont complètes, ne fournissent jamais une formule permettant de distinguer entre elles les psychoses vésaniques.

Pour les psychoses organiques, il est vrai que certaines d'entre elles s'accompagnent fréquemment d'une formule neurologique fixe : exagération des réflexes ostéotendineux, tremblement, inégalité pupillaire, embarras de la parole dans la paralysie générale, — Argyll-Robertson, déformation pupillaire dans la syphilis cérébrale, — exagération des réflexes ostéotendineux, vertiges dans l'artériosclérose cérébrale, — Argyll-Robertson, abolition des réflexes ostéotendineux dans le tabes. Mais la présence de cette formule ne suffit pas pour intégrer le trouble mental concomitant dans le même cadre nosologique qu'elle. Ce sont les caractères psy-

chopathologiques intrinsèques du trouble mental qui permettent d'affirmer sa liaison avec les troubles neurologiques simultanément constatés et de voir dans lui et dans eux la double expression d'une même maladie.

C'est dire que, malgré toute la grande valeur du secours que lui apporte l'exploration neurologique, le temps est loin encore où le psychiatre pourra demander à ses sens le soulagement de son esprit critique. C'est cette vérité qu'exprimait Dupré en disant que le diagnostic de la paralysie générale est surtout un diagnostic psychologique. Et c'est elle que proclamait à nouveau M. Henri Colin au Congrès de Besançon en affirmant la suprématie de la clinique psychiatrique proprement dite sur toutes les autres méthodes.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) SOLLIER et COURBON. *Sémiologie pratique des maladies mentales*, Masson, 1924. — (2) DÉJERINE. *Sémiologie des affections du système nerveux*, Masson, 1914. — (3) CLAUDE et LHERMITTE. Section complète de la moëlle. *Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, novembre 1918. — (5) DENY. La démence précoce. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Pau 1904. — (6) UGAGLIA. *Rivista italiano neuro-pathol.*, juillet 1921. — (7) RÉGIS. *Précis de psychiatrie*, Doin, 1914. — (8) ROUBINOVITCH et REGNAULT DE LA SOUDIÈRE. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, mai 1914. — (9) TRUELLE et BOUDERLICQUE. *Annales médico-psychol.*, 1916. — (10) LESIEUR, VERNET et PETSETAKIS. *Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, mars 1914. — (11) MAILLARD et CODET. *Société de psychiatrie*, juin 1914. — (12) VERGARA. *Il Cervello*, Naples, avril 1922. — (13) TINEL et SANTENOISE. *Société de psychiatrie*, 1921. — (14) LOGRE et SANTENOISE. *Congrès de Quimper des aliénistes et neurologistes*, 1922. — (15) BARRÉ et CRUSHEM. *Congrès des aliénistes et neurolog. de Strasbourg*, 1920 et *Société de neurologie*, novembre 1923. — (16) MIGNOT, SCHRAMECK et PARROT. *Encéphale*, 1907. — (17) SÉRIEUX et MASSELON. *Ann. médico-psych.*, 1902. — (18) MERCKLEN et LEGRAS. *Société médic. des hôpitaux de Paris*, mars 1913. — (19) SÉGLAS et COTARD. *Société de psychiatrie*, juillet 1908. — (20) DUVERGER et REDSLOB. *Journal d'Oto-neuro-oculistique de Strasbourg*, 1923. — (21) SÉGLAS et DARCANNE. *Ann. médico-psychol.*, 1902. — (22) KLIPPEL et VIGOUROUX. *Ann. médico-psychol.*, 1903.

Documents Cliniques

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FOLIE GÉMELLAIRE PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE CHEZ DEUX SŒURS JUMELLES ⁽¹⁾

Par MM. R. LEROY et P. SCHUTZENBERGER

Médecin en Chef

Interne

à l'Asile de Maison-Blanche

Le professeur Ball, qui a consacré une longue étude à la folie gémellaire (2), écrivait : « Il est... certains jumeaux qui montrent soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la physionomie et de l'expression du visage, soit au point de vue de la maladie et de la santé, une ressemblance tellement parfaite qu'elle semblerait conduire à l'identité. Ce n'est pas seulement au point de vue extérieur que ces ressemblances s'accusent, c'est aussi, c'est surtout au point de vue de l'organisation intime du système nerveux et des conséquences physiologiques qui en découlent. » Cette identité morphologique, psychologique et pathologique se retrouve en tous points chez les deux sœurs, dont nous avons l'honneur de vous rapporter l'observation.

Le mot de folie gémellaire n'a pas été employé exactement dans les mêmes limites par Ball et par Soukhanoff, les principaux auteurs qui se sont occupés de

(1) BALL, SOUKHANOFF et FOUQUE dans leurs études d'ensemble ont donné la bibliographie complète de la folie gémellaire ; nous ne la reproduirons pas. Rappelons seulement que DEMAY dans sa thèse (le plus récent travail sur la question) a rassemblé 41 observations, auxquelles il faut en ajouter deux dues à CULLERRE, une due à WILCOX ; ce qui ferait, de notre communication, le 45^e cas.

(2) BALL. *Encéphale*, 1884, p. 385.

cette question ; aussi croyons-nous utile de rappeler les termes caractéristiques que Ball assignait à cette maladie :

- 1° Simultanéité de l'explosion des accidents.
- 2° Parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychologiques.
- 3° Spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui s'en trouvent atteints.

Pour Soukhanoff, le développement simultané de la maladie mentale chez les jumeaux n'est pas nécessaire pour prononcer le nom de folie gémellaire et, pour illustrer son opinion, il prend pour exemple le cas de deux jumelles « vivant ensemble dans des conditions identiques ; puis l'une d'elles se marie plus tôt, l'autre plus tard ; l'une a des enfants, l'autre n'en a pas ; l'une est heureuse dans sa vie conjugale, la seconde ne l'est pas. Malgré la ressemblance de l'organisation et malgré une prédisposition morbide identique, la même maladie peut se développer chez les deux sœurs jumelles, mais dans un temps différent, ce qui peut dépendre de diverses conditions de leur vie ; tout de même, dans des cas semblables, il faut envisager la psychose comme folie gémellaire » (1). Le cas que nous rapportons offre avec l'exemple figuré de Soukhanoff de frappantes analogies.

HISTOIRE DE LA FAMILLE E.

Grand-père *paternel* de bonne santé habituelle, mort à 80 ans ; grand'mère morte à 40 ans environ, vraisemblablement tuberculeuse.

De cette union naquirent :

- 1° Deux jumeaux, actuellement âgés de 60 ans, bien portants, qui, célibataires, n'eurent pas d'enfants.
- 2° Le père de Louise et de Marcelle.
- 3° Deux jumelles qui n'eurent pas d'enfants.
- 4° Une fille bien portante, âgée de 57 ans, qui eut à son tour un fils bien portant et une fille. Cette enfant, cousine germaine de nos malades, atteinte de *convulsions* dès son enfance, fut en dernier lieu soignée à Broca, puis à Saint-

(1) SOUKHANOFF. *Annales Médico-Psychologiques*. 1900, p. 214.

Louis par M. Ravaut, et très considérablement améliorée par un traitement au Gardénal.

Du côté *maternel* : grand-père mort à 52 ans d'accident ; grand'mère morte d'un cancer au sein ; de cette union naquirent :

1° Une fille, mariée, mère de deux enfants normaux et bien portants, qui, étant neurasthénique, se pendit à son retour d'âge.

2° Une fille, bien portante (?), qui eut plusieurs fausses couches, dont une *gémellaire*.

3° La mère de Louise et de Marcelle.

4° Une fausse couche *gémellaire*.

Le père de nos malades exerça longtemps à Paris le métier de débitant de tabac-marchand de vins ; il est encore vivant et ne paraît pas avoir dépassé, ni même atteint, le degré d'alcoolisme habituel à sa profession. La mère est bien portante. En plus de Louise et de Marcelle, ils eurent une fille aînée morte, à 8 mois, d'hypertrophie du cœur (?) ; la mère fit une fausse couche.

En résumé, nous voyons qu'en ne poussant pas nos recherches au delà des cousins germains, nous trouvons :

du côté *paternel* : 2 grossesses gémellaires, une épileptique.

Du côté *maternel* : plusieurs fausses couches, dont 2 gémellaires, un suicide.

Après une grossesse normale, évoluant sans incident, l'accouchement eut lieu le 10 mars 1895. Présentation par les pieds, version ; tout se passa bien avec l'aide d'une sage-femme. Il n'y aurait eu qu'une poche des eaux. Aucun renseignement sur le délivre. Poids à la naissance sensiblement égal. Alimentation au sein de courte durée, puis au biberon.

Nous avons cherché à connaître les différentes étapes du démembrement des qualités de nourrissons et de l'acquisition journalière des fonctions psychiques chez nos deux jumelles. Nous n'avons pu obtenir à cet égard que peu de précisions : première dent et premier mot, aucun renseignement ; premiers pas vers 14 mois pour toutes deux ; Marcelle est propre de bonne heure, Louise urine au lit la nuit par intervalles jusqu'à 12 ans. Louise, enfin, semble avoir eu des convulsions, vraisemblablement cloniques, vers deux ans.

Si insuffisants que soient ces renseignements, auxquels M. André Collin attache une si grande importance pour le

développement et le devenir de l'enfant, ils nous permettent de penser à une fragilité du système cérébro-spinal de Louise.

Menstruation établie vers 12 ans 1/2 chez Marcelle, deux mois après environ chez Louise.

Alors que l'on observe fréquemment chez des jumeaux une similitude complète de caractère et de sentiments, nous verrons chez Louise et Marcelle une certaine dissemblance se manifester dès l'école. D'intelligence au-dessous de la moyenne, débiles mentales, elles suivront difficilement leurs camarades d'études. Louise se montre beaucoup moins studieuse et n'obtient pas son certificat d'études, que Marcelle n'arrive à passer qu'après avoir suivi les cours du soir.

Le caractère de Louise paraît avoir été plus difficile que celui de Marcelle, elle est « plus dure », nous dit la mère, elle était plus « nerveuse » ; c'est elle qui commandait, dirigeait les jeux, faisait faire des sottises à sa sœur.

Jeunes filles, elles sont placées comme apprenties chez une couturière, Marcelle donne toute satisfaction. Il est loin d'en être de même pour Louise, qui, sous prétexte de réassortiments, de courses à faire, quitte l'atelier, souvent des journées entières, et va se promener. Le mariage de Louise, à 17 ans, sépare momentanément les deux sœurs. Pendant la guerre, elles travaillent toutes deux en usine, manipulent des produits chimiques : éther, benzine... Louise et plusieurs ouvrières ont des crises sur lesquelles nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

(A suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1923

Présidence de M. ANTHEAUME, Président

1^o ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. le Secrétaire Général annonce à l'Assemblée que les dernières formalités relatives au testament de M. Ritti ont été remplies hier. La fortune de M. Ritti est partagée entre l'Académie de Médecine et la Société Médico-psychologique, la Société Clinique de Médecine Mentale n'étant pas encore reconnue d'utilité publique.

Mme Ritti conserve l'usufruit de cette fortune et M. H. Colin exprime le vœu partagé par toute l'Assemblée qu'elle le conserve le plus longtemps possible.

Le Conseil d'administration aura prochainement à s'occuper des modalités d'acceptation du legs de notre si regretté collègue, notamment pour ce qui regarde les droits de succession, et la création du prix fondé par M. Ritti.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport de la Commission des Finances. Comme d'habitude, cette lecture est reportée à la séance de janvier.

Election des membres du Bureau pour 1924

M. Truelle, vice-président, devient de droit président.

Election d'un Vice-président

Nombre de votants : 22.

Ont obtenu :

MM. Roubinovitch	19 voix, élu.
Mignot	1 —
Bulletins blancs	2

M. Roubinovitch est élu vice-président de la Société pour l'année 1924 et sera de droit président en 1925.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants : 20.

M. Colin 19 voix, élu.
Bulletin blanc 1
M. Henri Colin est réélu secrétaire général.

Election des Secrétaires des séances

Nombre de votants : 21.

Ont obtenu :

MM. René Charpentier 20 voix, élu.
Mignard 20 voix, élu.
MM. René Charpentier et Mignard sont élus secrétaires des séances.

Election du Trésorier

Nombre de votants : 22.

M. Raymond Mallet 22 voix, élu.
M. Raymond Mallet est réélu trésorier de la Société.

2^o SÉANCE ORDINAIRE

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

M. ANTHEAUME. — La Société Médico-Psychologique paie, cette année, un lourd tribut à la mortalité.

A la séance de fin juillet, votre Président avait l'immense regret d'apprendre la mort inattendue de Ph. Chaslin, l'un des meilleurs artisans de la prospérité de notre Compagnie, sans pouvoir — de par la volonté formelle du défunt — faire autre chose que mentionner dans notre *Bulletin* sa disparition tant était grande sa modestie ; aujourd'hui, la tâche pénible m'est échue d'annoncer la mort d'un Maître qui m'honora de son affectueuse amitié, G. Deny, qui vient de succomber en pleine activité intellectuelle à l'âge de 76 ans.

Avec lui disparaît quelques mois après Chaslin, l'un des plus dignes représentants de cette grande école scientifique des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière, qui depuis la deuxième moitié du siècle dernier n'a cessé d'exercer un rôle décisif sur l'évolution de la psychiatrie française.

Deny a exercé durant vingt ans passés une influence considérable sur la carrière ou les travaux de toute une génération d'aliénistes très distingués, qui aimaient à suivre les enseignements au lit du malade, de ce clinicien averti, de cet excellent psychiatre, toujours alerte et jeune d'esprit en dépit du progrès des années.

Sa bienveillance n'avait d'égale que son exquise courtoisie ; sa modestie était extrême.

Membre fondateur, puis président de la Société de psychiatrie, ancien président de la Société médico-psychologique, Deny a publié nombre d'intéressantes recherches dans les recueils de ces sociétés savantes.

Parmi ses principaux travaux, il faut citer surtout ceux sur la démence précoce, sur le traitement de l'agitation, sur les délires hypocondriaques, sur la psychose maniaque-dépressive, sur la cyclothymie, ses rapports aux congrès annuels des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Il fut président d'une session de ces congrès.

A mentionner aussi ses articles du *Traité international de psychologie pathologique*, et du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.

Préoccupé du traitement des aliénés, il avait dès son arrivée à la Salpêtrière supprimé totalement le régime cellulaire ; il avait réalisé dans son service les réformes les plus modernes pour l'époque, institué l'alitement, la balnéation et réussi les transformations les plus utiles au bien des malades.

Reçu à l'internat des hôpitaux en 1872, Deny commence par faire de la chirurgie notamment dans le service de Péan, avec qui il publie un travail intéressant sur le pincement des vaisseaux.

Puis il s'oriente vers la psychiatrie. Nommé, au concours, de 1881, médecin aliéniste des quartiers d'hospice de l'Assistance publique, il est successivement médecin adjoint, puis chef de service à Bicêtre d'abord, à la Salpêtrière ensuite où il reste jusqu'à la limite d'âge réglementaire de soixante-cinq ans qui le prive de son service en 1913, en pleine activité scientifique, sans qu'aucune distinction honorifique vienne récompenser cette belle carrière.

Journaliste apprécié, il fut longtemps un collaborateur assidu de la *Semaine médicale* et de l'*Encéphale*.

La psychiatrie française doit porter le deuil de ce savant de tout premier ordre, dont le grand mérite, pas plus que celui de son collègue Ph. Chaslin, n'a reçu de consécration officielle.

Que la famille de notre regretté collègue veuille bien agréer l'hommage de nos bien vives condoléances.

**

Avant de lever pour quelques instants, cette séance en signe de deuil, suivant une tradition de notre Compagnie qui honore ainsi la mémoire de ses anciens Présidents, je tiens, en raison des liens d'amitié réciproque qui unissent depuis longtemps les Aliénistes suisses et les Aliénistes français, à rendre hommage à la mémoire du Doyen des Aliénistes suisses, le docteur Auguste Chatelain, membre associé de la Société Médico-psychologique, décédé le 24 novembre. Notre regretté collègue a d'autant plus droit à notre sympathie attristée, qu'il avait eu le privilège d'être le plus ancien collaborateur de l'organe officiel de notre Société, des *Annales médico-psychologiques* auquel il collaborait dès 1866.

Auguste Chatelain s'est éteint, à l'âge de 85 ans, après une courte maladie. Né le 19 avril 1838, il fit ses études à Neuchâtel, puis acquit son doctorat en 1860. Après une année passée comme interne à Préfargier, il y rentra comme second médecin en 1864, puis passa directeur en 1872, poste qu'il remplit avec une rare distinction durant de longues années.

Une fois retiré de Préfargier, le docteur 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. Ses confrères le demandaient souvent en consultation pour sa spécialité ; on sentait chez lui le médecin qui avait beaucoup et bien observé et dont les avis s'appuyaient sur une longue expérience et un sens clinique très avisé.

Avec Chatelain disparaît une figure de savant caractéristique d'une époque dont les représentants deviennent de plus en plus rares.

Il repose maintenant dans le cimetière de Préfargier. Il a été accompagné à sa dernière demeure par quelques amis seulement et sans qu'aucun discours ait été prononcé sur sa tombe, selon son désir.

Que nos amis de Suisse reçoivent ici l'hommage de notre sympathie unanime pour le deuil qui les frappe en la personne d'Auguste Chatelain.



Je lève la séance en souvenir de notre très cher collègue et ancien Président de la Société Médico-Psychologique, Gaston Deny.

3^e REPRISE DE LA SÉANCE ORDINAIRE

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

M. le Secrétaire général : La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le D^r Mallet qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance,

des lettres de MM. Ch. Reboul-Lachaux et Santenoise qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants.

ELECTION DE DEUX MEMBRES TITULAIRES

Candidature de MM. Auguste Marie et Rodiet. Rapport de la Commission composée de MM. Vallon, Bonnet, G. de Clérambault, rapporteur.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Le D^r Marie, membre correspondant de notre Société depuis 1892, a obtenu successivement les titres d'interne et de prosecteur à Grenoble (1835 et 1886), d'interne des Asiles de la Seine (1887), d'aide de clinique aux Quinze-Vingts (1890), de médecin-adjoint des Asiles (1887), de médecin en chef (1896). La variété de ses curiosités et aptitudes lui a fait aborder pour un temps l'étude et la pratique du droit (licence en droit 1885, barreau de Grenoble 1886). Elles lui ont valu aussi de parcourir de nombreux pays

étrangers, de prendre part à de nombreuses publications de grande envergure, à l'organisation de nombreux congrès, à de nombreuses missions couronnées par les plus flatteuses distinctions. Mentionnons seulement sa part créatrice dans la fondation de plusieurs Colonies d'Assistance aux Aliénés, et sa part directrice dans le *Traité International de Psychiatrie et de Psychologie Pathologique*.

Le D^r Marie s'est intéressé un des premiers à la question des aliénés coloniaux.

Durant la guerre, médecin-major dans un régiment d'infanterie, le D^r Marie était blessé en novembre 1914, et obtenait 3 citations.

Ses travaux sur l'assistance aux aliénés sont trop nombreux pour être énumérés.

Dans ses travaux cliniques, nous remarquons le souci constant du substratum matériel, qu'il soit morphologique, chimique, bactériologique ou anatomo-pathologique.

Albumo-diagnostic, anticorps chez les P. G., chimisme chez les saturnins, ophtalmo-réaction, séro-agglutination et opsonisation, atoxyl, tels sont les thèmes de ses travaux de laboratoire. Examen morphologique des aliénés et des idiots, vision chez les idiots et chez les imbéciles, hyperthermie et accès comitiaux, troubles post-traumatiques, association d'érotisme et d'eunuchisme, sont des sujets plus strictement médicaux, en même temps que psychologiques. Dans le domaine de la clinique mentale proprement dite, le D^r M. a produit des travaux ayant une portée théorique ou offrant un intérêt de curiosité particulier. Etude sur quelques Symptômes des Délires Systématisés, Remarques sur l'état mental des Séniles, Un Persécuté avec hallucinations corrigées, les Folies Spirites. En collaboration avec M. le D^r Vallon : Délires religieux avec hallucinations visuelles et auditives, Psychoses Religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive, Note sur le Délire Mélancolique, Etude de quelques Obsessions, etc. Avec le regretté D^r Vigouroux, Spiritisme et Folie. Avec le D^r Bonnet, Hallucinations Synesthésiques, Faits cliniques concernant les Halluci-

nations, etc. Le pittoresque social se trouve dans ses études sur la Folie à la Légion Etrangère, sur Folie et Vagabondage, Anarchisme et Antisémitisme, Guérisons Miraculeuses, etc. — La note d'art ne manque pas dans cette œuvre si variée (études sur des œuvres anciennes).

Dans de nombreux domaines, le D^r Marie nous apportera un avis autorisé et une érudition précieuse.



Le D^r Rodiet, membre correspondant de notre Société depuis 1907, a été successivement externe des Hôpitaux (1893), de Charenton (1895), interne des Asiles (1896), interne des Ambulances de la Ville de Paris (1900), médecin-adjoint des Asiles (1901), directeur médecin de la Colonie Familiale des Aliénés de Dun-sur-Auron (1909), médecin-chef de l'Asile de Ville-Evrard (1920).

Il a, tant auprès de notre Société qu'auprès de l'Académie de Médecine, obtenu, pour mémoires spéciaux, 11 Prix ou Mentions Honorables.

Le D^r R. a étudié avec suite les Troubles Oculaires des Paralytiques Généraux ; il a publié sur ce thème 5 mémoires, soit seul, soit en collaboration avec les D^{rs} Dubos, Pansier, Cans et Bricka.

Il a étudié dans trois mémoires, avec les D^{rs} Pansier et Cans, les modifications oculaires dans les Ictus en général, puis spécialement dans les Etats Epileptiques (3 mémoires) et hystériques (2 mémoires).

Sur le terrain de l'Epilepsie, il a produit deux articles cliniques, l'un relatif au caractère des Comitiaux (collaborateur D^r Dupouy), l'autre relatif à l'hérédité alcoolique, et trois articles de thérapeutique concernant les ferments lactiques, le régime végétarien et les conditions d'efficacité du Bromure.

Dans le domaine des psychoses diverses, nous relevons une étude sur l'Etiologie de la Mélancolie (collaborateur D^r Masselon), une sur le traitement de la Mélancolie, une sur les rapports entre Délire Hypochondriaque et lésions organiques (collaborateur D^r Dalmas), une autre sur l'Hyperesthésie Corticale dans l'Alcoolisme Aigu, enfin une étude psychologique aussi approfondie qu'étendue sur les Enfants Alcooliques.

Préoccupé par les questions d'organisation et de gestion, le D^r R. a écrit de nombreux opuscules sur les Colonies Familiales, sur le recrutement des infirmiers, sur la séparation dans les Asiles des délinquants et des malades entrés par voie normale, enfin beaucoup d'autres articles inspirés par une connaissance approfondie de nos intérêts et de nos devoirs professionnels.

En résumé, ophtalmologiste, clinicien, administrateur, le D^r R. a eu une carrière bien remplie, et sa place est au milieu de vous.

Election

Nombre de votants : 26.

Majorité absolue : 14 voix.

Ont obtenu :

MM. Rodiet	16 voix, élu.
Aug. Marie	14 voix, élu.
Bulletins blancs	7

MM. Rodiet et Aug. Marie sont élus membres titulaires de la Société à la majorité des suffrages exprimés.

ELECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS

Rapports de Candidatures

M. LEROY. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Antheaume, de Clérambault et Leroy, rapporteur, à l'effet de vous exposer les titres et travaux scientifiques de M. le D^r Potel, médecin principal de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant national de notre Société.

Le D^r Potel n'est pas un aliéniste de carrière, mais il appartient au groupe de ces médecins de la marine qui, élèves de Régis, ont reçu l'empreinte du maître et sont venus, par lui, à la psychiatrie. Voici des années que ce confrère est des nôtres, ainsi que le montrent ses titres: chef des services de neuro-psychiatrie des hôpitaux de la marine (Bizerte 1914-1917; Lorient 1919-1923), médecin légiste pour les expertises mentales au tribunal de Lorient, expert à la Cour d'appel de Rennes, au Conseil de guerre et au Tribunal maritime de Lorient,

membre correspondant de la Société de médecine mentale.

Parmi ses travaux, nous ne nous occuperons ici que de ceux se rattachant à notre spécialité. Votre Commission lui est particulièrement reconnaissante d'avoir montré, avec la compétence que lui donnent ses fonctions, les graves erreurs et les bizarreries du *Barème officiel des pensions* dues aux malades de la grande guerre. « Malheureuses victimes des alcools frelatés, intéressantes épaves des cabarets, le chapitre des infirmités correspondantes va récompenser enfin votre précieux concours au commerce important des boissons. Foies surmenés, artères indurées, cerveaux éteints, estomacs fatigués par trop de libations, la Loi tutélaire veille sur vous ! » et l'auteur nous montre un alcoolique chronique, artério-scléreux, réformé avec une pension de 100 pour 100, plus une suspension du 17^e degré (*Presse médicale*, janvier 1922). Ce médecin de marine ne craint pas de dire ce qu'il pense, fussent les faiseurs de règlements en éprouver quelque amertume.

Le D^r Potel s'est particulièrement intéressé à la médecine légale. Dans une note sur la responsabilité atténuée (*Archives de médecine navale*, 1921), il nous prouve — après tant d'autres — que cette doctrine est une notion fautive et dangereuse procédant d'une hésitation dans le diagnostic et d'une immixtion, dans l'expertise, de considérations d'ordre philosophique ou sentimental qui regardent le juge. Restons médecins, cantonnons-nous sur un terrain solide où nous sommes les seuls compétents et laissons aux magistrats le dosage métaphysique de la responsabilité.

La simulation des maladies mentales devait forcément retenir l'attention du médecin légiste. En publiant quatre observations de simulateurs (*Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, 1922), le D^r Potel étudie les règles qui doivent guider l'expert en pareil cas et qui consistent surtout dans l'observation minutieuse du tableau clinique. « Ce tableau clinique offert par le simulateur à notre examen, différant plus ou moins des cas nosologiques reconnus, permet souvent, à lui seul, de faire le diagnostic. » On ne court guère le risque

de se trouver, dans une expertise, en face d'une affection mentale inconnue.

De plus, notre confrère est un humoriste et son amusant paradoxe sur l'encéphalite léthargique (*Archives de médecine navale*, 1923) nous démontre que nous avons ici-même parlé longtemps pour ne rien dire, puisque cette maladie si renommée n'existe pas.

Nous relaterons, enfin, un article, non encore paru, sur les délires systématisés, article psychologique très intéressant où l'auteur cherche à établir la pathogénie de ces troubles mentaux irrémédiables, alors que, par une étonnante contradiction, aucun signe objectif ne s'offre à l'examen, ni à l'autopsie. « Comme dans l'hystérie, il s'agirait d'un trouble du dynamisme cérébral, dont le rôle est de grouper et de coordonner, à notre insu, les éléments mentaux... d'un système nerveux mal isolé, accessible par induction à des influences extérieures qui ne devraient pas normalement y arriver. »

Le D^r Potel est un laborieux, un médecin légiste de grande expérience, un esprit chercheur et original. Votre commission est unanime à juger que sa collaboration nous sera précieuse, principalement dans les questions si importantes des réformes militaires, et qu'il est digne d'être nommé membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.



M. TOULOUSE. — Vous avez nommé une commission composée de MM. Claude, Dumas et Toulouse rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. Hesnard au titre de membre correspondant de la Société.

Bien que jeune encore M. Hesnard a déjà fourni une œuvre considérable. La liste de ses travaux ne compte pas moins de 115 publications et mémoires originaux et une dizaine de volumes.

Médecin de la marine militaire, M. Hesnard s'est orienté de très bonne heure vers la psychiatrie. Comme assistant de Régis, comme professeur à l'École principale du Service de Santé navale à Bordeaux, M. Hesnard dispose depuis longtemps d'une grande richesse

d'éléments cliniques. Il a su montrer dans des communications nombreuses tout l'intérêt des cas particuliers, sans manquer d'en tirer aussi des conclusions générales. Ses idées sont condensées dans plusieurs livres remarquables à la fois par des conceptions synthétiques, originales et par une étude minutieuse des détails. Très érudit, M. Hesnard n'ignore aucun détail important du mouvement psychiatrique contemporain, en France comme à l'étranger. Ses livres sont à ce point de vue une mine d'indications précieuses.

M. Hesnard a fait des travaux de neurologie et s'est notamment intéressé à des questions d'électrologie, d'électro-diagnostic et d'électro-thérapeutique. Son activité pendant la guerre a été intense à ce point de vue, comme en témoignent une dizaine des publications énumérées dans son exposé de titres (1).

Toujours étroitement inspirés de son activité professionnelle de médecin de la marine, nous citerons ses travaux de médecine légale militaire sur des cas de désertion pathologique, les intéressantes expertises psychiatriques qu'il a publiées, ses rapports sur l'éducation physique dans les divers centres maritimes, ses études de psychoses dans la guerre navale (2).

Mais l'activité principale de M. Hesnard s'est exercée dans le domaine de la clinique psychiatrique et de la psychologie pathologique.

Parmi ses travaux de clinique psychiatrique pure,

(1) L'électrosémiologie en neurologie de guerre (*Rapport de la réunion des chefs de secteurs de l'Afrique du Nord*, Alger, mai 1917). Le traitement des lésions des troncs nerveux par la radiothérapie des cicatrices nerveuses. (*Archives d'électricité médicale*, 10 et 25 septembre 1916. *Archives de Médecine navale*, décembre 1917), etc...

(2) Vols., abus de confiance et absence illégale chez un officier de Marine. Rapport médico-légal. En collaboration avec SANTELLI. (*Arch. d'anthropologie criminelle et de médecine légale*, 15 février 1911). — La fausse simulation des troubles mentaux chez les aliénés militaires. (*Caducée*, 24 janvier 1914). — Un cas de désertion chez un perversi sexuel. (*Arch. de Médecine navale*, mai-juin 1921). — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. (*Congrès des Alién. et Neur. du Puy*, 1913. *Revue de Psychiatrie*, avril 1914). — Les troubles nerveux et psychiques de la guerre navale. (Rapport à la réunion des chefs de secteurs de l'Afrique du Nord, novembre 1918. — Rapport pour le prix de médecine navale, 1920. (*Archives de Médecine navale*, 1920).

dont l'énumération est trop longue pour être donnée ici, je citerai surtout ses études sur les troubles psychiques de la grippe (1), sur les délires d'expression (2), sur les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (3); dans cette dernière affection, il a désigné d'un mot heureux le symptôme psychique prédominant sous le nom de « viscosité mentale ».

Au point de vue de la psychiatrie générale, M. Hesnard nous a apporté la première analyse de la doctrine psychiatrique de Bleuler (4). Il a étudié de même, comparativement, les différentes théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce (5). Ceci prouve que depuis longtemps (les travaux auxquels nous faisons allusion datent de 1913 et 1914) M. Hesnard s'intéresse aux questions qui retiennent le plus actuellement l'attention des psychiatres; c'est dire qu'il peut apporter dès à présent dans les débats entre aliénistes une documentation sûre et une expérience personnelle déjà ancienne.

M. Hesnard a étudié les lois du symbolisme (6), celles de la néo-productivité psychique morbide (7). Il a consacré des études récentes à la dépersonnalisation considérée comme une « maladie de l'attention intérieure », au sens du réel en psychologie pathologique (8).

(1) Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique. Mémoire de candidature à la Société de Médecine de Bordeaux. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1920). — Contribution à l'étude de la bradykinésie post-encéphalitique. *En collaboration avec le Prof. H. VERGER*. (Mémoire in *Encéphale*, juillet 1922).

(2) La doctrine psychiatrique de Bleuler. (*Congrès des aliénistes du Puy*, août 1913).

(3) Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, février 1914).

(4) La loi du symbolisme en psychiatrie générale. (*Congrès des aliénistes de Luxembourg*, août 1921. *Encéphale*, 1922).

(5) La néoproductivité psychique morbide. (*Journ. de Psychologie, N. et pathol.*, 1922).

(6) Une maladie de l'attention intérieure : La dépersonnalisation. (*Congrès de l'A. F. A. S. Section de psychologie expérimentale*. Strasbourg, 1920).

(7) Les troubles psychiques de la Grippe. *En collaboration avec POROT*. (*Paris Médical*, 2^e août, 1919).

(8) Le délire d'expression. (*Congrès des Alién. et Neur. du Luxembourg*, 1921).

Ce sont toutes ces études si diverses qui ont permis à M. Hesnard de publier récemment, dans *l'Encyclopédie scientifique* un volume sur l'Inconscient sur lequel j'ai eu l'occasion, dans une préface qu'il a bien voulu me demander, d'attirer l'attention des médecins et des psychologues. La conception que M. Hesnard a de l'inconscient est nettement biologique, organique et il reste dans cette étude le psychiatre et le psychologue expérimentateur qu'il ne cesse d'être dans ses autres travaux (1).

A un moment où la psychiatrie paraît s'orienter vers la médecine générale et la biologie M. Hesnard avec ses qualités d'analyste psychologique représente une des traditions les plus anciennes et bien françaises de la psychiatrie. Et cette diversité d'esprit et de méthode montre la grande complexité de la psychiatrie.

Une place toujours grandissante dans l'œuvre de M. Hesnard doit être accordée à ses travaux sur la psychanalyse. Il a joué en France, dans cette question, un rôle d'initiateur. Il a dès 1914 donné, avec son maître Régis, un exposé nourri et minutieusement documenté sur les doctrines viennoises. A ce moment le nom de Freud était quasi inconnu dans notre pays, et ses théories ignorées ou tournées en ridicule. M. Hesnard, après avoir soumis les idées de Freud à une critique serrée, semble aujourd'hui accepter davantage les théories psychanalytiques. Il vient de fonder un Recueil périodique d'études françaises de psychanalyse (2).

Bien qu'un peu éloigné par mon orientation personnelle des théories freudiennes je suis heureux de féliciter M. Hesnard pour l'examen critique qu'il en a fait, les voulant rendre accessibles à un public latin.

Le désir manifesté par M. Hesnard est en définitive flatteur pour notre Société et je vous propose de le nommer membre correspondant.

(1) L'inconscient. (*Biblioth. de l'Encyclopédie scientifique*. Doin, 1922).

(2) La psychoanalyse des névroses et des psychoses. (En collab. avec le prof. Régis), Alcan. — 1^{re} Edition 1914, 2^e édition 1921. — La psychoanalyse. (*Rapport au XXVII^e Congrès des aliénistes et neurologistes de Besançon*, 1923), etc...

M. TOULOUSE. Vous avez nommé une commission composée de MM. Claude, Lwoff et Toulouse, rapporteur, pour examiner la candidature de M. Targowla au titre de membre correspondant de notre société.

L'activité scientifique de M. R. Targowla, étendue sur une période de 8 années s'est manifestée par plus de 60 mémoires. Elle s'est exercée uniquement dans les Asiles de la Seine, où il fut successivement l'élève de nos collègues Leroy, Lwoff, Trénel. Il remplit actuellement les fonctions de chef de clinique chez le Professeur Claude, dont il est devenu l'élève et le collaborateur. Au cours de cette période il resta pendant deux ans mon collaborateur et j'ai pu apprécier la solidité de l'instruction, les qualités de jugement et le goût de la recherche qui lui apportent pour l'avenir les meilleurs gages de succès.

Ses recherches furent entièrement orientées vers la psychiatrie, considérée comme l'étude des réactions psychiques à des troubles de toutes les fonctions.

C'est ainsi qu'il a apporté plusieurs contributions à la pathologie des corps striés, entre autres un mémoire sur le premier cas publié en France de spasme de torsion (1).

De même il a cherché à isoler parmi les différents syndromes paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire gauche, une forme particulière, forme cérébrale à type d'excitation confusionnelle (2).

Parmi les publications consacrées plus spécialement à la clinique psychiatrique et à la psycho-pathologie, je citerai deux mémoires, parus dans *l'Encéphale*, sur les *Interprétations des symptômes pathologiques* : il s'agit d'une variété de délire d'interprétation, jusqu'ici peu étudiée, où l'origine des idées délirantes doit être cherchée dans les manifestations d'une affection somatique (3).

(1) LWOFF, L. CORNIL et R. TARGOWLA. — Spasme de torsion (dystonie lenticulaire) d'origine infectieuse. (*Revue neurologique*, décembre 1922).

(2) R. TARGOWLA. — « Folie cardiaque » et insuffisance ventriculaire gauche. (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, avril 1923).

(3) R. TARGOWLA. — Délire d'influence basé sur l'interprétation morbide des symptômes subjectifs dans 2 cas de tumeur cérébrale. (*L'Encéphale*, décembre 1919). — Le délire d'interprétation de symptômes pathologiques. (*L'Encéphale*, mai 1923).

M. Targowla a également donné une étude générale sur l'hallucinosité, à laquelle il rattache une forme clinique qui répond à la définition de MM. Séglas et Cotard, mais basée sur des hallucinations purement psychiques (1).

Les observations faites au front et dans les services militaires de Ville-Evrard ont été pour lui l'occasion de plusieurs études sur les troubles mentaux de guerre (2).

Les hasards de la clinique, au cours des ses différents stages, lui ont permis de publier en collaboration toute une série de contributions à l'étude des *fugues* (3). De même il a donné des études sur les délirés systématisés de la paralysie générale, l'onirisme sans confusion, etc...

Mais l'activité principale de M. Targowla a été dirigée vers les recherches biologiques dans leurs applications à la pathologie mentale. Presque tous ses travaux au cours de ces dernières années traitent de l'aide que les données du laboratoire peuvent fournir à une étude plus précise des symptômes et du pronostic cliniques. La même tendance se marque encore dans la recherche des divers syndromes fonctionnels pouvant conditionner les troubles psychiques. Cette tendance est celle de la psychiatrie actuelle qui vise à suppléer au défaut des lésions anatomiques des psychoses par une physio-pathologie mentale.

Mentionnons tout d'abord dans cet ordre d'idées des recherches de psychologie expérimentale que nous avons faites en collaboration et qui nous ont permis

(1) R. TARGOWLA et J. LEYBITZ. — De l'hallucinosité. (*Soc. méd.-psych.*, février 1923 et thèse LEYBITZ, 1923).

(2) R. TARGOWLA. — Note sur deux cas frustes de psychose « par éclatements d'obus » observés dans un corps de troupe. (*Annales médico-psychol.*, février 1919). — E. DUHOT et R. TARGOWLA. Troubles de l'émotivité provoqués par un bombardement prolongé à obus toxiques. (*Société méd.-psychol.*, juin 1919). — E. DUHOT et R. TARGOWLA. Essai sur la psychose émotive des bombardements. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, décembre 1919).

(3) TOULOUSE, MARCHAND et TARGOWLA ; TARGOWLA et CODET ; CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA : *Soc. clin. de méd. ment.*, Janvier, juin et juillet 1923 ; TARGOWLA et Mlle REVERCHON : *Paris médical*, 14 juillet 1923.

d'établir un test de l'effort mental susceptible de diverses applications cliniques (1). Au service de la Clinique du Professeur Claude, M. Targowla s'est associé aux recherches poursuivies sur le système neuro-végétatif.

Il a étudié d'autre part l'existence, au cours des psychoses aiguës et de certaines démences, d'une insuffisance rénale latente, secondaire, non liée à une néphrite. De même, en collaboration avec Mlle Badonnel ou seul, il a consacré plusieurs études au rôle de l'insuffisance hépatique dans les états mélancoliques, dans certains états délirants et dans les syndromes confusionnels. Ses conclusions confirment et élargissent les idées émises par M. Klippel sur la pathogénie du délire alcoolique et de la confusion. Elles tendent à établir l'existence d'un véritable « syndrome d'insuffisance antitoxique » et d'une électivité spéciale, pour la cellule cérébrale et ses fonctions psychiques, des poisons dus à l'insuffisance hépatique (2). Les recherches que M. Targowla a faites sur le sang (résistance globulaire et hémoglobulinémie, azotémie, etc...) sont à rapprocher de ces études sur le rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses.

Enfin depuis plusieurs années, M. Targowla s'est consacré avec prédilection à des études sérologiques du liquide céphalo-rachidien. Ses recherches sur le rôle des protéines dans la pathologie humorale, sur la valeur et sur le mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann, ainsi que sur des réactions colloïdales, l'ont amené à établir une réaction nouvelle très intéressante, celle de l'élixir parégorique, qu'il décrivit en 1921 et

(1) E. TOULOUSE et R. TARGOWLA. — Note sur les modifications de la pression artérielle dans l'effort mental. (*Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1921).

(2) R. TARGOWLA et Mlle BADONNEL. — Insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines dans la mélancolie. (*Soc. médico-psych.*, octobre 1921). — R. TARGOWLA. — L'azotémie et l'acidose dans la confusion mentale. (*Presse médicale*, 15 mars 1922). — R. TARGOWLA et Mlle BADONNEL. — De l'insuffisance rénale dans les maladies mentales. (*Presse méd.*, septembre 1923). — R. TARGOWLA. — Des troubles fonctionnels du rein dans les maladies mentales. L'excrétion de l'eau. (*Soc. méd. des Hôp.*, 30 novembre 1923). — R. TARGOWLA, Mlle BADONNEL et Mlle BERMAN. — La cholestérinémie dans les maladies mentales. (*1^{re} réunion biol. neuro-psychiatr.*, janvier 1923), etc...

dont plusieurs travaux français et italiens ont déjà confirmé la valeur (1).

Ces recherches, ainsi que d'autres sur l'urée, l'acétone, le sucre du L. C.-R., ont permis à M. Targowla une étude synthétique sur le syndrome humoral dans le zona, la sclérose en plaques. Pour cette dernière affection, la note qu'il publia avec M. Mutermilch fut le point de départ d'une série de travaux confirmatifs (2).

Ce syndrome humoral, il l'a étudié surtout dans la paralysie générale, il lui a consacré de nombreuses publications, parmi lesquelles sa thèse inaugurale, qui a été récompensée à la fois par la Faculté de Médecine et par l'Académie de Médecine. L'idée directrice, c'est que l'allure clinique de la maladie de Bayle est liée à l'intensité du processus inflammatoire plutôt qu'aux destructions anatomiques. Le syndrome humoral peut en donner une mesure suffisamment précise pour guider le pronostic et la thérapeutique : on peut comprendre ainsi les modalités évolutives de la maladie, les rémissions, les formes lentes ou fixées. Ainsi la démence serait fonction moins de la destruction parenchymateuse que de l'inhibition fonctionnelle du parenchyme cérébral par l'inflammation (3). Elle se relie à ce mouvement d'idées qui souvent ici a eu son écho à propos de l'auto-conduction, et qui tend à faire de la démence en général un trouble pour une grosse part fonctionnel.

Je tiens à remercier M. Targowla de l'aide qu'il m'a apportée dans l'organisation de mon Service ouvert, dont il fut avec Genil-Perrin un des ouvriers de la première heure. La même collaboration nous a encore réunis pour la rédaction de l'article « Prophylaxie

(1) Note sur une réaction de floculation du L. C. R. avec l'élixir parégorique. (*Soc. méd. des Hôp.*, juillet 1921). — Sur une réaction simple de précipitation du L. C. R. : réaction à l'élixir parégorique. (*Soc. de Biol.*, janvier 1922).

(2) R. TARGOWLA. — Sur le liquide céphalo-rachidien au cours du zona. (*Paris méd.*, novembre 1922). — R. TARGOWLA et S. MUTERMILCH. — Sur le syndrome humoral de la sclérose en plaques. (*Soc. de Biol.*, 28 octobre 1922).

(3) Le syndrome humoral de la paralysie générale, les modalités, sa valeur sémiologique. (*Thèse*, Paris, 1922).

(4) E. TOULOUSE et R. TARGOWLA. — L'état démentiel dans la paral. gén. (*Centen. de la thèse de Bayle*, 1922).

mentale » dans le *Traité de Médecine* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler que notre jeune confrère est le fils d'un de nos collègues d'internat des Asiles de la Seine, le D^r Jacques Targowla, qui fut pour moi un camarade de jeunesse. Et j'ai été heureux de reporter sur son fils les sentiments de grande affection qui me lient à lui.

La commission vous propose de nommer M. René Targowla membre correspondant de la Société.



Rapport de Candidature (1)

M. Marcel BRIAND. — Le Docteur Borel qui sollicite l'honneur de faire partie de la Société Médico-Psychologique au titre de Membre correspondant, n'est pas un inconnu pour notre Compagnie, car il a fait ici d'intéressantes communications.

M. Borel, externe des Hôpitaux, est devenu interne en médecine des Asiles de la Seine à la suite du concours de 1914. Il a été tout d'abord interne dans le Service du D^r Juquelier à Vaucluse.

Après la guerre, il reprenait ses fonctions d'abord à l'Admission (Service du D^r Marcel Briand) et, ensuite, à la Clinique (Service du P^r E. Dupré).

Nommé Médecin des Asiles au concours de 1921, il concourait l'année suivante pour le Clinicat et se faisait nommer Chef de Clinique adjoint dans le Service du P^r Henri Claude. Le concours de 1923 le faisait chef de Clinique titulaire.

Le D^r Borel frappe à votre porte, muni d'un important bagage scientifique. Il me suffira d'une simple énumération de ses nombreuses publications. Je les cite dans leur ordre chronologique en commençant par sa thèse inaugurale, intitulée : *Contribution à l'étude des réflexes dans la Démence précoce*.

Elle comprend une étude générale de la réflexivité

(1) Commission : MM. Henri Claude, Henri Colin et Marcel Briand (rapporteur).

dans la Démence précoce, avec recherche d'une formule de la réflectivité indépendante des diverses formes cliniques. Recherche en particulier de la fréquence du signe de Pilez et du signe de Lery dans cette affection. Application possible au diagnostic dans les cas difficiles.

Voici maintenant la liste de ses communications à diverses Sociétés savantes : *Bouffée délirante polymorphe chez un dégénéré de 15 ans*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, février 1920) ; — *Délire hypocondriaque chez un garçon de 16 ans*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, mai 1920). Ces deux communications ont trait aux délires des jeunes sujets et aux formes de début de la Démence précoce. — *Hypomanie avec onirisme nocturne chez un enfant de 9 ans à la suite d'encéphalite épidémique*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, juin 1920). Observation d'un enfant de 9 ans qui, à la suite d'encéphalite, présente des troubles mentaux durables consistant en troubles du caractère revêtant l'aspect d'agitation hypomaniaque à prédominance vespérale et nocturne, accompagnée d'onirisme visuel. — *Utilisation d'un débile par un professionnel du vol*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, novembre 1920). Observation d'un jeune sujet, débile intellectuel et moral, entraîné au vol et utilisé dans ce but par un professionnel du vol. — *Deux accès de Zoopathie interne chez le même malade. Guérison*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, juillet 1920). Observation d'un débile qui, à vingt ans de distance, a fait deux accès de zoopathie, fondés sur des interprétations morbides des troubles cœnesthésiques, et terminés chacun par la guérison spontanée. — *Pédophilie et fétichisme*, en collaboration avec le D^r Marcel Briand (*Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1920). Observation d'un fétichiste pédophile, et voleur de pantalons de fillettes, chez lequel on peut mettre en évidence le choc affectif qui paraît avoir fixé dès l'enfance la mo-

dalité du fétichisme. — *Accidents subaigus du Caféisme*, en collaboration avec le D^r Heuyer (*Société Clinique de Médecine Mentale*, juin 1922). Etude sur les accidents dus au caféisme aigu et chronique avec deux observations de caféisme subaigu caractérisés principalement par un état confusionnel accompagné de troubles dans le domaine du sympathique : troubles vasomoteurs, circulatoires et sécrétoires avec tremblement et spasme entraînant des phénomènes anxieux extrêmement accusés, et qui paraissent être l'élément dominant dans les accidents dus au caféisme aigu ou subaigu. — *Délire de rêverie*, en collaboration avec le D^r Heuyer (*Société de Psychiatrie*, mai 1922). Etude d'une forme particulière de psychose imaginative, différente de la mythomanie de Dupré et caractérisée par une rêverie où se complait le malade et apparaissant comme une compensation à une réalité pénible. — *Crises d'anxiété paroxystique chez un obsédé avec délire de doute métaphysique*, en collaboration avec le Professeur H. Claude (*Société Médico-Psychologique*, mai 1922). Observation d'un psychasthénique constitutionnel présentant des crises d'anxiété paroxystique accompagnées de délire de doute métaphysique avec tentatives incomplètes de suicide au cours des paroxysmes dans le but de vérifier les doutes. — *Démence traumatique chez un déséquilibré à type hypomaniaque*, en collaboration avec le Professeur H. Claude et le D^r G. Robin (*Société Clinique de Médecine Mentale*, février 1923). — *Bouffée délirante polymorphe à contenu symbolique*, en collaboration avec le Professeur H. Claude et le D^r G. Robin (*Société Médico-Psychologique*, octobre 1923). Essai d'explication biologique et psychologique d'une bouffée délirante polymorphe à prédominance d'idées érotiques paraissant en rapport avec la puberté. — *Une curieuse discordance. Evolution d'un état schizoïde*, en collaboration avec le Professeur H. Claude (*Société Médico-Psychologique*, février 1923). — *Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle*, en collaboration avec le Professeur Henri Claude (*Société Médico-Psychologique*, mai 1923). — *Considé-*

rations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque. Genèse des idées délirantes, en collaboration avec le Professeur Claude et le D^r G. Robin (Encéphale, octobre 1923).

Ces dernières présentations ou mémoires ont trait à certaines formes atypiques de D. P. où l'on ne peut trouver, malgré une longue évolution, un affaiblissement intellectuel appréciable. Ces cas ne sauraient être confondus avec le D. P. classique. Il s'agit ici de troubles mentaux, discordants, caractérisés par une dissociation intrapsychique avec intégrité des diverses fonctions. Evoluant lentement sur des prédisposés, chez lesquels on peut mettre en évidence une constitution spéciale qu'avec Bleuler on peut appeler la constitution schizoïde, il paraît dans ces cas s'agir non d'une affection acquise, non plus que d'un processus destructif, mais seulement d'une exagération morbide de la constitution de ces malades, survenant à la suite de chocs affectifs répétés et finalement entraînant une perte de contact avec la réalité et refuge dans la vie autistique.

Votre commission conclut à l'admission, dans notre Société, de M. le Docteur Borel comme membre correspondant. Nous aurons en lui un collègue instruit et très averti en notre spécialité.



M. VURPAS. — Messieurs, Vous avez nommé une commission composée de MM. Séglas, Sérieux et Vurpas, rapporteur, à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature du Docteur Codet au titre de membre correspondant.

Ses différents travaux ont porté à la fois sur les domaines de la neurologie, de la psychologie et de la psychiatrie.

Interne du Docteur Maillard, il poursuivit dans le domaine de celui-ci à l'Hospice de Bicêtre en 1920 une série d'études sur le gardénal comme moyen de traitement de l'épilepsie ; ces études aboutirent à un mémoire à l'Académie de Médecine qui lui décerna pour ce sujet le prix Herpin en 1921.

La même année, il présentait sa thèse de Doctorat en Médecine sur le Collectionnisme. Dans une très intéressante étude, il y examinait au point de vue psychologique et clinique les déterminants du collectionnisme, son développement, son évolution, sa transformation passionnelle. Il montrait les rapports du collectionnisme avec les éléments constituants de la personnalité mentale, à l'état normal, dans la dégénérescence, chez les aliénés, et s'appliquait à établir le diagnostic avec les pseudo-collectionnismes des aliénés ; enfin mettait en relief les applications médico-légales.

Depuis, le Docteur Codet s'est signalé par diverses présentations et communications : « hallucinations auditives avec délire minime » ; — « idées d'influence au cours d'un état mélancolique » ; — « délire de persécution bienveillante », dans lesquelles il insistait surtout sur les rapports des réactions délirantes avec le caractère individuel.

Il est enfin l'auteur de nombreux articles, comptes rendus, analyses ; en dehors des travaux de médecine générale et de médecine mentale publiés dès l'époque de son internat, nous rappellerons parmi les plus récents un article sur le freudisme : « Etude et exposé critique de la psychanalyse », publié en mai 1923 dans le *Progrès Médical*, un essai intitulé « les Amoureuses de médecins » paru dans la *Pratique médico-chirurgicale* en août 1923 et une « Revue des états mentaux de la femme enceinte » dans le *Progrès Médical* en décembre 1920.

La liste de ces travaux et de ces publications ne constitue pas les seuls titres de M. Codet. Interne des Hôpitaux de Paris, il fut — aussi bien comme provisoire que comme titulaire — attaché la plus grande partie de ce temps aux Services de Bicêtre et de la Salpêtrière. Son internat terminé, il se présentait avec succès au concours de l'internat des Asiles de la Seine, puis l'année suivante à celui de Médecin des Asiles. Il est enfin chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté, et à ce titre continue ses travaux et dirige des exercices pratiques d'examen de malades.

Le passé du Docteur Codet laisse prévoir un avenir

brillant dans le domaine scientifique où il se spécialise et je suis heureux de recommander sa candidature à vos suffrages.

Election

Nombre de votants : 24.

Majorité absolue : 13 voix.

Ont obtenu :

MM. Borel	22	voix, élu.
Codet	22	— —
Hesnard	21	— —
Potel	19	— —
Targowla	19	— —

MM. Borel, Codet, Hesnard, Potel et Targowla sont élus membres correspondants nationaux de la Société à la majorité des suffrages exprimés.

Sur quelques cas d'hypertrophie des glandes salivaires observés dans les affections mentales

Par MM. G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et M. CRAFFE

Nous avons eu l'occasion d'observer en peu de temps plusieurs malades qui présentaient une notable augmentation de volume des glandes salivaires, et en particulier des parotides. Recherchant dès lors cette anomalie avec plus d'attention, nous l'avons retrouvée dans un certain nombre de cas. Ce sont ces faits que nous vous soumettons aujourd'hui avec un essai d'interprétation.

Précisons tout d'abord qu'il ne s'agit pas ici de parotidites. Nos malades ne sont pas atteints d'affections aiguës ; ce ne sont pas des cachectiques. La peau de la région parotidienné ne présente pas de modifications et cette région est indolore. Il ne s'agit pas non plus de tumeurs. L'augmentation de volume est le plus souvent bilatérale ; la glande offre partout la même consistance ; on n'y constate pas de bosselures. Nous sommes

bien en présence d'une hypertrophie simple. Dans un cas, nous avons pu prélever un fragment de parotide que notre collègue M. Cuel a bien voulu examiner au point de vue histologique : le tissu parotidien était normal. Nous n'avons pas constaté de troubles quantitatifs de la sécrétion salivaire.

Notre statistique se compose actuellement de 22 cas :

Hypertrophie bilatérale des parotides, sous-maxillaires et sublinguales	1
Hypertrophie bilatérale des parotides et des sous-maxillaires	1
Hypertrophie bilatérale des parotides et des sublinguales	1
Hypertrophie bilatérale des parotides	16
Hypertrophie bilatérale des sublinguales	1
Hypertrophie unilatérale de la parotide	2

L'hypertrophie glandulaire est congénitale dans 11 cas, parmi lesquels 6 où l'affection est familiale. Chez les autres sujets la date du début n'a pu être précisée. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence. L'augmentation de volume est variable, mais toujours appréciable au palper. Elle ne présente aucune tendance à la régression.

Les affections mentales dont nos malades sont atteints sont les suivantes :

Débilité mentale	11
Débilité mentale avec épilepsie	1
Démence précoce et états discordants	5
Paralysie générale	2
Psychose hallucinatoire chronique	1
Délire polymorphe	1
Mélancolie	1

A quoi attribuer cette anomalie ?

Dira-t-on qu'il y a là simple coïncidence et que cette particularité peut se rencontrer au même titre chez les individus normaux ? Le syndromé physiologique d'hypertrophie salivaire existerait, d'après Frenkel (de Toulouse), 1 fois sur 200. Or, chez nos malades, ce chiffre devient 6 fois plus élevé ; il passe à 3 pour cent

et il est certainement au-dessous de la vérité, car nous n'avons pas procédé à une recherche systématique. Une telle différence ne paraît pas fortuite.

Notre statistique montre une prédominance de débilés : 12 sur 22, porteurs de malformations physiques diverses et, chez une partie tout au moins des autres malades, nous ne pouvons faire abstraction du terrain dégénératif. Il semble donc légitime de considérer ici l'hypertrophie des glandes salivaires comme un trouble dystrophique analogue aux autres stigmates de dégénérescence. Mais une telle formule a besoin d'être précisée. Certaines remarques, faites par d'autres auteurs, peuvent nous fournir, à ce point de vue, des indications utiles.

Nous voulons parler des hypertrophies parotidiennes signalées dans divers syndromes endocriniens : insuffisance génitale, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, syndromes pluriglandulaires. M. Dalché a insisté récemment sur ces faits qu'il a étudiés sous le nom d'hyperparotidie (*Presse Méd.*, 3 nov. 1920) ; il lui paraît vraisemblable que certaines affections parotidiennes doivent rentrer dans les syndromes glandulaires des endocrines. Pour MM. Léopold Lévi et de Rothschild, les glandes salivaires présentent sans doute une sécrétion interne, et ils citent comme argument en faveur de cette hypothèse, émise par Pagliani, les réactions des glandes salivaires à l'insuffisance thyroïdienne.

Nous arrivons ainsi à nous demander si l'hypertrophie des glandes salivaires ne serait pas ici en relation avec une perturbation endocrinienne, hypothèse d'autant plus plausible qu'on connaît la fréquence du dysfonctionnement endocrinien dans les maladies mentales. Cette hypothèse s'affirmerait plus nettement si nous pouvions déceler chez nos malades des symptômes indiquant l'altération des endocrines. Nous avons tenté cette recherche, mais nous avons rencontré certains obstacles tenant au milieu même où nous opérons : difficultés d'obtenir des renseignements sur l'état antérieur ; chez beaucoup de sujets, impossibilité de noter les troubles subjectifs ; chez d'autres, opposition à l'examen.

Quoiqu'il en soit, nous avons constaté : trois fois un syndrome d'hypothyroïdie (bouffissure du visage, œdèmes matutinaux, acrocyanose, raréfaction du système pileux, signe du sourcil, polyurie). Dans ces 3 cas le R. O.-C. était très exagéré (ralentissement variant de 20 à 40).

Dans deux cas, syndrome d'hyperthyroïdie. Chez un malade, corps thyroïde appréciable, yeux saillants, hyperémotivité morbide. Chez l'autre, le syndrome est plus fruste, mais le R. O.-C. est inversé (+ 16), le R. solaire positif (indice 5, — 1/2), l'épreuve à l'adrénaline augmente le nombre des pulsations et la pression artérielle.

Chez d'autres malades qui ne présentaient pas un syndrome aussi caractérisé, nous avons rencontré des signes qui pouvaient toutefois faire songer à une altération endocrinienne : obésité survenue rapidement et respectant les extrémités, hypertrichose, glycosurie, asthénie. Nous avons employé chez quelques-uns d'entre eux la méthode des tests biologiques, mais sans résultats bien nets. Notons que chez quatre malades (une débile, deux D. P., une délirante chronique), l'injection d'extrait hypophysaire nous a donné un résultat inverse de la réaction normale : légère accélération du pouls et augmentation de la tension.

Le réflexe oculo-cardiaque, que nous avons recherché chez la plupart de nos malades, s'est montré constamment exagéré (16 fois sur 17), et cela de façon très nette, avec souvent des arrêts du cœur de 2 et 3 secondes, et des ralentissements de 40 pulsations.

Nous insistons sur ce fait ; il paraît indiquer l'existence d'une relation entre le processus hypertrophique et un état particulier du système nerveux végétatif. Il y a donc une réaction neuro-végétative, le plus souvent dans le sens « vagotonique ». Ceci ne saurait surprendre, étant donnée l'innervation parasympathique des glandes salivaires. Ainsi s'expliquerait la bilatéralité habituelle de l'hypertrophie.

Nos observations ne nous permettent pas de dire s'il y a toujours atteinte concomitante du sympathique et des endocrines. Cette concomitance, nous avons pu l'établir dans un certain nombre de cas, mais non dans tous.

Quant à la cause initiale du syndrome, elle reste obscure. En raison de la fréquence de la tuberculose et de la syphilis chez les malades d'asile, nous avons songé à une étiologie de cette nature. Aucun de nos malades ne présente de localisation tuberculeuse ; 4 sont syphilitiques, mais chez 3 d'entre eux l'hypertrophie des glandes salivaires est congénitale alors que la syphilis est acquise. Chez les autres malades, nous avons recherché systématiquement la réaction de Wassermann : elle a été négative dans tous les cas sauf dans un où elle était douteuse, et nous n'avons pas noté de stigmates d'hérédosyphilis. Néanmoins, et eu égard au nombre d'arriérés qui figure dans notre statistique, nous n'avons pas cru devoir éliminer *a priori* l'étiologie syphilitique. Un rapprochement s'impose d'ailleurs entre nos observations et les cas de syndrome de Mikulicz d'origine syphilitique publiés depuis quelques années (de Jong et Joseph, Théodoresco, de Masary et Tockmann, Jeanselme). Certes nos malades ne présentent pas d'hypertrophie des glandes lacrymales, mais nombre d'auteurs, et en particulier le professeur Jeanselme, admettent que le syndrome de Mikulicz, imputable à la syphilis, peut se réduire à l'hypertrophie des glandes salivaires, et même des seules parotides, sans participation des glandes lacrymales. Dans un cas de maladie de Mikulicz publié par MM. Méry, Girard et Mercier-Desrochettes (*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921), ces auteurs ont constaté un état sympathicotonique et un syndrome polyglandulaire fruste, liés à une hérédosyphilis probable, et cet état de sympathicotomie leur paraît précisément susceptible d'expliquer la symétrie et l'électivité des lésions glandulaires.

En résumé, nous avons voulu mettre en lumière l'existence assez fréquente, dans les affections mentales, d'une hypertrophie des glandes salivaires, et l'association de cette anomalie à des troubles endocrino-sympathiques. L'hypertrophie des parotides en particulier, sans être toujours très apparente, est un symptôme facile à observer ; sa constatation devra orienter les recherches vers l'examen du système neuro-végétatif et des glandes à sécrétion interne.

Psychose verbo-motrice à trois phases cyclothymiques

Par M. REVAULT D'ALLONNES

Présentation de malade guérie

La personne qui va être introduite est guérie depuis deux mois d'une violente crise mentale de trois mois.

Elle appartient au type assez rare des verbo-moteurs purs. Les fausses réceptions verbales qui nuit et jour ne lui laissaient aucun répit étaient épigastriques, glottiques, buccales et mentales-articulatoires, sans mélange d'auditivité. Ses représentations verbales actuelles sont toujours sans mélange d'auditivité. Nous allons pouvoir l'interroger sur les unes et les autres.

D'autre part, c'est une cyclothymique. Guérie, elle reste légèrement euphorique, et c'était son état habituel antérieur.

Elle a déroulé une psychose en trois actes : phase mélancolique, phase mixte, phase hypomaniaque ; et pendant chaque période, une âme d'outre-tombe a parlé en elle, d'abord celle d'un mari accusateur et justicier, ensuite celle d'un ami complice et co-accusé, enfin celle d'un père rédempteur.

Cette psychose, nettement cyclique et verbo-motrice, ressemble foncièrement à tous les cas de fausses réceptions verbales foisonnantes, même à ceux qui ne sont pas nettement cycliques et à ceux où l'auditivité est développée. Le fond commun est un syndrome esquissé en octobre sous le nom de polyphrénie, et plus nettement dégagé à la séance de novembre. Il forme la constellation que voici :

1° *Fausses réceptions verbales incessantes*, qu'elles soient ou non auditives, que le nom d'hallucinations leur convienne plus ou moins bien ;

2° *Vol de la pensée*, à modalités multiples : « l'écho de la pensée » n'est qu'une de ces modalités ;

3° *Hétéro-impulsions*, c'est-à-dire impulsions (verbales et autres) provenant en apparence d'autrui ;

4° *Fausses personnifications*, portant sur les invisibles et sur soi-même ;

5° *Polymimie*, ou mimique pluri-personnelle : elle est bien distincte de la « paramimie », qui n'est qu'une asynergie (1).

Quelques mots sur la polymimie.

Cette dame a repris maintenant sa physionomie personnelle. Mais pendant sa maladie, non seulement dans les raptus, mais dans les intervalles, elle avait une mimique plurale, faite de réactions personnelles et d'influences hétéro-personnelles. Tantôt ses lèvres étaient à sa disposition, pour prononcer ce qu'elle avait à dire, et tantôt elles étaient à la disposition d'un mort, qui les empruntait. Ou encore, pour empêcher le mort de parler, elle comprimait avec la main ses lèvres, son cou, son épigastre, son crâne.

Sans vouloir charger l'ordre du jour, nous avons amené aussi un polyphrène polymime en activité, pour montrer sa mimique pluri-personnelle.

Voici l'observation de Mme Vve Ab, Jeanne, née en 1882.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION

Période initiale, 20 jours. — Mélancolie typique, avec agitation anxieuse, insomnie, état saburral, auto-accusation, indignité, ruine, nocivité familiale catastrophique, attente d'expiations monstrueuses, frénésie suicide. — Absence de toute fausse perception, soit de paroles, soit d'influences.

1^{re} péripétie : 1 mois 1/2. — Le délire mélancolique se complique de l'incessante perception d'une parole étrangère, épigastrique, glottique, buccale et mentale-articulatoire, sans auditivité. Cette parole étrangère formule et répète à satiété les idées de culpabilité, de ruine, d'indignité, de nocivité familiale, d'expiation, de suicide. Vol de la pensée sans auditivité : cette

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que nos premiers travaux publiés sur cette matière remontent à 1906 : « Le sentiment du mystère chez les aliénés », *Journ. de Psychol.*, 1906, et diverses communications à la *Soc. de Psychologie*, antérieures à la guerre. *Psychol. d'une religion*, 1 vol., 1907.

parole étrangère repasse toute la vie de la malade, annonce ses actes, anticipe ses pensées. Hétéro-impulsions verbales et autres : on la suggestionne, on la fait penser, parler et agir ; tentatives répétées de suicide, les unes par réaction personnelle, les autres hétéro-impulsives. Fausses personnifications : cette parole et cette influence viennent de son mari mort, justement courroucé ; elle-même est à la fois deux personnes, Jeanne Ab et Jeanne N (nom de son complice). Agitation anxieuse, douleur morale, insomnie, état saburral.

II^e péripétie : 15 jours. — Etat mixte, alternance et mélange de pessimisme et d'espoir. Ce n'est plus jamais le mari qui parle, c'est maintenant l'ami mort, coaccusé, coinculpé. Il partage ses responsabilités et ses craintes. Mais il la reconforte, il apporte quelque espérance. La douleur morale n'existe plus.

III^e péripétie, 1 mois. — Etat franchement hypomaniaque et euphorique. Ce n'est plus jamais le mari accusateur, ni le complice qui parlent, c'est le père mort, triomphalement consolateur, protecteur, directeur. Il proclame qu'elle a eu bien raison de s'évader de la chaîne conjugale, tout ce qu'elle a fait est bien fait, une vie de bonheur se prépare, avec remariage pour commencer.

Convalescence, quelques jours. — Toute parole mystérieuse s'est tue. La présence du bon guide continue à se manifester par des inspirations non verbales, et par un sentiment intime.

Guérison. — Inspirations et sentiment de la présence paternelle ont disparu. Il subsiste un entrain jovial, avec légère dépression au moment des règles, et c'est l'humeur habituelle de cette personne.

EXAMEN MENTAL APRÈS GUÉRISON

Deux points sont à noter :

1° Localisation épigastrique des émotions subites. Chaque fois qu'elle a un saisissement, une contrariété, elle sent un coup dans l'estomac, comme une contraction brusque. C'est elle qui, spontanément et à plusieurs reprises, a signalé ce fait, et établi une corrél-

lation avec l'une des localisations, épigastrique, de la parole des morts.

2° Absence d'auditivité mentale. Ses représentations verbales sont purement motrices. Elle n'imagine pas au fur et à mesure, le son.

Elle possède une bonne mémoire verbale, elle sait par cœur des morceaux de récitation. Priée de se remémorer un de ces textes, elle se recueille un moment, et prévient : « C'est fait ». Nous lui indiquons alors qu'elle a dû entendre en pensée cette phrase. Non, elle l'a, assure-t-elle, seulement sentie dans sa gorge et dans son estomac.

Elle possède également une bonne mémoire musicale, elle sait beaucoup de chansons et de romances. Mais c'est de la même manière qu'elle les évoque, par un procédé moteur. Le son n'est pas anticipé, le son n'est pas imaginé, il ne surgit que si elle chante, par l'audition de sa propre voix.

Peut-être est-il impossible d'écarter toute mémoire auditive. En tout cas, il ne peut s'agir ici que d'une mémoire auditive inconsciente, inutilisée par l'imagination consciente, ne se réalisant jamais en pensée, mais seulement devant les sons objectifs.

CONCLUSIONS

1. Nous avons évité le mot hallucination, et dit : « fausses réceptions verbales ».

Cette expression est préférable. Elle convient à tous les degrés d'apparente matérialité, et à toutes les espèces, auditives, motrices, mixtes.

Les fausses réceptions verbales incessantes expriment des pensées dont les unes, inacceptées, paraissent étrangères, et dont les autres, incorporées au sujet, paraissent être volées. Le mode présentatif contrairement au cas actuel, est généralement empreint, plus ou moins, d'auditivité. Quelquefois, rarement, et nous l'avons observé après M. Séglas, il est visuel, il consiste en une vision mentale incessante d'imprimés ou de manuscrits, qui expriment la pensée personnelle (vol de la pensée) et des pensées étrangères. L'essentiel

n'est pas le mode présentatif, c'est le fait d'une verbalisation hétéro-personnelle, matérialisée, sensorialisée d'une manière ou d'une autre.

La verbalisation hétéro-personnelle est faite de deux facteurs : d'une part la verbalisation, d'autre part ce que l'on peut appeler la vitalité des invisibles. Or ces deux composantes sont des variables indépendantes. Avec une forte sensorialité de la verbalisation, la vitalité des invisibles est parfois minime, défaillante, nulle: on appelle cela hallucinations verbales « conscientes » ou « réduites » ; par exemple, elles peuvent être hautement sonores, et pourtant inhabitées. Et au contraire, avec une très faible et presque nulle sensorialité de la verbalisation, avec une sensorialité seulement psychique, la vitalité des invisibles est souvent extrême.

La dame qui va entrer avait des invisibles d'une puissante vitalité, mais une sensorialité auditive nulle. Pour matérialiser, pour sensorialiser son hétéro-verbalisation, comment s'y prenait-elle ? Elle l'accrochait aux sensations normales de la phonation et de l'articulation, qui ont lieu à plus d'un étage : l'un diaphragmatique, l'autre glottique, l'autre buccal, et le dernier mental.

II. — Dans tous les cas où l'on observe des fausses réceptions verbales incessantes, qu'elles soient auditives ou non, qu'il convienne de les regarder comme de vraies ou de fausses hallucinations verbales, il importe de rechercher quatre autres symptômes connexes : le vol de la pensée, sous forme soit d' « écho de la pensée », soit d'anticipation de la pensée, soit d'annonce des actes, soit de récapitulation de la vie passée ; — les hétéro-impulsions, soit verbales, soit autres que verbales ; — les fausses personnifications des invisibles et de soi-même ; — enfin la polymimie, ou mimique pluri-personnelle.

OBSERVATION

Internement, 15 mai 1923, D^r F. B.: « Dépression mélancolique avec crises aiguës au cours desquelles elle exprime des idées d'indignité, se fait des reproches au sujet de sa conduite, et exprime le désir de mourir pour racheter ses

fautes. Sous l'influence de ces idées, elle s'est livrée à plusieurs tentatives de suicide. »

Immédiat, 16 mai : « Mélancolie avec inquiétude, et par moments raptus anxieux, au cours desquels elle se livre à des tentatives de suicide ; idées d'indignité, de culpabilité. »

Médecin-Inspecteur : « Mélancolie avec scrupules et idées de culpabilité. Impulsions au suicide. Agitation anxieuse par intervalles. »

Quinzaine, 30 mai : « Mélancolie avec état saburral, constipation, insomnie partielle, anxiété, scrupules, idées de suicide ; un peu plus calme sous l'action du laudanum, elle a cependant besoin d'être étroitement surveillée. »

Ni les fausses réceptions verbales, ni aucun des autres éléments de la constellation définie n'existent encore. *Elle* se reproche, mais « on » ne lui reproche pas d'avoir eu, pendant les deux derniers mois de la vie de son mari, une liaison, et d'avoir donné à son ami 50.000 francs. Ses fautes sont irréparables, *elle* dit, mais « on » ne lui dit pas, qu'il ne lui reste plus qu'à se tuer.

Au début de juin, soit un peu plus de quinze jours après l'admission, survient le syndrome nouveau, qui s'amalgame au syndrome mélancolique : on lui parle, son mari mort lui parle.

6 juin. — Après une légère détente, recrudescence de l'anxiété agitée. Sans cesse elle perçoit une parole, qui est celle de son mari défunt. Polymimie, elle a des rires, des mouvements de la face, de la glotte, du corps, qui ne sont pas d'elle, mais du mort. *Il* parle par sa bouche, *il* la fait parler, et *elle* parle aussi à son tour. Muettement *il* parle aussi dans son larynx, dans son estomac, dans sa tête, mais sans aucune sonorité. Elle touche sans cesse son cou, au niveau du larynx, pour réprimer cette parole, et pour désigner à l'entourage le point où elle la perçoit.

Vol de la pensée : le mort répète et même il devance ses actes, ses pensées les plus ignorées, il récapitule les moindres souvenirs de sa vie.

Il l'accable de justes accusations, de terribles menaces méritées. Toute la nuit *il* lui a reproché ses dilapidations, l'endossement incorrect d'un chèque, mille fois *il* lui a dit qu'elle n'a plus même le droit de se tuer pour échapper à la vengeance, qu'il faut qu'elle vive pour endurer une expiation atroce, qu'elle mendiera son pain, que sa mère et son beau-père sont, par sa faute, morts lundi à 5 h., que ses trois enfants, dénués de tout, restent auprès des cadavres, jusqu'à ce qu'eux-mêmes ils meurent. *Il* dit aussi que désor-

mais elle n'est plus une seule personne, mais qu'elle est deux femmes différentes, Jeanne Ab., sa veuve, et Jeanne N. (nom de l'ami).

Cette exacerbation coïncide avec les règles, survenues hier.

Aucune de ces paroles ne présente la moindre sonorité. Une seule fois, il y a un an, pendant qu'elle veillait le corps de son mari, qui venait de mourir, elle dit avoir entendu la voix sonore du mort, il cria : « Prends garde ! » Unique allégation rétrospective d'une fausse réception verbale *auditive*. Depuis lors, c'est sans sonorité, même mentale, qu'il parle.

7 juin. — Son mari dit : « Du moment que tu ne te révoltes pas, tu adhères. » Après avoir annoncé qu'il ferait cambrioler chez son beau-père, et que sa mère en mourrait, maintenant il répète sans arrêt que c'est fait, que sa mère est morte lundi à 5 h., que son beau-père s'est suicidé, que cette nuit sa belle-sœur a été tuée par les cambrioleurs.

Le mort la suggestionne. Elle est obligée presque tout le temps de répéter ce que son mari mort vient de dire dans son estomac ou dans son larynx. C'est lui qui commence, et la pensée de la malade répète, avec ou sans soliloque perceptible à l'observateur. — Elle a, outre ses hétéro-impulsions verbales, des hétéro-impulsions non verbales : « Ah ! dit-elle, je ne suis pourtant pas folle, et pourtant, je fais tout à l'envers, je fais des choses que je n'ai pas voulues, j'agis sans que ce soit par moi-même, on me suggestionne. »

A la fausse personnification de la parole épigastrique et de la parole glottique s'ajoute une fausse personnification partielle de soi-même : « J'étais Jeanne Ab. Mais depuis ma liaison, je suis dédoublée, je suis aussi Jeanne N. Je voudrais agir comme l'une, et j'agis comme l'autre. On m'empêche d'être Mme Ab. On me fait agir comme cette personne, qui ne sait rien faire de bien, qui ne sait pas gérer son argent, qui n'est capable de rien. Je suis toujours moi, mais en vivant avec cet ami, ma personne s'est à moitié transformée, il me reste les devoirs de Mme Ab., mais je ne puis plus les exécuter, mon mari me dit : « Tu n'es plus ma femme », et je ne puis plus agir comme sa femme. J'ai tort de vous dire cela, mais on me fait causer malgré moi. C'est l'autre qui vous parle. Moi, je ne veux plus rien dire. J'ai démoli ma vie complètement. »

D. — A quoi reconnaissez-vous que cette parole est celle de votre mari ?

R. — Il avait, étant vivant, une formule familière : « *J'suis content, j'suis content !* » Il la répète maintenant,

pour dire : « J'en suis arrivé à ce que je voulais, *j'suis content* que tu aies retiré ton argent de la banque, pour que je puisse te le faire prendre par les cambrioleurs ; *j'suis content* que tu expies ; tu n'as plus rien, *j'suis content* ; ta mère est morte, *j'suis content* ; tes enfants sont ruinés, *j'suis content* ; ta belle-sœur est morte, *j'suis content* ; tu n'es capable de rien de bon, *j'suis content* ; je vais t'amener au pied du mur, tu verras mourir tes enfants de faim, *j'suis content* ; ils ne m'ont pas assez regretté, j'avais toutes les qualités, et tu es un monstre. »

Du vivant de son mari, elle croyait quelquefois être suggestionnée par lui, s'étant trouvée avoir fait une chose que, sans le dire, il désirait.

12 juin. — A 11 h. 30, interrogée au moment d'un raptus elle déclare, terrorisée : « Il cause par ma bouche ! il fait marcher ma bouche ! » De sa main, elle écrase ses lèvres, pour les faire taire. Elle désigne du doigt son creux épigastrique, son larynx, sa bouche, et aussi son front et dit : « Il parle là, et là, et là, et là ! » Elle le sent parler corporellement, matériellement aux trois premiers niveaux ; mentalement au dernier, mais affirme ne pas l'entendre.

Elle a au cou un sillon, ayant fait ce matin une sérieuse tentative de strangulation.

Son mari lui dit que chaque fois qu'elle essaie de se détruire, elle fait mourir quelqu'un.

Écriture dite « automatique ». Nous lui mettons en main un crayon, et l'empêchons de voir de ce côté-là. Pendant qu'elle fait le récit de ses terreurs, elle trace ces mots : « Tu as déjà tué 4 personnes, tu en... (lacune) Tu iras au baignoire. »

13 juin. — Anxiété intense, auto-accusation et persécution. Son mari ne cesse de lui adresser reproches et menaces, parlant par sa propre bouche. Elle avoue le bien-fondé des accusations essentielles, concernant son infidélité. Elle proteste contre les autres : s'il est vrai que des gens meurent parce qu'elle fait ceci ou cela, elle ne l'a pas voulu.

14 juin. — Les règles sont terminées ; elle est un peu plus calme, l'anxiété est moins vive. Elle perçoit toujours la parole de son mari, elle en prend connaissance en sentant cette parole et aussi en s'entendant elle-même dire ce qu'il lui fait dire, et encore par des « impressions en idée » non sonores. — Ce matin, au bain, elle a perçu la parole de sa belle-sœur, qui lui disait : « Tu vas devenir une criminelle ; ta maison a brûlé cette nuit » ; elle l'a reconnue « à sa manière de causer, à ses expressions », non au timbre de la voix, car c'est articulatoirement, comme son mari,

qu'elle parlait. — A 16 h., raptus : elle se jette du haut d'un perron, elle répète : « il faut que je me tue ! » Contusions sans gravité.

Nous étant absenté à la fin du mois de juin, nous n'avons plus, au retour, retrouvé cette malade. Elle était sortie à peu près dans le même état, avec cependant moins de tendances au suicide.

27 août. — Elle est revenue avant-hier, spontanément, ayant compris qu'elle n'est pas guérie. Facies transformé, elle est gaie, elle n'a plus l'aspect d'une mélancolique. La parole, qu'elle n'a pas cessé de sentir, n'est plus celle du mari courroucé. C'est celle de l'ami, du complice, mort, lui aussi. Il essaie de la rassurer, il compatit à ses inquiétudes, il les partage ; mais tout n'est pas perdu, il subsiste quelque espoir. D'abord il révèle que Dieu lui interdit de se tuer. Et quand aux inculpations qui pèsent sur elle, on verra.

7 sept. — Comportement mélancolique, pleurs, agitation anxieuse. Elle a ses règles. Elle a fait le sacrifice de sa vie. Non par le suicide : Dieu le défend. Mais elle accepte d'être jugée, condamnée, pour expier. C'est toujours l'ami complice qui parle, non le mari. Il dit : « Ton mari, avant sa mort et depuis, voulait te rendre folle. Mais Dieu n'y consent pas : tu ne deviendras pas folle, à condition de faire le sacrifice de ta vie, d'expier, d'être jugée. »

9 sept. — L'ami dit : « Peux-tu être acquittée ? Cela est possible, mais bien incertain. » Après deux mois de mélancolie, dont un mois et demi avec fausses réceptions verbales confirmatrices, elle est passée à une nouvelle phase, à une phase de demi-adaptation, plutôt optimiste. Mélange de pessimisme et d'optimisme. C'est un « état mixte ».

Le syndrome hétéro-personnel, hétéro-verbal, hétéro-impulsif persiste. Il survit à la mélancolie en train de s'éteindre, et qui avait d'abord existé sans lui.

12 sept. — La seconde phase, mixte, a duré quinze jours. La voici maintenant consolée, rayonnante de joie hypomaniaque. La parole, toujours purement motrice, n'est plus ni celle de l'accusateur, ni celle du complice, c'est celle d'un défenseur, de son père mort. Il dit : « Tu as eu bien raison de tromper ton mari. Tu n'étais pas heureuse avec lui. Je suis d'accord avec ton ami. C'est moi qui te l'ai envoyé pour qu'il t'explique tout, il a été mon intermédiaire. Tu as tout fait pour le mieux. »

14 sept. — Le père dit : « Tu seras acquittée. Peut-être que tu ne seras pas même jugée. Tout ce que tu as fait est

bien fait. A quoi te condamner ? à peu de chose. Tout au plus à être internée ici pour quatre ans. »

17 sept. — Langue saburrable. Constipation habituelle. Elle est réglée tous les quinze jours, et comme ses règles sont longues, elle n'a que huit jours par mois sans pertes. — Le père dit qu'elle reprendra sa vie normale, à condition de ne plus écouter que lui, de ne plus se laisser influencer par ses enfants, par ses parents. Désormais, c'est sa volonté à elle, soutenue par son père, qui dirigera. Il dit aussi : « La persécution est finie. Ton mari ne te persécutera plus. J'ai pris sur lui l'avantage. »

18 sept. — La parole paternelle (motrice) anticipe ses propres pensées, les formule avant elle, la dispense d'y réfléchir, lui conseille de se reposer, de ne plus penser par elle-même. Vol de la pensée anticipant et optimiste. Il dit : « Ne pense plus, ne te creuse plus l'esprit ; c'est moi qui te conduirai, moi qui penserai pour toi, moi qui te dirai, par ta propre bouche, tout ce que tu dois dire ou faire. »

Nous lui proposons de faire cesser cette parole. Elle bondit : « Non c'est un guide, c'est un bon guide ! »

26 sept. — Le père consolateur parle toujours. Elle est dans un état constant de joie exubérante. Ses yeux sont brillants et noyés, sa démarche, ses gestes ont une alacrité heureuse, quelque chose de relevé, d'enlevé. Elle soigne beaucoup sa toilette, Elle lit, s'occupe à des travaux d'aiguille. Elle désire rentrer chez elle, mais accepte volontiers de rester encore un mois.

Sur ses fausses perceptions verbales, elle répond sans réticence. On continue à parler dans son larynx et dans son estomac, et avec ses lèvres et aussi dans sa tête. C'est son père. Il la protège, il pense et parle pour elle ; il la rassure, il lui explique tout au mieux.

Règles du 4 au 8 oct., avec un peu de nervosisme, ainsi qu'il lui arrivait chaque fois avant sa maladie.

Cela n'empêche pas son père mort de continuer à la consoler. Le syndrome hétéro-personnel, hétéro-verbal, hétéro-impulsif a persisté jusqu'ici durant la périétié hypomaniaque optimiste.

15 oct. — Les fausses perceptions verbales n'existent plus. Personne ne parle plus en elle. Mais elle a encore des inspirations. Son père, sans parler maintenant, lui donne des idées. Il lui donne l'idée de se remarier, il la conduit vers un nouveau mariage, qu'elle doit « pour l'instant » ignorer. « C'est bien ce qu'il me faut, mais jamais je n'y aurais songé par moi-même. »

D. — Comment, s'il ne vous parle plus, savez-vous que ces idées viennent de votre père ?

R. — Ces idées ne peuvent venir de moi. J'avais renoncé à ces choses depuis la mort de mon ami. Elles ne peuvent venir ni de mon mari, ni de mon ami. A mon idée, ces pensées viennent de mon père. Il y a en moi deux pensées, celle de mon père qui me conduit, qui pense pour moi, qui me fait agir pour mon bien, et la mienne, qui obéit, qui se laisse guider.

D. — Il vous dit ce que vous devez faire ?

R. — La parole qui parlait en dernier lieu était celle de mon père, elle a cessé depuis quelques jours, mais les idées de mon père continuent à se produire en moi.

16 oct. — Simples inspirations, et non plus réceptions verbales.

D. — A quoi reconnaissez-vous que la parole était de votre mari, de votre ami ou de votre père ?

R. — Aux tournures de phrases, aux genres d'expressions, car chacun avait les siennes.

D. — Exemples pour votre mari ?

R. — Il avait une façon personnelle, narquoise, de dire : « J'suis content ! » Et puis aussi, il avait ses marottes, la crainte du cambriolage, l'idée que je ne saurais pas faire ceci ou cela.

D. — Exemples pour votre ami ?

R. — Des paroles gentilles, « mon chou », des formules pittoresques. Par exemple, à propos d'un paiement à faire, « je l'enverrais bien avec un élastique », de manière que l'argent revienne.

D. — Exemples pour votre père ?

R. — Des paroles paternelles : « Ma fille », « ma fille chérie ».

17 oct. — De son vivant, votre père était pour vous un protecteur ?

R. — J'ai pris avec moi mon père, alors qu'il divorçait d'avec ma mère. Je m'accordais très bien avec lui, nos natures sont pareilles. Au contraire, je n'ai pas du tout la nature de ma mère, elle est emportée, elle est maniaque, elle se bourre de médicaments. Je lui passe tout, mais je ne me sens plus chez moi, depuis qu'elle y est venue, après la mort de mon père, avec son nouveau mari.

D. — Le caractère de votre père ?

R. — Je lui ressemble au physique comme au moral. Nous avions les mêmes goûts, les mêmes pensées, nous nous promenions toujours ensemble. Le mariage que j'ai fait,

c'était par raison, et pour lui, pour le prendre avec moi, car ma mère le délaissait. Il m'était reconnaissant, il m'aimait beaucoup. Il n'a pas vécu longtemps, je me suis mariée en 1902, il est mort en 1904. Quand j'avais une mésentente avec mon mari, mon père me remontait, me protégeait. Il a toujours été mon protecteur.

D. — Il l'est encore ?

R. — Sûrement. Je suis sûre que c'est lui qui me protège.

D. — Il vous parle toujours autant ?

R. — Non, il s'est tu, depuis environ un mois.

D. — Pourquoi s'est-il tu ?

R. — Il sait qu'il m'a amenée au point qu'il voulait. Il me protège encore, mais il n'a plus besoin de me le dire.

D. — Sentez-vous encore sa protection ?

R. — Je ne sens pas sa présence, mais j'imagine qu'il continue sa protection, et c'est à lui que tout le temps je pense. Tous les soirs dans ma prière, je lui demande de me guider.

A leur tour, les inspirations mêmes ont donc cessé.

22 oct. — Elle est mise en liberté, guérie de sa crise.

Sa famille indique que son humeur normale est celle que nous lui voyons actuellement : gaîté, entrain, activité, pétulance joyeuse. Par moments, dépression légère. Elle garde la conviction que son père, qui a cessé depuis plus d'un mois de lui parler, n'avait plus rien à lui dire, et qu'il a achevé de la mettre dans la voie qu'il voulait. Il ne s'occupe plus d'elle, ayant fait tout le nécessaire. Elle ne sent plus ni sa présence, ni son influence à distance, mais elle sait que l'orientation paternelle lui a été une fois pour toutes donnée. Bien longtemps avant sa crise mentale, depuis nombre d'années, elle croyait au spiritisme, et ce qu'elle admet encore de l'influence paternelle d'outre-tombe correspond à sa mentalité ordinaire.

11 décembre. — Elle vient en visite. La guérison se maintient (1).

DISCUSSION

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Depuis 18 ans environ, dans mon Service de l'Infirmierie Spéciale, j'é mets plusieurs fois par semaine au sujet des Hallucinés Chroniques plus ou moins Systématiques, des certificats com-

(1) Le 21 janvier, la guérison se maintient toujours.

mençant par une de ces formules : « *Automatisme Mental prédominant et vraisemblablement initial — Délire à Base d'Automatisme Mental — Automatisme Mental et Hallucinations auditives* » ; souvent j'ajoute : « *Idees de Persécution récentes — Hallucinations auditives récentes* ».

Par Automatisme je comprends les phénomènes classiques : pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, tendance aux phénomènes psychomoteurs ; souvent je les mentionne spécialement. Ce sont les phénomènes signalés par Baillarger et dépeints magistralement par Séglas. Je les oppose aux Hallucinations Auditives, c'est-à-dire aux voix à la fois *objectivées, individualisées et thématiques* ; je les oppose aussi aux Hallucinations Psycho-Motrices *caractérisées* ; en effet, ces deux sortes de voix, les auditives et les motrices, sont tardives par rapport aux phénomènes susdits. Le terme d'Automatisme Mental, ainsi limité, est certes passible de plusieurs objections ; j'aurais pu dire : « *Petit Automatisme Mental* » ; je n'ai pas voulu du mot « *Mentisme* » ; je cherche un terme approprié. En attendant, le groupement susdit, qui a une existence clinique, est, sous sa rubrique provisoire, facilement reconnu par tous.

Ni M. Revault d'Allonnes ni moi nous n'avons jusqu'à aujourd'hui publié de données nouvelles dans la liste ni la description de ces phénomènes ; peut-être, dans un prochain article, vous en proposerai-je quelques-unes.

Je crois cependant, quand j'isolais le groupe des phénomènes susdits, avoir quelque peu innové en affirmant :

1° leur teneur *essentiellement neutre* (neutre tout au moins au début).

2° leur caractère *non sensoriel*.

3° leur rôle initial dans le décours de la psychose.

Teneur neutre : ils consistent seulement en *dédoublement* de la pensée.

Caractère non sensoriel : la pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme *indifférenciée*, et non pas

dans une forme sensorielle définie ; la forme indifférenciée est constituée par un mélange d'abstractions et de tendances, tantôt sans éléments sensoriels et tantôt avec des éléments plurisensoriels à la fois vagues et fragmentaires.

Rôle initial : tandis que les phénomènes susdits ont été jusqu'ici jugés comme des complications *contingentes* et *tardives*, j'ai affirmé que ces phénomènes sont au contraire, le plus souvent, les signes *les tout premiers en date* de la psychose.

Dans cette conception, les Hallucinations proprement dites, tant auditives que psycho-motrices, seraient tardives. Les mécanismes les plus délicats de l'intellect seraient atteints en premier lieu ; les troubles sensoriels précis viendraient ensuite. Je ne déclare d'ailleurs pas constant ce mode de début ; je compte exposer ailleurs et peut-être expliquer les exceptions.

L'Automatisme Mental ainsi défini est un processus autonome ; il se rencontre assez fréquemment isolé, il ne comporte par lui-même aucun délire, et un délire peut ne s'y adjoindre que des années après le début.

Le délire surajouté provient principalement du fonds ou patent ou caché de l'individu. L'addition la plus fréquente est peut-être le développement, à titre secondaire, d'une petite dose d'hostilité ; d'autres fois ou simultanément des idées mystiques, ambitieuses ou érotiques se développeront.

L'Automatisme Mental à lui seul ne suffit pas à modifier profondément le caractère du sujet, pas même dans le sens persécution ; la plupart des sujets qualifiés persécutés restent de faux-persécutés, alors même qu'ils systématisent dans quelque mesure. Quand le délirant se montre profondément hostile et systématise fortement, on peut affirmer qu'il était paranoïaque ou encore interprétatif (car nous distinguons ces deux formes) bien avant le déclenchement de cet automatisme qui lui a fourni de nouveaux motifs d'hostilité, mais qui n'a aucun lien causal avec sa forme de caractère et d'intellect. La Psychose Hallucinatoire Systématique de Magnan serait ainsi une Psychose composite ; toute autre Psychose Hallucinatoire Chronique peut l'être

aussi. Enfin le déclanchement plus ou moins invisible d'altérations prédéméntielles à la même date que l'Automatisme Mental (et pour des raisons solidaires) devient une cause supplémentaire d'idées absurdes et d'altérations affectives.

Nous venons d'envisager isolément l'Automatisme Mental. On ne peut le séparer de deux autres automatismes, qui lui sont à la fois connexes et similaires, et qui éclairent sur sa nature : l'Automatisme Sensitif et l'Automatisme Moteur.

L'Automatisme Mental, ou mieux le Triple Automatisme, s'observe d'une part dans des sortes d'Hallucinoses et dans des Psychoses plus ou moins Systématiques, d'autre part dans des Psychoses Toxiques Subaiguës et dans la Manie. Dans la Manie il se réduit le plus souvent à des sensations d'influence, abstraites, motrices ou sensibles.

Mes premiers Certificats isolant l'Automatisme Mental datent de 1905. A partir de 1906, l'Automatisme est, dans mes Certificats, couramment présenté comme basal. Ces Certificats, en passant par l'Admission et la Clinique, se sont répandus dans les Asiles ; tous mes Confrères d'Asiles ici présents les connaissent. Mon illustre Maître Magnan les a connus ; de même le Prof. Ballet. Depuis au moins 1919 je formule « Triple Automatisme ». En avril 1920, j'ai énoncé devant la Société Clinique de Médecine Mentale mes conceptions. Ces conceptions ont été enseignées depuis lors par mes anciens Internes, devenus Chefs de Clinique, aux élèves de l'Institut Médico-Légal et aux Stagiaires. Enfin, à ma visite, depuis 1920, je les démontre presque journellement à des confrères et à des Internes des Asiles. M. Revault d'Allonnes a été lui-même, au début de 1922, pendant quatre mois, un assidu de ma visite, et il connaît autant que personne mes conceptions.

La séance est levée à 18 heures.

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

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHOLOGIE

La psychanalyse, par Ch. BLONDEL. Alcan, 1924, un vol. in-16, p. 250.

Cet ouvrage terminé depuis bientôt un an, et dont les idées essentielles publiées en 1922 par la *Revue d'histoire et de philosophie religieuse* de Strasbourg inspirèrent la discussion du Congrès de Besançon de 1923 sur la psychoanalyse, apparaît, avec un grand retard imputable aux lenteurs de l'édition. Il se divise en deux parties.

Dans la première partie, l'auteur, après avoir exposé la doctrine de la psychoanalyse sur les actes manqués, les rêves, les névroses, la libido et la sexualité infantile, la genèse des névroses et étudié la thérapeutique psychanalytique, et la conception analytique de la vie mentale, se livre à une critique incisive et judicieuse dont les principaux points sont les suivants.

Tout d'abord, c'est un fondement bien artificiel pour une conception visant à une telle universalité que celui des observations recueillies en 1890 sur l'hystérie. Le démembrement opéré depuis sur cette classe nosographique, à laquelle il a été reconnu depuis que la simulation et la suggestibilité fournissaient un énorme contingent, est tel que l'on peut dire : « le moment où Freud plante le bouquet sur son édifice est précisément celui où le rez-de-chaussée est en ruine ».

Les guérisons obtenues par l'application de la psychoanalyse ne prouvent pas du tout qu'elle ait reconstitué l'étiologie et le mécanisme véritables de la maladie, au cours des réponses extorquées aux malades. Tout peut guérir. L'hystérie est le champ des miracles. Et son héréticité, en matière de psychoanalyse, n'a pas empêché Blondel lui-même de faire lui aussi des miracles, comme n'importe qui d'ailleurs. Enfin, les crises névrotiques obsédantes, neurasthéniques, finissent presque toujours par cesser spontanément, ce qui est aussi une guérison.

La prétendue homosexualité de la plupart des névrotiques et des paranoïaques est loin d'être démontrée. Ce sont généralement des hommes qui sont désignés comme leurs persécuteurs par les malades des deux sexes, pour la bonne raison que dans l'état actuel de la société, ce sont les hommes qui détiennent la volonté et la puissance.

L'artifice de la classification en névroses de transfert (hystérie de conversion, hystérie d'angoisse, névrose obsessionnelle), où la libido se déplace du sujet sur le médecin, ce qui amène la guérison, névroses narcissiques (psychoses), où la libido reste toujours repliée sur le moi, et névroses actuelles (neurasthénie, névrose d'angoisse, hypocondrie), est prouvé par la contradiction suivante : Dans la paranoïa amoureuse, névrose narcissique, il arrive que spontanément la libido se déplace du sujet sur le médecin, et cela sans qu'il y ait guérison.

La réfection à laquelle elle prétend de toute la psychologie normale et pathologique et de nombre de sciences morales en quarante ans indique que la psychoanalyse a une rapidité d'allure que peuvent seules se permettre la métaphysique et la philosophie, mais non les sciences d'observation. D'ailleurs, les hypothèses psychoanalytiques ne sont pas scientifiques, parce qu'invérifiables. Le sommeil est un retour à la vie intra-utérine, les états affectifs sont des crises d'hystérie héréditaire, le symbolisme des rêves et les pseudo-souvenirs infantiles sont des reviviscences d'expériences phylogéniques, et l'eau dans le rêve signifie naissance, parce que nous descendons d'animaux aquatiques. Toutes ces affirmations peuvent être trouvées belles, comme la métaphore de la lune faucille d'or au milieu des étoiles, mais la réalité des faits proclamés par ces affirmations n'est pas plus démontrable que celle de l'image de Victor Hugo.

La reconstitution des complexes par interrogatoire du malade et notation de tout ce qu'il raconte est toujours arbitraire ; car les mêmes éléments du complexe peuvent se combiner dans d'autres complexes. Le mot Joséphine peut faire partie du complexe impérial ou du complexe vaudeville, pour peu que le sujet ait connu le nom de la femme de Napoléon et ait lu sur une affiche de théâtre le titre de « Joséphine vendue par ses frères ».

Les coups de sonde lancés dans l'inconscient par les suggestions, les orientations des psychoanalystes sont autant d'agents de falsifications des résultats. Que penser de chimistes qui mèleraient aux liquides à analyser un peu ou beaucoup de la substance dont il s'agit précisément de re-

chercher la présence ou l'absence. Cela sans parler des effets moraux désastreux que ces suggestions peuvent produire sur le cobaye, qu'est le malade.

Enfin, dans l'inconscient et dans la conscience obscure du bas âge, les représentations n'ont pas tous les attributs, toute la netteté qu'elles ont en devenant conscientes. Par exemple, les attributs que la conscience reconnaît comme sexuels ne sont pas identifiés comme tels en dehors de sa lumière. Comment le complexe d'Œdipe se formera-t-il chez les orphelins nourris au biberon ? La sensibilité ne devient érogène qu'autant qu'elle suscite des réflexes génitaux. En dehors de cette condition, elle reste sensibilité.

La deuxième partie est un recueil des observations les plus caractéristiques, rapportées par Freud lui-même pour légitimer sa doctrine dans ses plus récents ouvrages, notamment *l'Interprétation du rêve*, la *Psychopathologie de la vie quotidienne*, le *Jeu d'esprit et son rattachement à l'inconscient*. Blondel y souligne toutes les absurdités auxquelles peut aboutir la hantise du préjugé sexuel, pour expliquer les choses les plus simples ou les plus compliquées. Il y montre toute la candeur et tout l'arbitraire de la proclamation d'infailibilité faite à l'une seule des innombrables et invérifiables hypothèses concernant le déterminisme du rêve, de l'acte manqué, du lapsus, de la distraction, de l'oubli. Il y raille enfin, comme il convient, l'érection qui y est faite du coq-à-l'âne et du jeu de mots en principes, directeurs de l'investigation psychologique.

Et comme conclusion, l'auteur comparant Freud à son ancêtre et compatriote Gall, prédit à la théorie psychanalytique la même fortune que celle de la phénologie, depuis longtemps sombrée sous le contrôle scientifique des faits et le triomphe du bon sens.

Telle est l'esquisse de ce jugement, après lequel il semble bien que toute tentative de réhabilitation du freudisme soit problématique, pour ne pas dire impossible. Mieux que nul autre, en sa double qualité de professeur de philosophie et de docteur en médecine, Blondel avait le droit de prendre parti devant une doctrine justement qualifiée par Lalo de scholastique de la pornographie, et qui a la prétention de réformer de fond en comble non seulement la psychiatrie, mais encore la psychologie, la science des religions, la critique littéraire, l'histoire de l'art et de la civilisation. Ce droit il l'a exercé comme un devoir, bravant les foudres que brandissent contre leurs adversaires les adeptes frénétiques et nombreux hors des pays latins de la psychoanalyse.

Les lecteurs impartiaux sauront voir que cette juste condamnation d'une doctrine fantaisiste ne nie pas la valeur scientifique des travaux du maître viennois en neurologie. Ceux qui ont vécu dans des milieux ethniques et médicaux où l'inviolabilité du mystère sexuel est érigée en principe sacré se garderont de méconnaître le mérite qu'eut le freudisme en consommant la ruine de ce néfaste préjugé. Ils comprendront le succès de la psychoanalyse dans les pays anglo-saxons et germaniques, sans pour cela lui pardonner ses prétentieuses extravagances.

La solidité des arguments de cette critique défie toute contradiction. Mais l'aisance et l'ironie de sa forme risquent d'attirer, en représaille à son auteur, le reproche de légèreté d'esprit, de la part des pédants qui n'admirent que le lourd, le solennel, l'ennuyeux et qui ignorent que parfois l'or peut briller encore plus que le clinquant.

Paul COURBON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 17 Décembre 1923

Présidence de M. le D^r DUPAIN

Erotomanie secondaire. — MM. V. TRUELLE et J. REBOUL-LACHAUX présentent une malade atteinte d'érotomanie apparue à la faveur d'un système de défense, d'un besoin de protection commandés par un délire de persécution. Des tendances amoureuses anciennes et un fond d'orgueil constitutionnel ont prêté au protecteur trouvé des sentiments affectueux bientôt partagés par la malade et un tableau typique d'érotomanie s'est constitué. Le postulat ne s'est pas imposé mais a été le fait d'un long travail imaginatif et interprétatif. Le choix de l'objet a été orienté vers un grand romancier contemporain, par la culture littéraire de la malade par ailleurs débile mais non affaiblie intellectuellement.

Les psychoses hallucinatoires chroniques. — Le D^r DE CLÉRAMBAULT montre un malade de 40 ans, dégénéré supérieur, présentant d'une part le tableau classique de la psychose hallucinatoire systématique progressive de Magnan, d'autre part des dérogations à ce tableau : début par érotisme, puis

jalousie ; persécution seulement ultérieure ; début aussi par automatisme mental ; période mégalomaniacale remplie principalement par du mysticisme et par un délire dogmatique.

L'auteur insiste d'abord sur la rubrique « délire dogmatique » qu'il propose pour une forme soit secondaire soit autonome de délire, dont il trace un schéma. Il aborde ensuite la doctrine des psychoses hallucinatoires chroniques.

A propos d'un état démentiel avec idées de négation diagnostiquées. Paralyse générale. — Réactions humorales négatives. — M. J. Cuel (Service de M. le D^r Trénel) présente une malade de 43 ans, ayant des antécédents syphilitiques nets et hospitalisée en juin 1922 avec le diagnostic de P. G. unanimement admis alors. (Affaiblissement intellectuel à marche rapide, idées de grandeur et de richesse, rigidité pupillaire). — Depuis quelques mois se sont développées des idées de négation d'abord corporelle puis générale.

L'affaiblissement intellectuel bien que profond n'est pas absolument global, il y a conservation d'un certain pouvoir de critique. Il n'existe pas de troubles caractéristiques de la parole. — Le syndrome humoral paralytique du L. C.-R. a constamment manqué (sept examens) et cela en dehors de toute rémission des signes cliniques. — Dans le sang, réaction de Hecht partiellement positive, réaction de Wassermann au sérum chauffé, négative.

Il semble bien que le diagnostic de P. G. ne puisse être maintenu. — D'autre part, les antécédents de la malade, les signes pupillaires, la positivité partielle du sérum sanguin, les caractères du syndrome mental ramènent vers une affection spécifique des centres nerveux. — Il s'agit vraisemblablement d'une de ces formes relativement rares de syphilis cérébrale diffuse, décrite par Nissl, Alzheimer, Jakob, sous le nom d'endartérite syphilitique des petits vaisseaux du cortex, forme dans laquelle les réactions humorales du L. C.-R. demeurent le plus souvent négatives et qui se manifeste par une symptomatologie assez voisine quoique distincte de celle de la P. G.

Il est possible que bien des cas décrits comme paralysies générales sans réactions humorales relèvent en réalité de cette affection.

Alcoolisme et hallucinations lilliputiennes, MM. H. COLIN et CÉNAC. — Les auteurs présentent un malade, éthylique, ancien paludéen, ayant eu, au cours d'accidents éthyliques subaigus, des hallucinations visuelles terrifiantes, alternant avec des hallucinations lilliputiennes typiques (syndrome

de Leroy). — L'intérêt de cette présentation réside dans l'alternance de ces phénomènes oniriques à caractères affectifs opposés.

Hémi-parésie alterne et syndrome pseudo-bulbaire. — MM. H. COLIN et CÉNAC présentent un malade spécifique, atteint à la suite d'ictus d'hémiplégie alterne avec troubles de la phonation et de la déglutition, troubles cérébelleux, troubles de la mimique, rire spasmodique. — Les auteurs attribuent ces différents troubles à des lésions en foyers par artérite spécifique, dont l'une protubérantielle, et écartent, malgré les réactions biologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien et en raison de l'intégrité relative de l'intelligence de ce malade, le diagnostic de P. G. envisagé dans le certificat de placement.

Syndrome parkinsonien et syphilis nerveuse. — MM. DEMAY et PETITHONY rapportent l'observation d'une malade qui présente à la fois un syndrome parkinsonien (facies figé, akinésie spontanée et automatique, akatisie) et des signes de syphilis nerveuse (légère spasmodicité, céphalalgie et vertiges, Bordet-Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien).

On peut se demander en pareil cas si la syphilis n'a pas joué un rôle dans l'étiologie du syndrome parkinsonien.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude dans l'encéphalite chronique à forme parkinsonienne. — M. BOUCHARD (Asile de Clermont, Oise) rapporte deux cas d'encéphalite chronique à forme parkinsonienne qu'il a traités par des injections intraveineuses de salicylate de soude à la dose de 6 grammes par jour en solution à 2 pour 10. Sous l'action de ce traitement, il a nettement vu rétrocéder une grande partie des symptômes physiques, l'hyperglycorachie et même les troubles du caractère. Le traitement ne put malheureusement être continué plus de deux mois à cause de l'oblitération veineuse produite par le salicylate de soude.

L'amélioration se maintint pour un des malades du mois de juillet au mois de novembre. A cette époque tous les symptômes s'aggravèrent, prenant les caractères d'une poussée évolutive. L'état de l'autre malade s'est à peu près maintenu.

Il serait intéressant de poursuivre ces essais en employant, comme l'a conseillé Carnot, le salicylate de soude en solution plus étendue (4 pour 100 par exemple), ce qui d'ailleurs est d'une application difficile.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS EN 1924

Par arrêté du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 3 janvier 1924 et dont avis a été publié au *Journal Officiel* le 10 janvier 1924, la date du concours pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics a été fixée au *lundi 10 mars 1924*.

Le nombre des postes mis au concours est de 7.

Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une Faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de 33 ans au 1^{er} janvier 1924. Cette limite d'âge est prolongée de la durée des services militaires pendant la guerre de 1914.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1^{er} bureau de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (7, rue Cambacérès) jusqu'au mercredi 20 février inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Aux termes des décrets des 3 janvier 1922 et 26 décembre 1922, les épreuves du concours comprennent :

A) *Epreuves d'admissibilité*

1^o Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. — Maximum 30.

2^o Question écrite sur la Pathologie mentale. — Maximum 30.

3^o Question écrite sur la pathologie interne ou l'hygiène hospitalière. — Maximum 20.

4° Question écrite sur l'organisation et le fonctionnement des établissements d'aliénés et la législation applicable aux aliénés. — Maximum 20.

5° Epreuves sur titres :

a) Civils, hospitaliers et scientifiques. — Maximum 20 (dont 10 pour le stage, 5 pour les titres et 5 pour les travaux scientifiques).

b) Militaires. — Maximum 10.

B) Epreuves définitives

1° Epreuve clinique orale sur un seul malade : diagnostic, pronostic, traitement, assistance. — Maximum 40.

2° Epreuve clinique écrite sur un seul malade : diagnostic de l'état mental et conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle. — Maximum 40.

NÉCROLOGIE

Nous avons le très grand regret d'annoncer le décès de notre collègue M. le D^r Victor Parant père. M. Parant était un des membres les plus anciens de la Société Médico-Psychologique, où il avait été élu en 1875. C'était aussi un collaborateur assidu des *Annales*, dont il possédait une part de propriété. Il dirigeait à Toulouse la Maison de Santé fondée par Delaye, l'émule de Calmeil et de Bayle. Il laisse une œuvre importante et professait en Médecine Mentale des idées qui procédant de l'enseignement clinique de l'Ecole Française sont, à notre avis, l'expression de la vérité. On sera heureux de les retrouver dans l'article que nous publierons dans le n° de février. Il nous avait écrit à plusieurs reprises pour approuver sans réserve la volonté que nous avons exprimée de maintenir dans cette revue les traditions établies par Baillarger et Ritti.

Nous adressons à sa famille, et plus particulièrement à ses fils, tous les deux médecins des Asiles, l'expression de notre plus profonde sympathie.

H. COLIN.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Ministère de la guerre. — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre collègue et ami le D^r Marchand, médecin en chef de la maison nationale de Charenton.

LES SERVICES OUVERTS

PROPOSITIONS VOTÉES AU CONSEIL SUPÉRIEUR D'ASSISTANCE
SUR LE RAPPORT DE MM. MARCEL BRIAND ET RONDEL
(DÉCEMBRE 1923)

ARTICLE PREMIER. — Les départements sont autorisés à créer des services de consultations externes et d'hospitalisation destinés aux malades atteints d'affections cérébrales aiguës et passagères, non susceptibles d'entraîner des accidents dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

L'organisation sera faite en conformité des articles 3 et 4 de la loi du 15 juillet 1893.

Ces services pourront également être organisés en établissements spéciaux ou être adjoints à un asile départemental, à condition de fonctionner d'une façon distincte de ceux régis par la loi du 30 juin 1838.

ARTICLE 2. — L'hospitalisation a lieu, sans délai, sur le vu d'un bulletin d'admission établi par les médecins préposés aux consultations externes sans qu'il soit nécessaire de justifier de l'inscription sur une liste d'assistance.

Dans les 48 heures qui suivent l'admission, il devra être adressé au Préfet : 1° un certificat médical justificatif de l'opportunité d'un traitement immédiat ; 2° toutes les indications recueillies susceptibles de faciliter l'établissement du domicile de secours et l'appréciation des ressources visées à l'article suivant :

ARTICLE 3. — La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement sera à la charge des personnes admises, à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil. A défaut ou en cas d'insuffisance de ressources, la dépense d'entretien des malades hospitalisés est assurée suivant les dispositions des articles 26 et suivant de la loi du 15 juillet 1893.

Ces dépenses sont obligatoires pour le département.

ARTICLE 4. — De mois en mois un certificat médical sera établi pour justifier la prolongation du traitement. Ce certificat sera transmis au Préfet, qui pourra à tout moment soit prescrire la sortie du malade, soit prononcer son placement d'office dans un asile par application de la loi du 30 juin 1838.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 28.720

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



Chronique

Nil novi sub sole

A l'occasion de la série de crimes commis au cours de ces dernières semaines par des aliénés en rupture d'asile ou par des malades non encore internés, on recommence à parler de la Loi de 1838.

J'ai déjà dit ce que je pensais de l'émotion passagère qui s'est emparée du public dans des circonstances analogues (1) et s'il m'était permis de parler, je pourrais, au sujet de la malheureuse qui a déchargé son revolver sur la foule, en plein boulevard de la Madeleine, et qui a passé dans mon service, me livrer à des réflexions qui ne seraient peut-être pas dénuées d'intérêt. *Sed sub iudice lis est.*

(1) Les aliénés en liberté. *Annales médico-psychol.*, 1923, t. I, p. 385.

Bien entendu, on ne va pas manquer d'incriminer la Loi de 1838, on dira que la société n'est pas protégée, à moins qu'un événement nouveau ne retourne les esprits et qu'on ne crie à la violation de la liberté individuelle, grâce aux dispositions néfastes d'une loi de sûreté générale.

J'ai pensé que c'était peut-être l'occasion de montrer que ces attaques ne sont pas nouvelles. Pauvre loi de 1838 ! Déjà avant sa promulgation, elle était en butte à des critiques violentes, et peut-être les lecteurs des *Annales* liront-ils avec intérêt certaines de ces critiques.

A l'époque dont nous parlons, la presse n'avait pas acquis son énorme développement actuel. On procédait par voie de brochures, de pamphlets soit anonymes, soit signés de leur auteur ou attribués à un tiers et propres à émouvoir l'opinion publique. N'en va-t-il pas de même aujourd'hui pour l'écho, la nouvelle à la main, ou l'article de journal ?

Une de ces brochures est tombée entre nos mains. Forte de 47 pages in-8°, elle est datée de 1837. Intitulée *Mémoire en faveur des aliénés*, elle a pour auteur un certain F. H. Tissot dit frère Hilarion (1).

La modestie n'est pas la qualité dominante du personnage. Rabroué par le député Vivien rapporteur de la loi de 1838, il riposte : « Bienfaiteur de l'humanité, j'accepte l'insulte et l'outrage de la part de M. Vivien ». Et il se fait connaître dans la note suivante :

(1) Cité dans le rapport sur l'Assistance aux Aliénés, de M. l'Inspecteur général, D' Raynier. (*Rapport de l'Inspection Générale des services administratifs, 1923, p. 357*).

J'ai fondé l'hospice départemental d'aliénés de Bourg, département de l'Ain. Je l'ai fait construire sur un plan que j'avais conçu et qui est le mieux approprié au service des aliénés.

J'ai fondé dans la même ville un second établissement, pour les femmes aliénées, que j'ai cédé aux sœurs de la congrégation de St-Joseph.

Lorsque je me rendis à Bourg, sur l'invitation de Mgr l'Evêque de Belley, je trouvai tous les aliénés, hommes et femmes, dans une cour du séminaire de Brou, enfermés dans des loges humides et malsaines que l'on avait construites dans cette cour.

J'ai fondé l'hospice départemental des femmes aliénées de Saint-Alban, département de la Lozère.

Lorsque j'arrivai dans ce département, les hommes et les femmes aliénés étaient enfermés dans les prisons.

J'ai fondé cinq autres grands établissements d'aliénés dans les départements du Rhône, du Nord, de la Corrèze, etc.

J'en ai fait fonder deux autres par mes élèves.

J'ai fondé en 1819, à Marseille, une congrégation de frères hospitaliers pour le service des hôpitaux de cette ville, qui a duré douze ans, qui a rendu de grands services à l'humanité pendant tout ce temps, et qui n'a fini que par la mort du Supérieur, frère Augustin, et des principaux frères. Les aliénés étaient servis par eux à l'hôpital St-Lazare : ils servaient aussi les autres malades à l'hôpital St-Esprit et à l'hôpital de la Charité.

J'ai dirigé la construction de l'hospice départemental de Quimper, département du Finistère, et j'y ai organisé le service des aliénés.

Lorsque j'arrivai en Bretagne, les aliénés se trouvaient en prison et dans les hospices, enchaînés par une jambe au pied de leur lit.

J'ai organisé le service de l'hospice des aliénés d'Auch, département du Gers, et j'y ai placé six sœurs hospitalières, mes élèves. Avant leur arrivée, le soin, le service, la nourriture des malheureux aliénés étaient mis aux enchères chaque année au rabais.

En tout, douze hospices ou maisons de santé que j'ai fondés ou organisés, les uns pour les hommes aliénés, les autres pour les femmes aliénées.

J'ai publié un grand nombre d'écrits, de mémoires, de journaux, qui ont beaucoup contribué à améliorer le sort des aliénés.

Quatorze conseils généraux de départements ont voté de me confier les aliénés de leurs départements, que les Préfets m'ont ensuite envoyés.

J'ai retiré ou fait retirer des prisons des milliers d'aliénés ; j'en ai guéri ou fait guérir des milliers, dans les établissements que j'ai fondés ou organisés...



Nous voyons par ce qui précède, l'orientation politique de Tissot. Imbu des idées cléricales les plus accentuées, ennemi juré des philosophes du XVIII^e siècle et des doctrines révolutionnaires, il attaque ainsi la loi en préparation.

Un projet de loi sur les aliénés a été présenté à la Chambre des Députés, et ce projet a été adopté presque sans examen, et sans discussion.

La commission chargée de la rédaction du projet avait été influencée par quelques hommes intéressés, qui eux-mêmes avaient provoqué ce projet de loi. Les uns avaient en vue un monopole ruineux pour les familles des aliénés, les autres avaient en vue des places au compte du Gouvernement.

La loi proposée n'était point nécessaire. La liberté individuelle n'avait nulle part été violée, sous prétexte d'aliénation mentale. Les annales des tribunaux ne mentionnent aucun arrêt en cette matière.

La loi proposée serait désastreuse : elle jette déjà la perturbation dans tous les établissements d'aliénés, la désolation dans les familles de ces infortunés.

Pourquoi donc ce projet de loi, si ce n'est pour satisfaire l'avidité et l'ambition de quelques hommes privilégiés ?

L'article 2 du projet de loi adopté par la Chambre

des Députés porte : « qu'il sera institué une *commission* dans les formes qui seront déterminées par un *règlement* d'administration publique ».

Voilà une commission, voilà un règlement qui, laissés au pouvoir de l'arbitraire, peuvent devenir la cause de la ruine, de la destruction des meilleurs établissements d'aliénés. Les commissaires, les inspecteurs qui seraient établis et délégués, soit par ignorance ou défaut de religion, soit pour un intérêt quelconque, soit aussi par la nature de leurs fonctions, porteraient le trouble parmi les aliénés et, en mettant par là-même des obstacles au traitement moral, ils rendraient les guérisons impossibles.....

On peut conclure de là combien les guérisons d'aliénés doivent être peu nombreuses et difficiles à obtenir dans les établissements où il y a absence de pratiques religieuses. On cite comme étant dans cette catégorie, la maison de santé de Ste-Anne, à Paris, où les pratiques religieuses sont entièrement omises, quoique la maison soit exclusivement réservée aux aliénés convalescents.....

J'avoue que j'ai été bien étonné quand j'ai appris par les journaux qu'à l'occasion de la *prière* et des *consolations religieuses*, que j'emploie avec succès depuis plus de vingt ans dans le traitement de l'aliénation mentale, le député Vivien, rapporteur du projet de loi sur les aliénés, appuyé sur l'erreur ou le mensonge, est monté à la tribune et, de ce lieu élevé, m'a prodigué l'insulte et l'outrage ! (1).....

Puisque le traitement physique ou médical ne peut être employé que pour remédier aux accidents physiques, aux maladies corporelles, qui compliquent quelquefois la maladie morale, il est nécessaire que le di-

(1) M. Vivien proclama que ma place serait mieux parmi mes pensionnaires qu'à la tête de mon établissement, disant pour raison que je prétendais guérir les aliénés par des moyens surnaturels, et que je proscrivais les remèdes naturels. L'assertion de M. Vivien était fautive, puisque tous les écrits et prospectus que j'ai publiés depuis vingt ans, prouvent qu'outre la *prière* et les *consolations religieuses*, j'ai toujours conseillé et établi le traitement médical et les moyens hygiéniques.

recteur du traitement moral s'occupe *exclusivement du moral*, et que le médecin, qui doit lui être subordonné, s'occupe *exclusivement du physique*. Je dis que le médecin doit être subordonné au directeur du traitement moral, parce que, s'il en était autrement, les malheureux aliénés seraient bientôt torturés par mille moyens ridicules, barbares ou atroces, que le médecin ne manquerait pas d'employer, et qui rendraient les guérisons impossibles.

J'ai éprouvé, et d'autres ont éprouvé comme moi, que les visites d'inspecteur et de commission détruisent entièrement la paix et l'harmonie dans les établissements ; portent les aliénés à l'inquiétude et à la révolte, effraient ceux qui se croient persécutés par leurs ennemis, s'imaginant que les inspecteurs sont des juges ou des bourreaux venus pour les conduire au supplice ; enfin que ces visites bouleversent entièrement l'esprit des aliénés, font perdre au directeur du traitement moral l'autorité et la confiance qui lui sont nécessaires et que, dès lors, toute guérison devient impossible.

De plus, tout le monde sait qu'il est des aliénés qui se plaignent injustement et qui calomnient les personnes qui les servent avec le plus de charité.....

.....Les inspecteurs ne manquent pas de mentionner ces plaintes injustes et calomnieuses dans leurs rapports.

Avant le projet de loi qui a été proposé, j'avais commencé la fondation de deux nouveaux établissements d'aliénés, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, dans le département de l'Aveyron. Mais, étant convaincu par l'expérience qu'il est inutile d'entreprendre de faire le bien avec les inspecteurs et les commissions d'inspection, dès le moment que le projet de loi a été adopté par la Chambre des Députés, découragé, et ne voulant point faire des dépenses qui pourraient être inutiles, j'ai supprimé ces deux établissements et me suis retiré.

Les visites discrètes des Procureurs du Roi, des Préfets, des sous-Préfets et des Maires étaient bien

suffisantes, et *n'avaient aucun intérêt d'être hostiles*, au lieu que les inspecteurs *payés* se trouvent, par leur position, obligés de *critiquer*, de *rapporter*, de *tracas-ser* à tort et à travers, pour prouver que leurs fonctions ne sont pas inutiles et qu'ils gagnent justement les émoluments attachés à leur place.....

De toute part s'élèvent de nombreuses réclamations contre le projet de loi, par la raison qu'il est *inopportun*, *défectueux* et *nuisible* dans toutes ses parties. On pense généralement que, dans l'état actuel des choses, le meilleur parti que puisse prendre la Chambre des Pairs, *c'est de rejeter purement et simplement le projet de loi proposé*, attendu que la législation existante, qui a suffi jusqu'à présent, peut et doit suffire pour l'avenir.

Et si les âmes généreuses qui, au péril de leur vie et sans intérêt personnel, consacrent leur fortune, leurs veilles, leurs travaux, leur santé, à servir, à soulager les malheureux aliénés, se trouvant découragées, dégoûtées par les visites tracassières des inspecteurs et des inspections hostiles, quittaient la France, et allaient dans l'étranger chercher quelque pays où les lois sacrées de l'humanité et de la liberté ne seraient pas violées par d'autres lois, faites au profit de quelques particuliers, qu'arriverait-il ? Que les infortunés aliénés seraient partout en France en proie à l'avidité des mercenaires, et victimes de l'ignorance, de la brutalité et de l'immoralité des hommes à gages.

La brochure proprement dite (16 pages) est suivie de notes sur les causes de la folie, le traitement des aliénés, le cerveau, le traitement moral-philosophique, la monomanie religieuse, la folie des athées, le système des loges qui est un assassinat, le suicide. Dans cette dernière note, nous relevons ce passage dont la saveur n'échappera à personne.

Les aliénés sont très portés au suicide, surtout lorsque les médecins les tourmentent par leurs remèdes ridicules, barbares et atroces.....

Au surplus, je suis persuadé que la plupart des suicides qui se commettent dans les hospices sont occasionnés par les chagrins, les tourments et les frayeurs que causent aux malheureux aliénés les moyens atroces, les prétendus remèdes que les médecins emploient dans le traitement de l'aliénation mentale.

Pour terminer Tissot écrit :

Avant de finir cet article, il me tombe entre les mains une brochure qui vient de paraître, imprimée à Paris chez Adrien Le Clère et Cie, imprimeurs-libraires, quai des Augustins ; elle a pour titre : *Histoire d'un fou qui s'est guéri deux fois malgré les médecins et une troisième fois sans eux.*

N'est-ce pas le cas de dire que sans l'incurable esprit de routine qui nous est si souvent reproché, l'hygiène mentale naissait en France cent ans plus tôt ? Une fois de plus la vieille Europe montrait l'exemple à la toute jeune Amérique ! Il a fallu attendre jusqu'à maintenant pour voir s'épanouir la saine doctrine.

Services ouverts ! *Tarte à la crème* actuel pour les questions relatives à l'assistance des aliénés. Et pourtant la loi de 1838 a fait ses preuves, les asiles aussi. Nous y reviendrons.

Henri COLIN

©BIM

CONTRIBUTION A LA MÉDECINE LÉGALE

DE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE CHRONIQUE

Par le D^r Auguste WIMMER

Professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague

A peine ébauchée, la médecine légale des formes mentales de l'encéphalite épidémique apparaît déjà d'un intérêt primordial.

V. TRUELLE et G. PETIT.

Parmi les soi-disant « séquelles » de l'encéphalite épidémique, les troubles mentaux ont déjà acquis une réputation funeste.

Tandis que, chez les adultes, les altérations psychiques s'épuisent pratiquement dans la bradyphrénie de Naville, déchéance mentale très regrettable pour le malade, mais, le plus souvent, sans conséquences médico-légales, chez les enfants, au contraire, et chez les individus tout jeunes, nous assistons trop souvent à des changements de caractère et d'émotivité d'une intensité effrayante et de durée prolongée. De plus, ces changements apparaissent avec une fréquence redoutable. C'est ainsi que mon ancien chef de clinique adjoint, le docteur Kn. Winther a pu constater la présence de troubles mentaux chez 12 enfants sur 14 qui avaient survécu au stade aigu de l'encéphalite (sur les deux autres on n'a pas eu de renseignements précis).

Ces altérations morbides de caractère et d'émotivité s'accroissent assez souvent de façon à rendre le petit malade insupportable au sein de sa famille, à l'école, en apprentissage, etc. De plus, bon nombre de ces malades manifestent des tendances et des impulsions direc-

tement *antisociales*, voire même criminelles. Ainsi, l'encéphalite épidémique va ajouter un nouveau chapitre à la médecine légale.

Les réactions nocives de l'enfant encéphalitique dérivent en grande partie de son éréthisme émotionnel maladif dont naissent des impulsions plus ou moins regrettables. En second lieu, les actes désordonnés ou antisociaux trouvent leur explication pathogénique dans un état crépusculaire ou de confusion mentale nette, le plus souvent passagère (Stæhelin, H. Colin.....). Le plus souvent, c'est pendant des accès de colère aveugle, vraies crises émotionnelles, qu'apparaissent ces explosions d'invectives grossières contre l'entourage, de vraie clastomanie, le désir de mordre, de frapper, cette agressivité qui va jusqu'à la tentative d'homicide (Briand, Stæhelin) (1). Tinel, Mlle Lévy ont relaté des tentatives de mettre le feu aux lits dans les salles de l'hôpital, aux rideaux, etc. Quelquefois, on observe de la brutalité envers les animaux (Briand et Reboul-Lachaux, Stæhelin).

Parmi les enfants encéphalitiques, beaucoup deviennent plus ou moins menteurs, imaginant des dénonciations calomnieuses et malicieuses contre leur entourage (Stæhelin, Robin). Dans ces tendances mensongères, on retrouve assez souvent un élément de mythomanie plus ou moins puérile. Un de mes malades atteint à l'âge de 15 ans, et dont la maladie a évolué sous un aspect neurologique assez compliqué (2), est devenu mythomane dans la troisième année de la maladie, si bien qu'il racontait des histoires fictives d'incendies auxquels il avait assisté sauvant des gens de la maison en feu, etc. Il se vantait de son opulence, se disait « héritier universel » ; il prétendait que « nombre de jolies femmes étaient éprises de lui », etc. Un peu plus tard, il devint imposteur, se rendit chez le directeur

(1) Chez le malade de H. Colin, la tentative d'homicide est survenue pendant une période de somnambulisme.

(2) On trouvera des détails sur ce malade comme sur les autres mentionnés ci-dessous dans ma monographie sur « chronic epidemic encephalitis », qui va paraître prochainement en anglais.

d'une école et lui soutira deux cents couronnes sous le faux prétexte qu'il était pauvre et orphelin de père et de mère. Puis il dépensa en friandises le produit de sa filouterie.

Stahelin rapporte l'histoire d'un jeune garçon de 13 ans, qui évolua en mendiant obstiné, accostant tout le monde sur son passage, exploitant les contorsions réelles de ses membres pour avoir « des crises » dans la rue, et stimuler ainsi la charité des passants.

On a observé, aussi, des cas de vol ou de larcin. Tinel a observé un enfant de quatorze ans qui toutes les trois ou quatre semaines cherche à voler une bicyclette, et s'il réussit, pédale jusqu'à la ville voisine et la vend pour se payer le cirque ou le cinéma. Une jeune fille de dix-huit ans vole aux étalages ; un jeune garçon dérobe de l'argent à ses parents.....

Une de mes malades, jeune fille de dix-sept ans, à parkinsonisme prononcé, bradyphrénique, a manifesté les mêmes tendances cleptomaniques.

Quelquefois, les enfants encéphalitiques deviennent fugueurs. Ils font l'école buissonnière, ou bien ils s'échappent de la maison, comme un de mes malades, pour vagabonder un jour, quinze jours même, obéissant à une « impulsion subite » et qui n'est pas accompagnée d'une vraie obnubilation de la conscience, ni suivie d'amnésie (1).

Il me reste à parler des effets les plus inquiétants des altérations morales et de caractère de ces petits encéphalitiques, je veux dire l'*érotisme précoce*, et qui peut se compliquer comme dans le cas de Stern et chez un de mes malades, garçon de 11 ans, d'une puberté *somatique* précoce, avec macro-génitalisme, etc.

On peut, dans ces cas, assister à des manifestations excessives d'érotisme, de masturbation incoercible, de propos et d'actes lascifs, d'exhibitionisme (Mlle Lévy), de tentatives de viol, d'autres attentats à la pudeur, sur des femmes adultes ou des enfants.

Vu les conséquences sérieuses que peuvent entraîner

(1) Un de mes encéphalitiques adultes, à parkinsonisme fruste, a fait une fugue *amnésique*, de 8 jours de durée.

pour l'enfant ou le jeune individu ces attentats aux mœurs, le lecteur parcourra peut-être avec quelque intérêt l'histoire du cas suivant. Il est, à ma connaissance, encore assez rare que des « criminels encéphaliti-ques » aient eu à paraître devant les tribunaux, devant le juge.

OBSERVATION. — Garçon de 16 ans, arrêté pour attentats à la pudeur envers des petites filles et envoyé dans mon service pour être mis en état d'observation.

Avant août 1920, le jeune garçon avait été tout à fait normal psychiquement, gai, bon, docile, à facultés intellectuelles normales. Jamais d'accidents nerveux antérieurs.

Au commencement d'août 1920, il est atteint d'une encéphalite épidémique typique (fièvre, somnolence prononcée, délire, diplopie, ptose, paralysie faciale). Durant la troisième semaine de la maladie, il a manifesté une défaillance de la mémoire immédiate, et, avec le mois de septembre, surviennent des troubles psychiques très marqués : Il chantait et poussait des cris des journées entières, devenait saugrenu, grossier, tenait des propos obscènes, lâchait de gros jurons, manifestait de l'agressivité, de la clastomanie, etc.

Le 17 septembre 1920, il est transféré dans mon service. Il est toujours intraitable, frappe, donne des coups de pied à son entourage, jure comme un charretier, crache la nourriture, urine dans son lit, s'oppose obstinément à l'examen médical, adresse au médecin des propos comme « ferme ton bec », etc.

Il était tout à fait lucide, bien orienté. Il n'y avait pas d'altération émotive continue, surtout il n'y avait pas d'exaltation vraie, ni fuite des idées, ni productivité, etc. Sa « méchanceté » avait souvent l'allure d'une réaction de cause exogène, avec des intervalles de calme relatif, voire même de somnolence légère.

Parfois, il était très malin, appelant par exemple l'infirmière par des paroles caressantes pour terminer en lui donnant des coups de poing, etc. Il jetait ses fèces contre son entourage, crachait comme un lama, cherchait à mordre, etc.

On n'a pas observé la masturbation. Mais il était très « épris » d'une jeune externe, il lui caressait la joue, l'appelait « ma chérie », voulait l'embrasser, etc.

Pendant la nuit, il était souvent éveillé, chantait, vociférait, etc.

Au point de vue neurologique, on trouvait les pupilles

réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Hémiparésie légère gauche, sans hémirigidité, mais avec signe de Babinski, clonus achilléen, réflexe patellaire exagéré. Ni tremblement, ni autres mouvements musculaires involontaires.

La température était normale pendant tout son séjour à l'hôpital. Urine sans albumine, sans sucre. Le liquide céphalo-rachidien, donnait 7 lymphocytes par mm³, 2 globulins, 20 albumins, c'est-à-dire une formule anormale (1).

Peu à peu, les troubles mentaux disparaissaient, de façon qu'après deux mois de séjour, on pouvait l'envoyer chez ses parents. Il était alors gai d'une façon normale, docile, et les différents tests ne révélaient point de déficit intellectuel.

Le 6 avril 1922, il est de nouveau admis dans mon service. Pendant une année, il a pu faire son apprentissage comme mécanicien. Pendant six mois il a manifesté des mouvements choréiformes aux membres gauches, de la céphalalgie, des vertiges, des accès de forte transpiration. Pour ces accidents, il a été traité au mois de novembre 1921 dans un hôpital. Là, il a manifesté un *érotisme très gênant*, adressant des invitations obscènes aux infirmières, toujours pendu à leurs jupes. De plus, il était très remuant, bavard. Sorti de l'hôpital, il a poursuivi les petites filles dans les rues, leur a crié des mots orduriers, etc., s'attirant dans son quartier une très mauvaise réputation.

Dans mon service, il est assez bon garçon, un peu enfantin, repentant de ses fautes. Il est plutôt un peu euphorique et insouciant. Ses manières sont assez bonnes, sauf qu'il témoigne une « attention » un peu trop vive aux infirmières. Les tests systématiques d'intelligence ne révèlent toujours pas de déficits.

Taille 158 cm., poids 40 kg. 300. Apparence extérieure plutôt enfantine; penis, scrotum un peu trop développés, pubes assez abondants, pas de poils dans les aisselles, pas de moustache. Timbre de voix enfantin. Dans les membres gauches, parfois aussi dans l'hémiface gauche, on observe quelques secousses choréiformes ou myocloniformes. Hémiparésie gauche douteuse, pas de signe de Babinski, ni de clonus. Pas trace de parkinsonisme. Réactions pupillaires, mouvements des yeux normaux. Le liquide céphalo-rachidien contient 2/3 lymphocytes par mm³, 0 globulins, 10 albu-

(1) Voir, pour l'explication des deux derniers chiffres (obtenus par titration) mes *Psychiatric neurological examination methods*. St-Louis, 1917.

mins. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien.

Après un séjour de quelques semaines, le malade sortit de nouveau de service. A la maison, il s'est montré continuellement intraitable, obstiné, taquin, toujours en brouille avec son entourage, gênant les passants dans les rues, les injuriant, les poussant, leur donnant des crocs-en-jambe, etc. Envers son jeune frère il est très mauvais, lui promet de le rosser, menace aussi sa mère quand elle lui adresse des réprimandes, etc. Les sentiments familiaux ont beaucoup diminué. Il présente toujours une instabilité motrice prononcée, fait des contorsions, remue continuellement les bras et la tête, ne peut pas rester assis plus de quelques minutes. Il graillonne, crache sans égard, souvent même sur les passants dans la rue. Il est très ennuyeux par ses exigences incessantes, très indiscret, se mêlant de toutes les conversations, bavard, impertinent. « Impossible de le faire taire », dit sa mère. Il est très psycho-infantile dans ses remarques et dans sa conception, ne dépassant pas, selon sa mère, son frère âgé de neuf ans. Parfois il a l'air un peu distrait, « comme s'il marchait dans un autre monde », il peut par exemple passer à côté de ses parents dans la rue sans sembler les remarquer. Pourtant jamais de fugues, ni d'hallucinations certaines. Son humeur est changeante, le plus souvent il est « insouciant », chante, siffle, etc. Il a témoigné la même insouciance lors de son arrestation.

Il est devenu « terriblement malpropre », il faut le gronder pour qu'il se lave, change de linge, etc. Mais il n'est pas malpropre au point de vue des urines ou des fèces.

Il s'endort le soir, mais après quelque temps il se remet à parler, pousse des cris, parfois il y a du somnambulisme vrai, il se promène dans la chambre, les yeux ouverts, il ne répond pas quand on lui parle, etc. Il ne semble pas angoissé. Il n'y a jamais d'enuresis, ni de convulsions.

Le pire, en somme, c'est ses *tendances érotiques*. Il poursuit toujours les petites filles, voire même ses petites cousines ; vis-à-vis des femmes, il est lourdement importun, il se colle à elles ou leur adresse des propos obscènes. Il ne semble pas, néanmoins, avoir eu des relations sexuelles avec des femmes.

Le 11 mai 1923, il est arrêté pour *attentats à la pudeur envers des petites filles* de 6 à 12 ans. Evidemment, il a commis ces actes souvent et au moins pendant une année, le plus souvent il a procédé ainsi. Il a attiré l'enfant derrière une porte, dans une allée, par exemple, puis il lui a palpé l'abdo-

men ou les parties génitales, à son dire toujours à travers les vêtements. Ensuite, il s'est *exhibé* devant la petite. Devant le juge d'instruction, il parle d'une « impulsion subite », avec érection, mais sans éjaculation. Il nie absolument avoir fait des tentatives de coït vrai sur des petites filles.

Psychiquement, il est puéril, bavard, importun, futile, insouciant et euphorique, penaud quand on lui parle de ses fautes. Il est très remuant, curieux, taquin, assez indiscipliné, se brouille facilement avec les autres malades. Il poursuit toujours les infirmières et les servantes, mais il n'a pas encore commis d'attentats à la pudeur.

Il n'y a toujours pas de véritable exaltation, ni de fuite des idées, ni de productivité, etc. Les tests d'intelligence donnent toujours des résultats assez bons. Pas de traces de symptômes schizophréniques.

L'examen objectif donne à peu près le même résultat que pendant le dernier séjour : Taille 163 cm., poids 48 kilos 700. L'aspect général est à peine plus viril. Tout trouble neurologique objectif fait défaut.

Le diagnostic de ce cas ne peut pas être douteux. Les observations successives n'ont pas révélé de traces d'une démence précoce. Quant à la folie maniaque dépressive, j'ai déjà souligné l'absence complète des traits fondamentaux de cette psychose.

Le tableau clinique total s'accorde jusque dans ses moindres détails avec les cas, assez nombreux malheureusement, de troubles mentaux chez les enfants encéphalitiques que nous ont relatés Briand, Claude, H. Colin, Truelle et Petit, Robin, Mlle Lévy, Tinel, Auden, Patterson et Spence, Kisby et Davis, Kirschbaum, Staehelin, Sherman-Beverley, etc. Le rapport intime chronologique de l'apparition des troubles mentaux primaires avec le stade léthargique, l'entremêlement dans le cours ultérieur de la maladie des symptômes mentaux et neurologiques, dénotent assez que ces troubles psychiques dépendent de ces altérations chroniques *progressives* du cerveau qui sont, sans doute, le plus souvent, la cause des « séquelles encéphalitiques ». Il s'agit donc, chez ce malade comme chez la plupart des encéphalitiques chroniques, d'un processus céré-

bral *toujours actif*, d'une *encéphalite épidémique chronique*, et dont le pronostic reste, pour le moment, tout à fait incertain.

Quant à la question de la responsabilité de mon malade, j'ai pu déclarer dans mon expertise mentale qu'il avait commis ses actes délictueux sous l'empire d'une perversion sexuelle organique provenant d'une maladie chronique du cerveau. Il a été acquitté, pour être transféré dans un asile d'aliénés.

On serait tenté d'essayer de donner une explication de ces troubles très particuliers du caractère et de l'émotivité chez les jeunes encéphalitiques. Je résisterai ici à cette tentation, vu que j'ai étudié, dans ma monographie à paraître, les mécanismes patho-physiologiques qu'on pourrait admettre : Altérations histologiques de l'écorce du cerveau, altérations primaires de l'émotivité dues aux lésions des ganglions basaux, retentissement possible du développement pubéral précoce somatique sur la vie psychique, etc. Mais ce ne sont là qu'hypothèses.

Enfin, je voudrais souligner que dans aucun des cas de troubles mentaux chez les enfants ou jeunes individus encéphalitiques que j'ai observés, le tableau clinique n'a jamais versé dans la démence précoce. Deux fois, j'ai observé de la bradyphrénie, association morbide très rare chez les enfants encéphalitiques. Le plus souvent, l'intelligence reste assez intacte, comme chez notre malade, constatation faite également, d'ailleurs, par d'autres observateurs.

DE LA RÉGLEMENTATION DES AUTOPSIES DANS LES ASILES

Par les Docteurs H. BEAUDOUIN et J. RAYNIER

La question des autopsies dans les établissements hospitaliers présente le plus haut intérêt médical. Dans la réglementation spéciale aux asiles, elle est envisagée en ces termes :

« Art. 66. — Immédiatement après le décès d'un malade, le corps sera porté à la salle des morts, et l'état extérieur du corps, ainsi que le décès, sera préalablement constaté par l'élève interne de garde.

« Les parents seront prévenus du décès, et il ne pourra être procédé à l'autopsie lorsqu'ils auront formé une opposition écrite.

« Les autopsies seront faites par le Médecin en chef, qui pourra se faire suppléer par le médecin adjoint.

« Le médecin qui procédera ou présidera à l'autopsie en dictera immédiatement le procès-verbal à l'un des élèves présents et y apposera sa signature. »

Des dispositions beaucoup plus précises méritent d'être formulées en raison des difficultés que le sujet provoque parfois. Pour l'étudier avec assez d'ampleur, il y a lieu d'examiner d'abord plusieurs questions :

Qu'est-ce que l'autopsie ? Dans quelles conditions a-t-elle lieu ? Qui décide de son opportunité ? avant d'envisager ensuite quels textes et quelles considérations permettraient de réglementer les délais dans lesquels elle peut avoir lieu, les oppositions de la part des familles, les difficultés qui se sont présentées.

Définition et généralités. — L'autopsie a été définie : « l'examen des diverses parties du corps d'un décédé, dans le but de connaître la cause de la mort ; la prati-

que de l'autopsie entraîne, très généralement, l'*ouverture du corps* ; mais l'ouverture du corps est limitée à la recherche de la cause de la mort ». (MM. Derouin et Gory).

Nous pouvons accepter cette définition, assez extensive pour permettre, avec les conceptions médicales actuelles, l'examen de tous les organes splanchniques, et la recherche ultérieure des lésions histologiques.

Il n'y a lieu d'insister, à propos de la définition, que pour éliminer les manœuvres de dissection, c'est-à-dire « l'acte d'ouvrir un corps et d'en disséquer les diverses parties, *pour en faire l'anatomie*, sans que cet acte ait nécessairement pour objet la recherche de l'affection à laquelle le malade a succombé ». En principe les manœuvres de dissection ne peuvent se faire que dans les amphithéâtres d'anatomie ; dans le ressort de la Préfecture de police, elles sont interdites dans les établissements hospitaliers (ordonnance du 25 novembre 1834 et arrêté conforme du Conseil général des hospices, du 2 décembre 1834). Ce principe dégagé, la question des dissections ne nous intéresse plus ici.

Quant aux autopsies, bien qu'elles soient surtout pratiquées dans les établissements hospitaliers, il y a lieu de signaler aussi que, hormis les autopsies médico-légales, elles peuvent avoir lieu à domicile, soit à la demande du décédé (en vertu des dispositions testamentaires), soit à la demande des proches. Dans ce cas, aux termes d'une ordonnance du Préfet de police : 6 septembre 1839, l'autopsie n'est pas autorisée avant un délai de 24 heures depuis la déclaration du décès à la Mairie, et sans qu'une déclaration préalable ait été faite : à Paris, au Commissaire de police, dans les communes suburbaines, au Maire. Cette déclaration doit indiquer que l'opération est autorisée par la famille, faire connaître l'heure du décès ainsi que le lieu et l'heure de l'autopsie.

En dehors de ces cas spéciaux, les autopsies peuvent avoir lieu soit dans un intérêt social, soit dans un intérêt scientifique.

Une première variété d'autopsie pratiquée dans un intérêt social est celle qui est *ordonnée par l'autorité judiciaire* en vertu des articles 81 du Code civil et 44 du Code d'instruction criminelle. Nous n'avons pas à y insister ici, sauf pour faire observer que l'ordonnance judiciaire prime toutes les autres considérations, délais, oppositions, etc.

L'autopsie, soit à l'intérieur, soit en dehors des établissements d'assistance, peut encore être *prescrite par l'autorité administrative*. Encore que cette mesure reste en pratique peu appliquée, on doit y insister, car, à notre sens, elle constitue la base d'une réglementation précise possible dans les hôpitaux, et — ce qui nous intéresse ici — dans les asiles. La possibilité de cette mesure avait été indiquée par une lettre du Ministre de l'Intérieur au Préfet de la Seine en février 1842, prescrivant que l'opposition formulée par la famille ne doit être reçue « que sans préjudice du droit réservé à l'administration de faire procéder à l'autopsie dans le cas où elle serait exigée par un intérêt public ». Cette notion fut précisée par l'article 2 du décret du 27 avril 1889, aux termes duquel le Préfet peut, sur l'avis conforme et motivé de deux docteurs en médecine, ordonner l'autopsie si le décès paraît résulter d'une maladie suspecte ou contagieuse.

Dans la majorité des cas, l'autopsie est pratiquée dans les établissements hospitaliers, dans un intérêt scientifique. Nous nous abstenons de discuter ici le principe d'intérêt scientifique, variable dans ses applications dont, en définitive, le médecin semble devoir rester le principal juge.

Remarquons seulement que, plus précis que le règlement de 1857, celui du 15 décembre 1899, pour les hôpitaux et hospices, émet ces prescriptions :

« Art. 43. — Les décès dans les hôpitaux sont... *immédiatement* notifiés aux familles.

« Lorsque les corps sont réclamés par les parents des défunts, ils leur sont rendus.

« L'autopsie pourra être pratiquée *dans un but scientifique à moins d'opposition de la part des familles* ».

Cet article est suivi de commentaires importants, que nous retrouverons en partie plus loin ; citons seulement ici :

« La question de l'autopsie dans les hôpitaux ne faisait l'objet d'aucune disposition dans l'ancien règlement. C'est une lacune qu'il importait de combler, en s'inspirant de la pratique actuelle et des prescriptions déjà admises en

116 RÉGLEMENTATION DES AUTOPSIES DANS LES ASILES

cette matière par les règlements de plusieurs établissements hospitaliers de grandes villes.

« Lorsqu'il n'y a pas opposition de la part des familles, l'autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique, sur avis conforme du corps médical, à la condition que cette autopsie soit pratiquée dans une salle aménagée à cet effet et distincte de la salle mortuaire... »

Pour le cas plus spécial des asiles, il est intéressant de relever les indications de l'Inspection générale (1911) :

...« Il y a lieu de poursuivre l'amélioration des salles d'autopsies, le plus souvent mal installées, dans des locaux exigus, dont l'éclairage et l'aération sont insuffisants. Ce sont là des conditions très défavorables auxquelles il est nécessaire de remédier (1). Signalons comme étant entré dans cette voie l'asile de Bailleul où a été construit récemment un pavillon contenant un dépôt mortuaire, une salle d'autopsies et un laboratoire. Dans d'autres établissements, on a envisagé de même l'aménagement du laboratoire à proximité de la salle d'autopsies. Il n'est pas douteux que ces améliorations inciteront les médecins et les internes à pratiquer des autopsies en plus grand nombre ».

Qui décide de l'opportunité de l'autopsie ? Bien que cette question ait été incidemment traitée au précédent

(1) La note de l'inspection générale sur les constructions hospitalières prescrit à ce sujet :

Art. 92. — Le dépôt mortuaire doit se composer : 1° d'une pièce destinée exclusivement à l'exposition des hospitalisés défunts et disposée de telle sorte que les personnes introduites auprès du corps d'un parent ou d'un ami, n'aient pas la vue d'autres corps ; ce résultat peut être obtenu au moyen de rideaux mobiles séparant les dalles d'exposition ; 2° d'un local servant de remise au matériel funéraire et aux cercueils ; 3° d'une salle d'autopsie bien éclairée avec postes d'eau pour le lavage des mains, de la table d'autopsie et du sol.

Dans les grands établissements, on y ajoutera une salle de veille pour la famille, pouvant servir également de local de réunion pour les enterrements et même pour la célébration de cérémonies funéraires. Il est désirable qu'il y ait aussi un local distinct pour les corps des contagieux.

Les dépôts mortuaires seront placés hors de la vue des malades.

paragraphe, il n'est pas inutile d'y insister. Nous savons que l'autopsie peut être pratiquée :

Soit à la demande du décédé ou de ses proches ;
 Soit à la requête des autorités judiciaires ;
 Soit à la requête de l'autorité administrative ;
 Soit enfin sur l'avis du médecin, dans un intérêt scientifique, comme l'indiquent les règlements.

Dans les trois premières éventualités, il ne peut, semble-t-il, surgir de difficultés.

En ce qui concerne l'autopsie purement scientifique, en est-il de même ?

Sous réserve des oppositions et dans les conditions de délai que nous examinerons plus loin, le *Médecin-chef de service* nous semble bien rester, tant moralement que réglementairement, juge de l'opportunité qu'il y a de pratiquer ou non l'autopsie d'un malade décédé dans son service. Il n'est pas inutile de préciser, puisque le cas a pu se produire où, soit un Directeur, soit une Commission administrative ont, ou pris des mesures pour empêcher la pratique de toute autopsie, ou prétendu posséder à cet égard un droit d'autorisation formel.

Que l'administration ait connaissance de l'autopsie et de l'heure où elle est pratiquée, rien de plus légitime, puisque c'est à elle de noter l'heure du décès, d'en faire la déclaration, et de recevoir l'opposition des parents s'il y a lieu. Le directeur (l'administrateur de service ou son représentant qualifié) peuvent donc se faire rendre compte, par les employés placés sous leurs ordres, lorsque le préposé à l'amphithéâtre fait les démarches indispensables.

Une demande d'autorisation formelle de la part du médecin nous paraît injustifiable — au contraire — par des arguments de textes ; au surplus, elle pourrait être de nature, dans certains cas, à se heurter à une opposition mal fondée, qu'il ne pourrait lever sans conflits pénibles, en l'absence de la réglementation plus précise que nous croyons nécessaire.

Les délais. — Leur réglementation mériterait ainsi une précision. Nous n'insisterons pas sur l'opinion que,

de l'avis de certains anatomo-pathologistes, ils pourraient être nuls, puisque, dans certains cas au moins, l'examen histologique complément fatal de l'autopsie n'a de valeur qu'autant que les prélèvements d'organes ont été faits dans les heures qui suivent le décès. En effet, sans qu'il soit besoin d'envisager d'autres considérations, comme doit subsister la possibilité d'opposition de la part des familles, doit subsister celle des délais avant la fin desquels l'autopsie ne sera pas pratiquée.

Est-il permis de donner de l'article 66 du règlement de 1857, une interprétation aux termes de laquelle les parents étant prévenus, il faille attendre leur décision ? Nous ne le croyons pas.

En effet, l'opposition est subordonnée d'abord au moment où la notification du décès a été faite aux parents. Il convient donc de condamner, même en se plaçant à d'autres points de vue, la méthode qui consiste à les *avertir par lettre*, au courrier qui suit le moment où avis est reçu du décès par l'employé de la direction spécialement désigné. Il en est ainsi prescrit d'ailleurs, pour les Hôpitaux, par les commentaires de l'article 43 du règlement de 1899 :

« Cette notification doit être faite *par les voies les plus rapides...*

« Le décès devant être *notifié immédiatement*, et d'autre part l'autopsie ne pouvant être pratiquée *avant 24 heures à compter du décès*, les familles auront le temps nécessaire pour mettre opposition à l'autopsie si elles le jugent convenable »...

Ici se poserait la question de savoir si l'opposition devrait être reçue au cas où elle serait adressée au directeur télégraphiquement, et non faite *par écrit*, selon les termes du Règlement. Il n'est pas douteux qu'il convient, de toutes façons, de déférer au désir des ayants-droit.

Jusqu'à quel moment le médecin devra-t-il attendre pour pouvoir procéder à l'autopsie ?

Notons tout d'abord que, selon les commentaires du

règlement de 1899... « *l'opposition est d'ailleurs recevable tant que l'autopsie n'est pas commencée...* » Il semble donc que le début de l'opération close, *ipso facto*, les délais dans lesquels l'opposition reste possible.

Quels sont donc ces délais ?

Selon l'ordonnance précitée du Préfet de police : 6 septembre 1839, l'autopsie n'est pas autorisée avant l'expiration d'un délai de vingt-quatre heures *depuis la déclaration du décès à la mairie*.

D'autre part, une circulaire citée plus loin *in extenso* du Préfet de la Seine, s'appuyant, par analogie, sur les dispositions de l'article 77 du Code civil, précise que c'est « vingt-quatre heures *après le décès* que pourra être pratiquée l'autopsie ».

Cette opinion est partagée également par divers juristes, et a reçu d'ailleurs la sanction de la pratique.

Les oppositions. — Elles sont prévues par le Règlement des asiles et celui des hôpitaux. Il s'agit là d'oppositions dans des cas particuliers. Mais peut-il y avoir des oppositions en quelque sorte d'ordre général, c'est-à-dire découlant de prescriptions réglementaires ? On peut interpréter dans ce sens les prescriptions édictées par le Conseil général des Hospices de Paris (délibération du 10 novembre 1841) par lesquelles toutes les fois que la famille se chargeait de l'inhumation, l'autopsie ne pouvait être pratiquée qu'avec le *consentement écrit* de cette famille. Il convient cependant d'ajouter que, par sa lettre de février 1842 au Préfet de la Seine, le Ministre de l'Intérieur désapprouvait cette réglementation.

« Il y a là divers intérêts graves à concilier et je n'ai pas cru que l'administration dût autoriser, d'une *manière générale*, l'autopsie des personnes décédées dans les hôpitaux, au mépris du vœu hautement manifesté de la famille qui réclame le corps pour le faire inhumer. Mais *il faut que ce vœu soit solennellement et spontanément exprimé* : car il constitue l'exception, et l'autopsie doit demeurer la règle, dans l'intérêt bien entendu des malades eux-mêmes et de la science... J'ai donc pensé qu'il fallait s'en tenir à l'ordre

suivi jusqu'à présent, et que *l'autopsie aura lieu de droit, sauf le cas où la famille, réclamant le corps, aura exprimé et fait connaître son opposition au Directeur de l'hôpital* ».

La notion d'opposition *spontanée* est capitale : il convient — c'est indubitable — de respecter au maximum les désirs des proches en semblable occurrence. Mais le mieux n'est-il pas justement de les laisser se manifester ? Provoquer l'opposition nous semble une pratique de nature à augmenter les scrupules et les craintes des intéressés.

Il semble en tout cas que, en dehors bien entendu des cas où l'autopsie est prescrite par les autorités judiciaire ou administrative, le médecin ne puisse passer outre à l'opposition sans engager sa responsabilité et courir les risques d'une instance de la part des familles.

Ainsi en est-il en France. Nous devons signaler le vote d'une loi italienne récente, mentionnée par l'*In-formateur des aliénistes*, qui permettrait aux directeurs de cliniques universitaires et aux chefs de service des hôpitaux, lorsqu'ils auront jugé l'autopsie nécessaire, dans un but scientifique, de passer outre aux oppositions.

Nous terminerons en rapportant *in extenso* une intéressante circulaire du Préfet de la Seine aux directeurs des asiles de son département, en date du 28 juin 1904. Condensant les diverses objections déjà signalées, elle émet « au sujet des autopsies » une série de dispositions qu'il est utile de connaître :

« Mon attention a été appelée sur les *difficultés* qu'a parfois soulevées la pratique des autopsies dans les asiles.

« De l'étude à laquelle il a été procédé, il résulte que la cause principale de ces difficultés semble provenir de *l'absence d'indication relative au délai laissé aux familles* pour manifester leurs intentions et à partir duquel des autopsies peuvent être pratiquées.

« L'article 66 de l'arrêté ministériel du 20 mars 1857 relatif aux autopsies est ainsi conçu ;

(1) Voir la citation de l'art. 66 au début du présent article (page 113).

« A défaut d'indication précise sur la question du délai, l'usage s'est établi, dans les asiles, de procéder aux autopsies, si dans le délai de 24 heures à partir du décès, aucune opposition n'a été formulée de la part de la famille du malade.

« Cette pratique qui est consacrée par les dispositions du règlement sur le Service de santé de l'Assistance publique, en vigueur dans les hôpitaux et hospices de Paris semble également conforme à l'esprit de la loi.

« Aux termes de l'article 77 du Code civil, en effet, il n'est pas possible de procéder à une inhumation avant l'expiration du délai de 24 heures à compter du décès ; il en résulte qu'avant que ce même délai ne soit écoulé, il ne peut être pratiqué d'opérations telles que autopsies, embaumements, moulages. C'est donc 24 heures après le décès que pourra être pratiquée l'autopsie, s'il n'y a pas d'opposition de la part des familles, et il convient de ne pas modifier ce délai : dans ces conditions et afin de permettre aux parents du malade décédé de faire connaître leurs intentions à cet égard, vous aurez soin de les aviser par télégramme aussitôt que le décès sera survenu.

« Si vous n'avez pas reçu d'opposition écrite 24 heures après l'envoi du télégramme, rien ne s'opposera à ce que le médecin procède à l'autopsie.

« Cette opération devra être faite sous la direction personnelle du chef de service dans lequel le malade est décédé. Afin d'éviter toute réclamation ultérieure des familles, l'opération devra se borner et, sous réserve de l'avis contraire du médecin-chef de service, à l'exploration des organes dont l'étude paraît indispensable, et il conviendra de rendre au corps, aussi complètement que possible, les formes qu'il présentait avant l'opération.

« Il demeure entendu que les corps des personnes qui auraient fait ou pourraient faire l'objet d'une intervention judiciaire ne devront, en aucun cas, être autopsiés.

« Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, l'autopsie pourra être empêchée à la suite d'une opposition de la famille qui devra être reçue tant que l'opération n'est pas commencée.

« Il n'est pas contestable que les autopsies soient nécessaires dans l'intérêt de la science et il importe, par suite, de concilier l'intérêt scientifique avec les droits des familles.

« Pour ces motifs, ces oppositions ne doivent être recevables que de certains parents : les ascendants ou les descendants et en ligne directe, l'époux survivant, les frères et sœurs, les oncles et tantes, les neveux et nièces. Les cousins

et amis du défunt n'auront, par suite, aucun droit de formuler opposition. Cette opposition devra être écrite, il importe par suite *qu'elle soit spontanée, c'est-à-dire qu'il ne saurait vous appartenir d'en provoquer la manifestation* soit à l'aide d'affiches ou de toute autre indication analogue.

« Toutefois, lorsqu'une famille vous aura manifesté autrement que par écrit son intention de s'opposer à l'autopsie, vous aurez à tenir compte de son désir et, pour éviter qu'un retard ne soit apporté à l'expression de cette volonté, vous voudrez bien prescrire, ainsi que cela a été décidé pour les hôpitaux de Paris, la tenue, dans les bureaux de la Direction, d'un *carnet spécial* destiné à recevoir les oppositions aux autopsies.

« Il va de soi que ce droit d'opposition des familles ne saurait prévaloir contre celui de *l'autorité judiciaire* de faire procéder aux autopsies, toutes les fois que cette mesure serait reconnue nécessaire, ni contre le devoir de *l'autorité administrative* de prendre toute mesure utile pour l'application des lois et règlements qu'impose le souci de la santé publique.

« J'appelle tout particulièrement votre attention sur l'importance qui s'attache à ce que les instructions ci-dessus soient strictement appliquées et je vous prie de transmettre à chacun des médecins-chefs de service de votre asile copie de la présente circulaire en les invitant à se conformer à ses prescriptions.

« D'autre part, ainsi que vous le savez, l'article 66 de l'arrêté de 1857 prescrit l'établissement d'un *procès-verbal* à la suite de chaque autopsie.

« J'attache de l'importance à ce que ces prescriptions soient scrupuleusement observées. Les procès-verbaux dont il s'agit, devront, par suite, être régulièrement *inscrits sur un registre spécial*, qui restera déposé à l'amphithéâtre et signé par le médecin qui aura dirigé ou effectué l'autopsie. Il sera, d'ailleurs, loisible à ces praticiens de faire établir, pour leurs études personnelles, autant de copies de ces procès-verbaux qu'ils le jugeront convenable. »

Documents Cliniques

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FOLIE GÉMELLAIRE PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE CHEZ DEUX SŒURS JUMELLES ⁽¹⁾

Par MM. R. LEROY et P. SCHUTZENBERGER

Médecin en Chef Interne
à l'Asile de Maison-Blanche

(Suite et fin)

OBSERVATION DE MARCELLE

PREMIER ACCÈS, à l'âge de 25 ans.

Entrée à l'Infirmerie spéciale du Dépôt le 18 septembre 1921.

Excitation maniaque. Volubilité. Plaisanteries. Espiègleries. Injures. Récriminations. Fabulation. Récits humoristiques et mégalomaniques. La Préfecture de Nancy lui doit 15.000 francs. Menace de tuer tout le monde, veut boire du sang. Insomnie, cauchemars. Visions nocturnes. Serait éthéromane. Fatigue générale. Teint terreux ; subictère. Hyperesthésie des mollets. Pouls : 60. Conscience assez exacte de l'état morbide. Déjà internée du 25 novembre au 14 décembre 1920 pour excitation maniaque. (Logre).

Certificat de l'Admission du 19 septembre 1921 : *Débilité mentale avec agitation hypomaniaque. Craintes vagues de persécution. Fugues. Errance. Appoint toxique. Fabulation mythomaniaque. Plaies superficielles de l'avant-bras droit. Accidents convulsifs. Grossesse alléguée. Probabilité de psychose intermittente. (Briand).*

Le 1^{er} octobre, elle arrive à l'Asile de Maison-Blanche.

Certificat immédiat : *Débilité mentale avec excitation maniaque, fuite des idées, fabulation ; se prétend enceinte de*

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1924, p. 42.

deux mois ; brûlures à l'avant-bras droit. Deuxième internement. (Leroy).

Marcelle se dit enceinte de deux mois ; son ami est Gaston P..., artiste décorateur et frère de Henri P..., l'assassin de Vanderlant, le garagiste, qui a été trouvé mort dans le bois Le Prêtre. Elle connaît la femme coupée en morceaux, qui, elle, était enceinte de Vanderlant ; elle a été au plateau de Maxéville, est montée dans l'avion de Pelletier d'Oisy et a mis l'appareil en marche. Elle est chargée par la Sûreté de faire de l'espionnage et doit toucher 15.000 francs pour avoir fait arrêter l'aviateur ; elle doit partir en Amérique ; elle voudrait être nymphe et vivre dans l'eau ; elle a pour amants six aviateurs et un officier américain nègre...

Interrogée par nous, la mère nous donne les renseignements suivants : Marcelle n'a jamais été malade pendant son enfance et n'a eu qu'une otite du côté droit, dont elle souffre d'ailleurs en ce moment. Elle a fait ces temps derniers une fugue à Nancy.

C'est actuellement le deuxième internement de Marcelle. Soignée pendant une vingtaine de jours dans le service de M. Klippel, à Tenon (où, sans doute à cause de son agitation, elle fut maintenue), elle a été transférée à la Salpêtrière, où elle est restée vingt jours environ. Au bout de ce temps, bien que non guérie et malgré l'avis du médecin, elle est réclamée par sa famille. Elle part à la campagne, continue à s'y montrer agitée ; de sorte que l'on peut considérer que son séjour à la Salpêtrière et son internement à Maison Blanche ont été motivés par le même accès d'excitation maniaque.

Son séjour à Maison Blanche est de courte durée. Marcelle sort de l'Asile le 30 décembre 1921, à peu près guérie, se rétablit assez rapidement et, pendant huit mois, reste en bonne santé et mène une vie normale.

DEUXIÈME ACCÈS. — Au début d'août 1922, notre malade entre à Tenon, dans le service de M. Merklen. *La réaction de Bordet-W., pratiquée à ce moment, est partiellement positive, alors qu'elle est négative chez Louise.*

Le 24 du même mois, elle est admise à l'Asile Clinique : *Débilité mentale avec agitation maniaque, propos incohérents. Déjà traitée. (Sérieux).*

A la demande de sa famille, elle est transférée à Maison-Blanche, le 18 février 1923, où nous voyons Marcelle arriver

calme, en pleine voie de guérison. L'excitation, la fuite des idées ont disparu. Sort le 8 mars 1923, réclamée par sa famille.

Depuis sa sortie, Marcelle semble avoir passé par une phase de dépression, si l'on veut s'en rapporter à une lettre que nous écrivait sa mère le 28 juin : « Elle se porte bien, a beaucoup grossi, mais est toujours en train de réfléchir et, aussitôt diner, s'endort à table... pouvez-vous m'ordonner quelque chose pour la stimuler... »

Actuellement, elle est en parfait état, et sa mère nous demandait même s'il était sage, étant donné sa maladie, de laisser s'engager des pourparlers, en vue d'un mariage prochain.

OBSERVATION DE LOUISE

Nous avons déjà noté les ressemblances et dissemblances des deux sœurs ; voyons maintenant les antécédents personnels de Louise.

A 12 ans, Louise fait une manifestation très vraisemblablement pithiatique (crise convulsive, chute en dehors de son lit) à l'occasion d'une contrariété. Un médecin est appelé, il lui jette un broc d'eau à la figure, lui fait la compression des ovaires et tout rentre dans l'ordre.

A peu près au même âge, Louise fait trois simulacres de strangulation ; elle connaissait le suicide de sa tante et, « pour faire peur », noue un mouchoir autour de son cou, en prenant bien soin, du reste, de ne pas le serrer. Elle est enchantée d'avoir ainsi attiré l'attention, mais cependant ne renouvelle pas son geste, sa mère ayant annoncé l'envoi dans une maison de correction à la première récidive.

Aux dires de sa mère, Louise était des plus coquettes, aimait attirer l'attention, mais nous n'avons pas trouvé chez elle de mythomanie si fréquente, selon Dupré, chez semblables malades. Mauvaise ouvrière, abandonnant l'atelier (nous l'avons vu) pour traîner dans les rues, Louise fait la connaissance d'un receveur d'autobus, devient enceinte et l'épouse. Elle a 17 ans ; c'est un « coup de tête », nous dit sa mère. Le ménage n'est pas heureux ; le mari, fainéant, est renvoyé de nombreuses places ; le peu qu'il gagne passe au jeu. La discorde règne, coupée de trêves où l'alcool réunit les époux. (Notons en passant que Marcelle n'a jamais bu). Un enfant naît, il a actuellement 11 ans,

est bien portant ; puis un second, qui meurt à 23 mois de rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Il y a trois ans, le désaccord est complet, le mari joue plus que jamais. Le travail de Louise est indispensable pour permettre au ménage de vivre ; aussi, lasse, désemparée, fait-elle part à sa mère de son désir de mourir, mais elle ne fait cependant aucune tentative.

Le 30 août 1923, son mari la conduit à l'Asile Clinique.

Excitation maniaque avec cris, chants, désordre des idées et des actes, hallucinations visuelles et auditives et interprétations délirantes. Réactions psycho-motrices. Insomnie. Injures à l'entourage, menaces et coups à son mari, scandale dans la rue. Depuis huit jours, s'imagine voir et entendre un enfant qu'elle a perdu il y a six mois et se croit poursuivie par des agents qui lui veulent du mal. Elle ne se couche pas et se promène toute la nuit, troublant l'immeuble et son voisinage et provoquant des plaintes des locataires. Arrêtée deux fois sur la voie publique par le Commissaire de Police. (Rodiet).

Le 15 août 1923, Louise est transférée à Villejuif : *Manie. Excitation extrême, chants, cris, grossièretés, plaisanteries, quiproquos. Insomnie complète. Incohérence. Prétend que son enfant décédé récemment est ressuscité. Souffle aortique. Contusions possibles. (Trénel).*

La malade est transférée à Maison Blanche le 29 août. A son arrivée à l'Asile (où elle a été conduite revêtue du maillot, vu son état d'agitation), le personnel, qui a bien connu Marcelle, croit reconnaître notre ancienne malade. Louise est incapable de faire cesser cette erreur, et la ressemblance des deux sœurs était telle que seuls le bulletin d'entrée et les pièces d'identité ont mis fin à cette méprise (1).

Nous nous trouvons actuellement en présence d'une maniaque typique avec fuite des idées, cris, chants, gesticulations, plaisanteries, propos obscènes et souvent orduriers ; injures, menaces, fausses reconnaissances, agitation motrice, danses, grimaces, rires, etc... Il nous a été absolument impossible d'examiner cette malade au point de vue sympathique (R. O.-C. et réflexe solaire).

(1) Il était intéressant d'examiner les empreintes digitales des deux sœurs, un cas de Bertillon, cité par Apert, ayant montré une ressemblance frappante. Nos malades semblent avoir des empreintes dissemblables.

Un fait a particulièrement attiré notre attention, c'est que la famille E..., comme dit Pinard, est une des « familles qui ont pour ainsi dire le privilège des grossesses multipares ». Dans les ascendants de nos malades nous avons noté, en effet, deux grossesses gémellaires et deux fausses couches gémellaires. Ceci prouve une hérédité lourdement chargée. Bar considère la multiparité comme une anomalie embryologique et lui reconnaît comme causes prédisposantes la syphilis et la tuberculose ; de plus, nous savons la grande fréquence de la gémellarité dans les régions où sévit l'alcoolisme.

C'est aussi à l'hérédité dont elle « est une des manifestations les plus nettes » (Déjerine) (1) qu'il faut rapporter cette psychose. Nées d'un même œuf, les deux sœurs sont venues au monde avec les mêmes qualités et avec une identité qui, suivant le mot d'Apert (2), « n'existe pas seulement à la naissance, mais, malgré les différences possibles des influences ambiantes, persiste dans la vie » ; elles ont eu des vies divergentes jusqu'à l'éclosion de leur maladie, révélant ainsi combien importe peu, dans ce cas, « l'action des conditions extérieures sur l'individualité » (Apert).

En présence de cette grossesse univitelline, qui pose essentiellement ici l'idée de syphilis (3), en présence de tout ce passé pathologique, où abondent les fausses couches et la multiparité, nous croyons y retrouver la signature très probable de la syphilis.

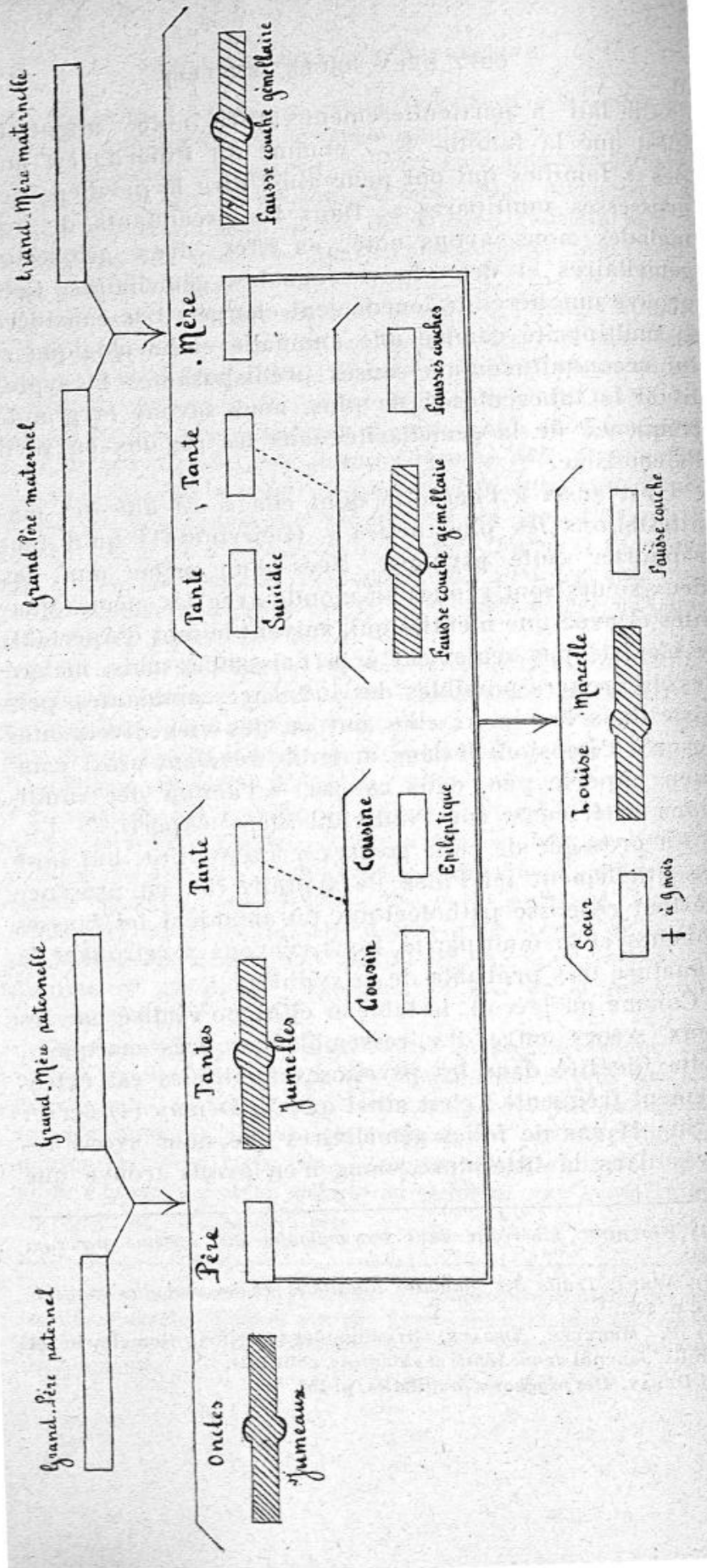
Comme on le voit, le tableau clinique réalisé par les deux sœurs offre des ressemblances très marquées. Cette identité dans les psychoses familiales est extrêmement fréquente ; c'est ainsi que M. Demay (4) écrit : « Sur 41 cas de folies gémellaires que nous avons relevés dans la littérature, nous n'en avons trouvé que

(1) DÉJERINE. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, p. 83.

(2) APERT. *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*, p. 197.

(3) P. MERKLEN, DEVAUX, DESMOULIÈRES, PARIS. Gémellarité et syphilis. *Journal de médecine et chirurgie*, août 1921.

(4) DEMAY. *Des psychoses familiales*, p. 158.



trois où sont signalées des psychoses dissemblables, ce qui donne 95 0/0 de psychoses similaires ». Il est à remarquer que, parmi celles-ci, les états maniaques-dépressifs sont de beaucoup les plus fréquents : 18 fois sur 41 cas de folies gémellaires (Demay). Ce fait a une haute importance pour démontrer le rôle considérable de l'hérédité et l'origine constitutionnelle de cette psychose. Cette notion, essentiellement clinique, est encore corroborée par les théories toutes récentes qui considèrent les intermittents comme des *déséquilibres constitutionnels* du système organo-végétatif (1).

BIBLIOGRAPHIE

BALL. — De la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux. *Encéphale*, 1884.

DÉJERINE. — *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Paris, 1886.

FOUQUE. — Maladies mentales familiales. *Thèse Paris*, 1899.

TRÉNEL. — Maladies mentales familiales. *Société Médico-Psychologique*, novembre 1899.

SOUKHANOFF. — Sur la folie gémellaire. *Annales Médico-Psychologiques*, 1900.

Sur la soi-disant folie gémellaire. *Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale*, 1912.

CULLERRE. — Deux nouveaux cas de folie gémellaire. *Archives de Neurologie*, 1901.

A. WILCOX. — Journal of mental science, 1901 (in *Annales Médico-Psychologiques*, 1904).

MARANDON DE MONTYEL. — La folie gémellaire. *Archives de Neurologie*, octobre 1906.

APERT. — *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*. 1907. *Les Jumeaux*, Paris 1923.

MARIE et BAGENOFF. — Folies gémellaires. *Traité international de psychologie pathologique*, Paris, 1912.

G. DEMAY. — Des psychoses familiales. *Thèse Paris*, 1913.

(1) SANTENOISE. De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente. *Thèse, Paris*, 1922.

SYNDROME CATATONIQUE

ET

LÉSION DES NOYAUX GRIS CENTRAUX

Par MM.

P. GUIRAUD,

H. DAUSSY,

Médecin-chef

Interne

de la Maison de santé de Ville-Evrard

La fréquence des états catatoniques associés au parkinsonisme dans l'encéphalite léthargique et coïncidant avec des lésions du *locus niger* et des noyaux gris centraux a attiré rapidement l'attention de certains psychiatres et les a poussés, par analogie, à se demander si la catatonie de la démence précoce considérée jusqu'alors comme un phénomène purement psychologique n'était pas plutôt un symptôme d'ordre neurologique localisable dans la région striée ou sous-optique.

En juillet 1921, avec Dide et Lafage nous avons rapporté à la Réunion Neurologique un certain nombre de cas d'attitude parkinsonienne chez des D. P., montré que ce symptôme devait être rapproché de la catatonie et essayé d'expliquer cette dernière par des lésions striées ou sous-optiques. Buscaino, Laignel-Lavastine, Tretiakoff, Iorgulescu et Lhermitte, etc..., ont signalé également des lésions de la même région dans la démence précoce catatonique.

Il est important de démontrer que toutes les manifestations de la série catatonique peuvent s'observer en dehors de la D. P. dans toutes les maladies atteignant la région striée ou sous-optique. Parmi les symptômes déjà décrits nous pouvons énumérer : l'hypertonie, l'opposition volontaire aux mouvements, le négativisme, la catalepsie, la stéréotypie d'attitude, la palilalie de Souques, la tachyphémie stéréotypique de Claude (Voir la thèse de Padeano, Paris, 1923). Dans le présent article purement clinique, en rapportant deux observations, nous désirons ajouter à cette liste d'autres symptômes du même ordre.

OBSERVATION I. — *Agitation désordonnée, bradyphrénie, puérilisme, inactivité et indifférence. — Hypertonie extrapyramidale. — Echolalie. — Echopraxie. — Déficit de la sensibilité protopathique. — Lésion opto-striée progressive.*

Mme P., 64 ans. Grippe grave en 1890. Un frère interné sans renseignements précis. Entrée le 28 mars 1923.

La maladie a débuté en 1910 et s'est accentuée progressivement jusqu'en 1923. Il s'agissait au début de simples étourdissements rapidement transitoires. Ils ont augmenté de fréquence entraînant parfois la perte complète de connaissance.

Vers 1914 apparaît une apathie progressivement croissante avec négligence de la tenue et des soins du ménage ; surviennent ensuite une tristesse continue sans manifestations délirantes et quelques idées de jalousie.

Au début de 1918, l'état dépressif s'aggrave entretenu par la présence d'un fils aux armées. Des idées de suicide se manifestent.

En même temps la mémoire jusque-là bien conservée s'affaiblit peu à peu, des difficultés de la marche se manifestent ainsi que du tremblement intermittent des mains.

Au début de 1923 survient une période d'agitation. La malade se met à crier et à chanter presque toutes les nuits ; elle se lève, bouleverse la chambre, menace ses petits-enfants.

EXAMEN MENTAL : La mémoire est très atteinte avec amnésie de fixation prédominante. A la plupart des questions sur les événements de la veille ou de la matinée la malade répond : « Je ne sais pas, j'oublie tout. » L'orientation dans le temps et l'espace est suffisante. La reconnaissance des personnes généralement exacte. L'attention se fixe difficilement et avec beaucoup de retard ; elle se fatigue très vite. La bradyphrénie est caractéristique. Le jugement et la conscience de la maladie sont à peu près normaux.

Le premier examen révèle un état de puérilisme associé à une jovialité intempestive qui contraste avec la manifestation d'idées mélancoliques au sujet de sa famille et de son avenir personnel. La malade joue avec les objets placés sur la table, rit à la moindre plaisanterie, s'amuse à des jeux de mots faciles. Cependant l'affectivité persiste : M. P. s'émeut au souvenir de son mari et de ses enfants et demande à partir pour les retrouver, mais elle le fait sans chaleur, d'une voix monotone et résignée. L'agitation est intermittente et se manifeste surtout dans la matinée sous forme de chants et de cris. Aucune explication ne peut être obtenue. « Je ne sais pas, ça me pousse ». L'activité volontaire a complètement disparu. La malade reste des heures

entières assise sur le bord d'une chaise sans prononcer une parole, sans faire un geste.

Cette inertie est interrompue par des périodes d'activité automatique stéréotypée : pendant des heures la malade se frictionne avec la main la moitié gauche de la tête à tel point qu'une bonne partie de sa chevelure est usée. Elle ne peut donner aucune explication de ce geste.

La parole est monotone, émaillée de stéréotypies verbales. L'écholalie est fréquente. La papilalie habituellement tachyphémique est très nette à certains moments.

Qui vous a écrit ?

C'est Ida..... c'est Ida..... c'est Ida..... c'est Ida..... c'est Ida..... Il y a une lettre..... une lettre..... une lettre..... une lettre..... une lettre..... une lettre..... Les infirmières ont signalé spontanément l'existence de l'échopraxie à de nombreuses reprises. « Si une personne coud en face d'elle, elle la regarde et avec la main fait les mêmes mouvements comme si elle cousait elle-même. » « Elle imite les gestes des autres pensionnaires, se mouche ou se gratte en même temps qu'elles. »

EXAMEN PHYSIQUE. — *Motilité.* — Le facies est immobile et inexpressif, les traits sont tirés avec accentuation des plis naso-labiaux, la bouche constamment entr'ouverte. Démarche parkinsonienne, le corps est penché en avant, les bras fixés contre le corps, les avant-bras en flexion, les doigts fléchis symétriquement. La progression s'effectue sans mouvements pendulaires, avec écartement des jambes, sans flexion des genoux. Une fois en marche la malade accélère rapidement son allure, ne peut s'arrêter, piétine longtemps, d'autres fois par propulsion elle court et finit par tomber.

L'hypertonie à type extrapyramidal était fort nette au moment de l'entrée. A peine ébauchée dans la position couchée elle apparaissait dès que la malade se levait : tous les muscles devenaient subitement raides pour fixer la malade dans la position parkinsonienne.

Le tremblement est continu avec des variations ; les oscillations des doigts sont amples et lentes et s'exagèrent par la fatigue et les émotions.

Sensibilité. — Au contact. L'attouchement fin par le pinceau est perçu avec un léger retard. Le contact d'une épingle est exactement perçu et bien localisé. La discrimination tactile par le compas de Wéber est affaiblie (une seule sensation jusqu'à 9 millimètres à la pulpe des doigts, deux sensations à 10 mm.). A l'avant-bras et au front les cercles de Wéber sont encore plus élargis, l'écartement doit dépasser 2 cm. pour que les deux pointes du compas soient distinguées. La sensibilité kinésique est normale. La position des mem-

bres est bien décrite les yeux fermés. Des poids différents renfermés dans des boîtes identiques sont facilement distingués à droite et à gauche.

Aucun trouble stéréognosique n'est à signaler. Les objets usuels sont facilement reconnus et nommés les yeux fermés.

La discrimination thermique est normale : des tubes à essai contenant de l'eau froide ou de l'eau chaude sont reconnus sans erreur. Leur contact est bien localisé. Contrastant avec cette sensibilité épiceritique relativement normale la sensibilité protopathique (au sens de Head) est très atteinte. Au cours de la conversation nous avons pu brûler la peau dans la région du bras avec une cigarette allumée jusqu'à produire une plaie dont la cicatrice est restée indélébile sans provoquer aucune réaction de la malade qui a continué à parler sans même s'en apercevoir. Quelques minutes après, en attirant son attention, on arrivait à lui faire distinguer le tiède du froid dans la même région. La même insensibilité s'observe à la piqûre profonde au moyen d'une aiguille qui traverse la peau ou après un pincement vigoureux. Parfois la malade s'en aperçoit, toujours avec un long retard, elle tourne lentement la tête vers l'opérateur et lui dit tranquillement sans retirer la main : « Vous me pincez », « vous me piquez », « vous me brûlez ». Le chatouillement inattendu des aisselles ou de la plante du pied ne provoque aucune réaction.

Sécrétions. — Les troubles sécrétoires sont nets et consistent en sialorrhée habituellement vespérale et sueurs généralisées associées à des congestions brusques de la face.

Réflexes. — Les réflexes tendineux ne sont pas modifiés ; pas de Babinski, ni de signe de l'éventail.

La tension au Pachon est Mx. 17, Min. 9.

Le Wassermann sanguin est négatif. Le liquide céphalo-rachidien est normal (Lymphocytes 2. Pandy 0. W.-Benjoin 00000222000000, le sucre ne semble pas augmenté).

Depuis l'entrée jusqu'à ce jour (décembre 1923) l'état de la malade a peu varié. Elle est devenue plus inerte et plus tranquille. L'hypertonie extrapyramidale a subi des oscillations remarquables. Très intense au début, elle s'est rapidement atténuée, ne laissant subsister que l'attitude parkinsonienne et la bradykinésie. A trois reprises, sans cause apparente, l'hypertonie accentuée, la propulsion, la palilalie fréquente, l'écholalie, l'échopraxie associées à un certain degré d'excitation intellectuelle et motrice se sont manifestées solidairement pour disparaître de même après quelques jours.

Le diagnostic, au moins quant à la localisation des lésions,

nous paraît peu prêter à la discussion. Nous sommes trop habitués actuellement à attribuer des syndromes moteurs de ce genre à une lésion striée ou nigrique pour nous contenter d'un diagnostic purement verbal tel que « Catatonie tardive ». Les troubles spéciaux de la sensibilité sur lesquels nous reviendrons confirment encore l'hypothèse d'une lésion localisée.

Si l'atteinte des noyaux gris centraux n'est pas douteuse, la cause en est plus difficile à préciser. Aucun symptôme d'encéphalite épidémique préalable n'a pu être relevé ; pas d'hyperglycorachie, début progressif en une dizaine d'années. L'artériosclérose serait une explication commode mais quand elle atteint cette région sous forme de foyers multiples de désintégration elle se manifeste par des symptômes légèrement différents ; de plus la tension sanguine est normale. Peu importe du reste la cause, nous ne nous occupons que de la localisation et des symptômes qui en résultent.

Remarques : Trois particularités dans cette observation méritent d'attirer l'attention.

1° La présence de symptômes d'ordre catatonique tels que *l'écholalie, l'échopraxie, les mouvements stéréotypés* dans un syndrome parkinsonien. Jusqu'ici on ne les a décrits que dans la démence précoce.

2° L'instabilité de tous les symptômes moteurs extrapyramidaux. Par un mécanisme inexpliqué, ils apparaissent brusquement ou s'atténuent. En particulier l'écholalie, l'échopraxie, les mouvements stéréotypés sont très intermittents. Cette particularité est fréquente dans l'Encéphalite léthargique ; il suffit pour s'en convaincre de parcourir les nombreuses observations publiées.

3° Le contraste entre l'anesthésie à la douleur et à la brûlure et la persistance d'une discrimination suffisante des variations de température et des piqûres cutanées. Cette particularité mérite d'être retenue.

On sait que Head à la suite d'expériences pratiquées sur lui-même est arrivé à admettre que la sensibilité à la brûlure provoquée par le chaud ou le froid extrême, la sensibilité douloureuse profonde, la sensibilité au chatouillement et à la vibration cheminent dans des conducteurs spéciaux qui se terminent à la couche optique. Il soutient même que le thalamus est le *siège de la conscience* de ces sensibilités. Cette dernière affirmation a été critiquée par Piéron (*Le Cerveau et la Pensée*) et aussi par P. Marie et Bouttier. Mais Piéron admet que si l'existence des centres sensitifs thalamiques est discutable, la couche optique intervient au moins comme un centre de « réactivité affective aux stimulations

sensitives, l'écorce étant un appareil de rôle discriminatoire ». Dans le syndrome thalamique classique, l'irritation de ce centre provoque les crises douloureuses diffuses à type thalamique. Dans notre cas, au contraire, nous croyons à un processus destructif qui abolit l'intensité affective douloureuse et les réactions réflexes qu'elle comporte.

Cette lésion thalamique cadre bien avec l'hypothèse de lésions du corps strié ou du *locus niger* pour expliquer les troubles moteurs plus haut décrits.

OBSERVATION II. — *Encéphalite léthargique. — Onirisme pénible avec idées mélancoliques et de persécution. — Tentatives de suicide. Stupeur avec catalepsie. Négativisme. Myoclonies. Légères hémorragies intestinales. — Bradypsychie. — Parkinsonisme.*

Sans antécédents notables. Femme de 30 ans mariée.

Les accidents ont débuté brusquement par des hallucinations de la vue et de l'ouïe surtout nocturnes. La malade entendait les voisins dire du mal d'elle et de son mari à travers les murs ou par les tuyaux du gaz ; elle avait des visions terrifiantes, croyait qu'on l'accusait à tort et qu'on allait lui faire du mal. Sous l'influence de ces idées mélancoliques, elle a absorbé de l'eau de Javel pour se suicider.

Elle entre à la Maison de Santé huit jours après dans un état typique de confusion mentale avec délire onirique : illusions de fausse reconnaissance, identification imparfaite du monde extérieur, dysmnésie d'évocation et de fixation. Pendant la nuit elle est très agitée, voit son enfant au milieu des flammes, pousse des cris, appelle au secours son mari et sa mère (température 37°5). La motilité oculaire est imparfaite, les mouvements des deux yeux manquent en général de synergie sans qu'il soit possible de préciser quels muscles sont le plus atteints. Parésie de l'accommodation l'empêchant de voir de près. Réactions pupillaires paresseuses à la lumière. Quelques jours après apparaît un ptosis à droite léger mais très net.

Réflexes tendineux normaux, pas de Babinski, légère ébauche de trépidation épileptoïde transitoire.

Le liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose (20 par millimètre cube). Pandy négatif, benjoin négatif (00000022000000) W. Glucose 2 g. 50 par litre. W. du sérum négatif.

En dehors des périodes d'agitation provoquées par de l'onirisme, la malade reste dans un état de stupeur : les yeux mi-clos, le visage inexpressif, immobile comme une statue. Elle refuse toute alimentation et doit être nourrie à la sonde. Quelques jours après l'entrée, le mutisme s'atté-

nue parfois, les réponses aux questions sont alors extrêmement ralenties mais presque toujours adéquates ; la confusion est remplacée par une bradyphrénie typique avec assez bonne identification de ce qui se passe autour d'elle.

Bientôt apparaît un état de catalepsie évident. Les membres supérieurs conservent pendant très longtemps les attitudes imposées. C'est la flexibilité cireuse des classiques. L'association du masque figé et de la catalepsie feraient porter sans examen plus complet le diagnostic de Démence précoce catatonique. A cette période on peut mettre en évidence un phénomène particulier que nous appelons « *Catatonie polymorphe* » qui s'observe également dans la Démence précoce.

Au même moment et dans les diverses parties du corps, le trouble catatonique se manifeste sous des aspects différents. Par exemple, nous pouvons commander à la malade de mouvoir ses membres supérieurs, elle n'exécute aucun mouvement ; inversement elle les subit tous et conserve pendant longtemps l'attitude imposée. C'est un état d'inertie et de catalepsie. Mais à ce même moment si nous ordonnons à la malade d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, elle le fait docilement et conserve longtemps la bouche ouverte et la langue tirée, c'est de la docilité et de la persévération. La motilité oculaire, toujours au même moment, s'exécute autrement. Au commandement « ouvrez les yeux », on voit la malade augmenter avec effort l'ouverture palpébrale, immédiatement surviennent des mouvements antagonistes tendant à fermer les yeux, l'activité ambivalente continue longtemps et, variablement, suivant la prédominance de la tendance positive ou négative on obtient l'ouverture ou l'occlusion des paupières. Il est manifeste que la malade « désire » ouvrir les yeux et qu'elle en est souvent empêchée par l'antagonisme automatique. C'est là une forme particulière de négativisme très fréquente chez les déments précoces, en particulier dans l'acte de tendre la main. Il est inutile d'insister sur ce fait que ces troubles oculo-moteurs n'ont aucun rapport avec des paralysies des 3^e, 4^e ou 6^e paires. En résumé, nous observons simultanément et distribués dans des régions différentes, l'inertie, la docilité, la conservation des attitudes, le négativisme, tous phénomènes catatoniques.

Après avoir beaucoup maigri, présenté quelques légères hémorragies intestinales et nasales et de nombreuses réactions impulsives, la malade est sortie progressivement de son état de torpeur. Elle a manifesté de nouveau l'état mélancolique et les idées de persécution du début, croyant à la réalité de ses hallucinations et de ses interprétations

délirantes. Les réponses sont lentes, émaillées de formules stéréotypées et ambiguës. « On n'a qu'à ne pas s'occuper des personnes ». « Les personnes n'ont rien à dire ». Au point de vue moteur, on observe un léger Parkinsonisme : attitude soudée, suppression des mouvements pendulaires des bras, ralentissement moteur entrecoupé de réactions impulsives, facies figé.

La malade est sortie non guérie et a dû être placée quelques mois après dans un Asile.

Ces deux observations nous permettent d'ajouter aux symptômes de la série catatonique décrits dans des maladies autres que la Démence précoce et coïncidant avec des lésions striées ou sous-optiques : *l'écholalie*, *l'échopraxie*, *les mouvements stéréotypés*, *la catatonie polymorphe*.

Nous pourrions leur adjoindre pour compléter de façon absolue le syndrome catatonique le cas présenté à la Société clinique de Médecine Mentale (novembre 1923) par Capgras et Carrette, dans lequel, après une maladie fébrile accompagnée de ptosis et de strabisme, s'est développé un syndrome hébéphrénocatatonique présentant en particulier du *maniérisme*. Nous estimons que dans ce cas la fièvre et les paralysies oculaires permettent de penser à l'encéphalite léthargique plutôt qu'à la démence précoce. La xanthochromie du liquide céphalo-rachidien s'explique facilement par une hémorragie méningée qui n'est pas rare dans l'encéphalite.

Dans nos deux observations, catatonie et parkinsonisme sont étroitement associés. Du reste, la répartition entre les deux groupes est parfois difficile. Certains symptômes même peuvent être attribués indifféremment à l'un ou à l'autre. C'est le cas pour la tachyphémie stéréotypique de Claude. La coexistence fréquente du parkinsonisme et du syndrome catatonique, leurs variations solidaires, démontrées en particulier par notre première observation, doivent nous faire admettre qu'il s'agit de manifestations du même ordre et de localisation probablement voisine. Sans doute actuellement on tend à gratifier les noyaux gris centraux de fonctions bien nombreuses, mais avant de trouver qu'elles le sont trop on doit tenir compte du volume de cette région, de la variété de ses groupes cellulaires et de son importance phylogénique.

Le parkinsonisme et la catatonie sont faciles à constater cliniquement mais leur mécanisme physiologique est encore obscur et discuté (voir Verger et Hesnard, *Encéphale*, juillet 1922). Cependant un caractère commun mérite d'être mis en relief, c'est leur variabilité *au moins dans l'Encéphalite léthargique*. Tel de ces malades figé et inerte se mettra à courir ou à réagir vivement sous l'influence d'une émotion ou sans raison apparente. C'est la kinésie paradoxale de Souques (*Revue Neurol.*, 1921, p. 599) dans la rigidité parkinsonienne. Les symptômes catatoniques présentent la même variabilité. En avril 1922, Leroy a présenté à la Société Clinique de Médecine Mentale l'observation d'une démente précoce catatonique depuis 11 ans chez laquelle tout symptôme catatonique a disparu trois semaines avant la mort par tuberculose. Il ne semble pas que ces améliorations mentales ou motrices par suite d'une réaction fébrile soient très exceptionnelles surtout dans la démence précoce où le fonds mental est beaucoup moins atteint qu'il ne le paraît. A cette occasion Truelle a fait remarquer qu'il est peut-être imprudent d'attribuer la catatonie de la démence précoce à des lésions *constituées* des noyaux gris centraux à cause de cette disparition rapide. L'objection ne porte que contre les hypothèses qui expliqueraient la catatonie par des lésions destructives définitives telles que hémorragie, ramollissement, pertes de substance. Nous pensons au contraire que dans la Démence précoce il s'agit d'atteinte cellulaire d'ordre cytologique, discrète, réversible, pouvant céder au moins transitoirement, comme les troubles mentaux, au coup de fouet de l'infection, de l'émotion ou d'un coefficient affectif élevé. L'exemple de l'Encéphalite léthargique, maladie grossièrement organique, confirme du reste que les troubles moteurs parkinsoniens ou catatoniques par atteinte des ganglions centraux peuvent être très variables.

Nous pouvons conclure que dans un certain nombre de lésions manifestes des noyaux centraux ou sous-optiques, on peut observer *tous* les symptômes de la série catatonique, que ces symptômes sont habituellement associés au parkinsonisme, qu'ils peuvent être transitoires comme dans la démence précoce.

LES PSYCHOSES, A ÉCLOSION SUBITE, DE LA PRISON
PRÉVENTIVE, AU COURS DE L'INFORMATION JUDICIAIRE

Par le Docteur Eugène GELMA,

Chargé de Cours à la Faculté (Clinique psychiatrique)
Médecin des Prisons de Strasbourg

On désigne habituellement sous le nom de psychose pénitentiaire, des formes psychopathiques variées : les unes rappelant la catatonie et qui se caractérisent surtout par la discordance ; les autres qui comprennent des syndromes délirants multiples dont les espèces décrites par Kræpelin, sous le nom de paraphrénie fantastique, sont les modalités assez souvent signalées.

Ces troubles psychiques surviennent chez les condamnés, détenus déjà depuis de longs mois ; on les rencontre dans les maisons centrales et dans les prisons où les peines de plusieurs années doivent être purgées. D'après certains observateurs, la détention serait la cause directe de troubles mentaux très particuliers dans leur allure ; pour d'autres, la privation de liberté, le nouveau mode d'existence imposée provoqueraient chez ces prédisposés, à la façon d'un état « psychogène », ou d'une « psychose réactive », l'éclosion de syndromes assez analogues comme symptomatologie.

De ces psychoses de détention on a rapproché des formes mentales de guerre, des psychoses de tranchées (1) où la même étiologie était invoquée : privation de liberté, obligation de se tenir longtemps au même endroit, et de se plier à une vie réglementée, claustration. Les recherches sur les psychoses de prisonniers ont déjà fait l'objet de nombreuses publications (2), mais dans cet article je me limiterai à l'étude

(1) R. SCHNEIDER. — Psychose réactive. Congrès de Strasbourg, 1920.

(2) COSTEDOAT. — Les psychoses pénitentiaires. Thèse de Lyon, 1913.

des troubles psychiques qui apparaissent d'emblée chez les inculpés pendant l'instruction ou qui se manifestent subitement dès la mise sous mandat de dépôt.

Les prévenus, au moment de leur arrestation, de leur interrogatoire devant le commissaire de police, sont lucides, ne semblent atteints d'aucune anomalie mentale, donnent lieu à nulle remarque ; devant le juge d'instruction l'attitude est normale, les réponses sont correctes, pleines de sens et d'à-propos comme en font foi les procès-verbaux de première comparution. Puis tout à coup, soit à la maison d'arrêt, soit dans le cabinet du magistrat instructeur, les inculpés changent d'attitude, ne parlent plus ou bien émettent des propos incohérents, se livrent à des réactions absurdes, deviennent inaccessibles, refusent de marcher, se laissent traîner par les gendarmes. Tantôt ces troubles surviennent d'emblée au complet, tantôt ils augmentent progressivement d'intensité, au point qu'ils restent inaperçus dans les premiers jours de la détention jusqu'au moment où l'absurdité du discours et des actes, le mutisme absolu, les idées délirantes, l'agressivité, les tentatives de suicide rendent illusoire toute information et nécessitent le concours du médecin-expert.

Il y a lieu de noter que les faits de l'inculpation témoignent de toute la présence d'esprit de la part des délinquants ; les actes reprochés ont été perpétrés avec logique, astuce ; il s'agit, comme dans les deux exemples suivants, d'escroquerie ou de manœuvres frauduleuses assez bien conduites pour en imposer à leurs victimes.

1^{re} AFFAIRE

Un nommé Savy, fruitier en gros qui avait assez habilement pratiqué une escroquerie de 36.000 francs au préjudice de son associé, est inculpé et plusieurs fois convoqué, comme prévenu libre, devant le juge d'instruction ; il se comporte comme un individu normal. Mais son attitude change dès qu'il est placé sous mandat de dépôt ; il se plaint tout d'abord de fatigue, semble accablé, puis refuse de manger, paraît ne plus se rendre compte des événements qui se déroulent autour de lui, devient insensible aux injonctions. Une expertise médico-légale est ordonnée.

Dès la première visite, Savy se présente comme un sujet égaré, inconscient, reste muet aux questions même les plus simples ; il se tient couché par terre, tourné du côté du mur, la tête entourée de sa couverture. Interpellé, il répond par des monosyllabes : « ya, ya », ou bien « nein, nein », regarde d'une façon hébétée ou les yeux vagues, se laissant docilement conduire, du moins les premiers jours. On le voit se promener dans la cellule, le regard perdu, le visage, les cheveux, la barbe enduite de matière fécale ; il s'introduit dans la bouche à pleines mains de ces matières qu'il avait puisées dans les latrines. Placé à l'infirmerie de la prison, où il est mieux surveillé, il devient plus tranquille, s'alimente convenablement, ne repousse plus la nourriture, mais garde le mutisme le plus complet. De temps à autre il sourit, se lève brusquement de son lit, se dirige vers le mur, fait mine de vouloir l'étreindre comme pour l'embrasser, couvre de caresses la peinture murale, ou bien se précipite soudainement vers les pots de fleurs de la fenêtre, en arrache quelque verdure qu'il mange. Parfois il pleure ou bien geint dans son lit. Un jour qu'il avait uriné au milieu de la salle d'infirmerie il est mis au cachot, il refuse alors de nouveau la nourriture et reprend les attitudes du début.

Le pouls est rapide, les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux ; l'examen neurologique, pratiqué malgré les résistances du sujet, ne révèle aucune lésion saisissable du système nerveux.

En somme, attitudes paradoxales, mutisme, progressivité de la résistance et de l'indocilité, apparence de conscience des événements extérieurs, refus d'aliments, absurdité des gestes dans leur objet, inopportunité des actes, mais absence de stupeur proprement dite, de désintérêt de l'ambiance, de *parafonctions véritables, d'atteinte pour ainsi dire mélodique* (1) *des mouvements adaptés, coprophagie sans gâtisme.*

Savy, d'après des renseignements, de valeur douteuse d'ailleurs, se serait vanté d'avoir simulé la folie dans les lazarets allemands durant la guerre, et se serait promis de recommencer s'il était de nouveau arrêté. Il a été interné au cours de la guerre à la maison de santé de Schöneberg à Ber-

(1) On sait qu'on a rapproché les déformations des mouvements adaptés (parafonctions) des catatoniques, des troubles psycho-moteurs de certaines apraxies idéo-motrices : réalisation chez les déments précoces de désintégration des centres d'images motrices (dissociation mélo-inétique).

lin, à l'asile de Hombourg, et à l'hôpital psychiatrique de Wittemberg.

A l'âge de 12 ans, il aurait reçu de son instituteur un violent coup de règle sur la tête ; plus tard des crises convulsives seraient survenues. En 1915, dans un village où il était cantonné, il se serait livré à diverses excentricités ; notamment, il aurait tiré un coup de fusil sur le cadran de l'horloge de l'église.

Il a déjà encouru plusieurs condamnations à Bâle, à Strasbourg, à Colmar pour vols simples, qualifiés, escroqueries, détention de stupéfiant. Il n'existe aucun antécédent héréditaire à relever dans la famille. Son beau-frère le tient pour un simulateur ; il aurait remarqué chez l'inculpé une insensibilité particulière de la peau et la possibilité qu'avait ce dernier de pouvoir se transpercer les joues à l'aide d'aiguilles, sans manifester de douleur.

L'expertise était déjà déposée lorsque Savy eut une *crise de lipothymie, avec refroidissement des extrémités, pouls incomptable, très faible, insensibilité, immobilité absolue ; la température était à 35,9 ; l'état général paraissait très inquiétant*. Cet état dura deux jours environ et céda à des injections massives de solutions physiologiques caféinées ; le pouls se rétablit, reprit son rythme normal et la température remonta.

L'inculpé fut considéré comme atteint d'une affection mentale intercurrente durant la prévention et, à ce titre, interné ; l'instruction ne fut pas suspendue, l'expert réclamant une observation plus prolongée.

Catamnèse. — A l'asile, après quelques semaines d'obtusion, de désorientation, d'incohérence des actes (sourires, gestes absurdes), Savy devient plus accessible, s'intéresse de plus en plus à l'ambiance avec laquelle il paraît de jour en jour mieux en contact, cause bientôt d'une façon sensée, travaille, rend des services dans l'établissement. Il déclare ignorer absolument ce qui s'est passé, ne plus du tout se rappeler l'accusation, la prison, le médecin-expert, affirme ne rien savoir de l'inculpation, nie avoir commis une escroquerie. Il y a lieu de noter que la famille a désintéressé le plaignant et a restitué les sommes escroquées. A l'heure actuelle Savy est interné depuis 6 mois. Il est lucide, calme, assez passif, ne manifeste pas le désir de sortir de l'asile. Les hypothèses de simulation, de catatonie, de psychose pénitentiaire ont été naturellement soulevées. Une seconde expertise a conclu à la vraisemblance de troubles mentaux.

légitimes et à l'internement ; par conséquent un non-lieu a été finalement rendu.

2^e AFFAIRE

Le nommé Moïse Meyer, âgé de 28 ans, cordonnier, est inculqué d'usurpation de fonctions, d'attentat à la pudeur, de vol à la suite des faits suivants. Après avoir passé une soirée à boire avec un ami d'occasion, il rencontre dans la rue, à 22 heures, une servante, l'arrête au nom de la loi en se donnant comme un agent de la sûreté, fait mine de la conduire dans un local de détention, l'introduit dans sa chambre, l'y enferme, l'oblige à subir, sous la menace d'un tranchet, deux rapports sexuels, la maintient séquestrée durant plusieurs heures pendant qu'il va faire une promenade, et enfin, libère sa prisonnière terrorisée, non sans lui avoir enlevé son bracelet-montre et menacée de terribles représailles au cas de dénonciation.

Arrêté et conduit à la chambre d'instruction, il se défend par des moyens utiles : « la fille était consentante ; le bracelet-montre a été donné en cadeau ; il n'y a pas eu de séquestration, la soi-disant victime a désiré se reposer dans la chambre de son ami de rencontre ; l'inculpé ne s'est jamais donné comme agent de la sûreté ». Malgré ces explications et une vive controverse lors de sa confrontation avec la victime, Meyer est mis sous mandat de dépôt et conduit incontinent à la maison d'arrêt. Alors le tableau change brusquement et, au lieu d'un homme lucide, déterminé à se défendre, on voit dans la salle du greffe, au moment de l'écrou, un individu égaré, ne répondant plus aux questions que par des phrases incohérentes. Une expertise est ordonnée, le second interrogatoire à l'instruction étant devenu impossible.

Meyer se tient immobile le plus souvent, tantôt debout, tantôt dans une manière de position genu-pectorale ; il regarde droit devant lui, les yeux fixes, les paupières immobiles ou animées de rares clignements ; les bras sont étendus en avant ou écartés ; parfois il parle et prononce alors en allemand des phrases comme celles-ci : « Oh ! le Rabbin « va venir, il va me tuer... — Ma femme et mon enfant « m'ont tout volé. — Ah ! le roi d'Espagne, l'Espagne, « l'Espagne, j'ai volé une vache en Amérique... »

Une autre fois il pleure abondamment, sanglote, soupire, ou bien fait de bruyantes expirations successives en imitant le bruit d'une machine à vapeur ou la trépidation d'un auto.

Parfois il semble plus lucide ; il regarde avec intérêt ce qui se passe autour de lui, déclare au médecin qui l'interroge « qu'il n'est pas fou ». L'examen somatique ne révèle aucune lésion organique du système nerveux, et, en particulier, nulle trace d'épilepsie, aucun signe de paralysie générale. L'inculpé après plusieurs tentatives de suicide par pendaison est transféré dans un asile d'aliénés.

L'expert, après avoir constaté l'inaccessibilité absolue du sujet et l'impossibilité de faire un diagnostic sans une observation très prolongée, a émis les hypothèses, toutes aussi plausibles, de simulation intentionnelle, de surimulation, de catatonie d'emblée — comme on en voit quelquefois surgir périodiquement dans le cours de la démence précoce (catatonie périodique), dans certains cas précédée dans son éclosion de désordre des actes, d'affaiblissement de sens moral — et de psychose pénitentiaire (c'est-à-dire de psychose réactive ou de folie psychogène pour employer d'autres dénominations dont le sens est au fond identique). Un non-lieu est intervenu et l'internement a été décidé.

Catamnèse. — Après le non-lieu, l'état n'a pas varié pendant plusieurs semaines à la prison puis à l'asile ; mais bientôt l'inaccessibilité fait place à des réactions moins étranges, le contact avec l'ambiance devient de plus en plus évident, les propos absurdes comme ceux-ci : « Je suis le roi d'Espagne ; ma fille s'est mariée avec son père » ; — « Je suis la mère de mon fils, etc... » font place à des discours plus sensés ; la lucidité devient finalement complète. Enfin Moïse Meyer déclare avoir simulé la folie et réclame sa mise en liberté.



Ces deux faits, très embarrassants au point de vue du diagnostic, ne le sont pas moins lorsqu'il s'agit de la mesure à prendre.

La première hypothèse qui se présente à l'esprit est la simulation intentionnelle des troubles mentaux. Dans le premier cas le diagnostic de simulation avait été sérieusement envisagé non seulement par l'expert, mais encore par le médecin de l'asile qui a eu à rédiger le certificat immédiat ; mais cette simulation ne pouvait être que pathologique (simulation du pathologique à la

manière des pithiatiques), car la simulation volontaire après le non-lieu et après le désintéressement du plaignant n'avait aucun but. La catatonie, pour les raisons déjà indiquées, était douteuse. Le seul diagnostic syndromique, pouvant être porté sur ce complexus symptomatique si atypique, était « l'état crépusculaire » qui expliquerait l'amnésie alléguée des faits délictueux et de plusieurs mois d'obtusion et de désordre des propos et des actes, les accidents objectifs de collapsus, de lipothymie signalés depuis longtemps dans quelques états mentaux identiques (stupeur mélancolique, confusion mentale stupide, états crépusculaires). Un diagnostic nosologique a été envisagé, celui de psychose pénitentiaire, qui constitue dans l'esprit de certains aliénistes une véritable entité morbide et qui, pour d'autres, n'est qu'un syndrome confusionnel dû à un choc moral (état psychogène, psychose réactive de quelques auteurs) chez un psychopathe constitutionnel.

Dans le second cas, la simulation a également été invoquée ; elle paraîtrait même assez plausible aujourd'hui, puisque le sujet avoue la simulation ; ce n'est pourtant pas une raison suffisante : des psychopathes, revenus à la lucidité, peuvent mettre en avant ce moyen pour obtenir leur libération. Une seconde hypothèse qui a pu être soulevée avec, peut-être, plus de vraisemblance que la simulation, malgré des aveux très suspects, est celle de syndrome d'excitation d'emblée post-émotive chez un psychopathe constitutionnel, ou d'épisode catatonique aigu, à type périodique, comme il en a déjà été décrit maints exemples et dont la caractéristique est l'invasion brusque, les parafonctions ou les gestes bizarres (1) et l'absurdité des actes et des propos, la guérison rapide avec lucidité complète. Ici les faits délictueux ne seraient que les prodrômes de la crise, analogues à ceux que l'on voit se produire, quelques jours avant l'invasion de la manie ou d'affections aiguës du genre de l'encéphalite épidémique, comme

(1) PFESDORFF. — *Les mouvements eurythmiques expressifs*. Strasbourg, 1923. Chez Goeller. (Voir surtout la 1^{re} observation de ce travail).

j'ai eu l'occasion d'en signaler un cas avec M. le Professeur Chavigny (1).

Un diagnostic ferme est impossible sans une très longue observation et même après une très longue observation. Parfois l'inculpé peut être convaincu de simulation intentionnelle, mais il existe des faits où l'ensemble de raisons qui militent en faveur de la simulation (mode de début des troubles chez un inculpé, atypisme extrême du complexe symptomatique) est fortement contrebalancé par d'autres éléments : chronicité des troubles, accidents organiques, objectivement constatables sans supercherie possible, absence d'intérêt à la simulation. Il en est ainsi du premier cas qui évolue depuis huit mois environ. Le second cas est plus difficile à interpréter. Mais il est tout à fait superposable au premier comme mode de début et comme allure clinique.



Il est particulièrement malaisé de pénétrer la nature de ces troubles psychiques à éclosion subite, dont la légitimité est très suspecte non seulement à cause de l'opportunité de la simulation, mais aussi parce que la symptomatologie atypique faite surtout d'incohérence du verbe et du geste est aisément réalisable par un simulateur dépourvu d'expérience des maladies mentales ou d'imagination. Mais contre l'hypothèse de la simulation intentionnelle se dressent, on vient de le voir, de graves objections : singulière disproportion entre la somme d'efforts de pensée (inculpés qui se barbouillent la tête et le visage de matières fécales, qui s'en introduisent de gros morceaux dans la bouche, qui refusent en même temps le manger et le boire ; qui persistent, pendant des mois, dans des attitudes extrêmement pénibles) et la pauvreté du but : pour éviter, le plus souvent, une condamnation minime ; antécédents

(1) CHAVIGNY et GELMA. — *Académie de médecine*, 1921. Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale.

très chargés (internements antérieurs nombreux, casier judiciaire important, fréquence d'affections neuropathiques ou psychopathiques familiales) ; persévération, durant de longs mois, souvent après que le non-lieu a été rendu ou que les poursuites sont suspendues par extinction de l'action publique ou civile ; fréquence d'accidents organiques, objectivement constatables (troubles du pouls, chute ou élévation de la température, accidents syncopaux très inquiétants, insensibilité cornéenne) ; parfois passage à l'état chronique comme dans le cas suivant. Un sujet Roumain, nommé Weissbaum, âgé de 30 ans, condamné à quelques mois de prison pour vol, purgés sans incident, est l'objet d'une mesure d'expulsion. Au moment de son transfert, apparaissent brusquement à la Prison de la Santé, à Paris, des troubles psychiques : mutisme, inaccessibilité, incohérence des actes, mimique absurde, grimaces : il gonfle ses joues et en expulse bruyamment l'air, cligne d'un œil et fait en même temps des moulinets avec le bras, etc. Observé, durant plusieurs jours, à l'Infirmerie Spéciale près le Dépôt, il est renvoyé à la Prison avec le diagnostic de simulation. Trois ans après, je me suis retrouvé en sa présence à l'Asile de Maréville : au moment de son transfert, en exécution de l'arrêté d'expulsion, il s'était livré à de telles excentricités, en gare de Nancy, que les agents qui l'escortaient ont provoqué l'internement sur place.

Weissbaum est ainsi resté de longs mois à l'Asile de Maréville ; son attitude n'avait pas varié, comme en font foi les certificats administratifs. Durant le temps où je l'ai de nouveau observé, il présentait au plus haut degré le syndrome de schizophrénie avec de nombreuses parafonctions. Il a été transféré en Roumanie dans le même état. Raimann, Parant et plus récemment Prince(1) ici-même ont rapporté des faits de simulation ayant abouti à une véritable aliénation mentale chronique.

Certains sujets peuvent être, sans aucun doute, convaincus de simulation, mais il en est d'autres où une

(1) A. PRINCE. — Folie simulée chez un dégénéré inintimidable, inculpé de vol. *Annales médico-psychologiques*, 1922, p. 326.

semblable interprétation constituerait une grave erreur. Et dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'avons pas de moyens de faire la démarcation entre des états de nature et d'évolution si différentes et de présentation clinique identique. Quelques aliénistes nient purement et simplement l'existence de simulateurs, les considèrent comme des malades, tiennent pour pathologiques leurs aveux de la simulation et ne voient en eux, le jour de l'aveu de la supercherie, que des dissimulateurs de troubles mentaux, cherchant à induire le médecin en erreur pour en obtenir un certificat de sortie de l'asile. On sait que Lasègue avait élégamment tourné la difficulté en disant « qu'on n'imité bien que ce que l'on a ».

Il existe pourtant des cas indubitables de simulation intentionnelle de troubles mentaux par des sujets lucides en possession de toute leur intégrité psychique (1) et pour lesquels on commettrait une faute pleine de conséquences en affirmant la maladie. On observe également des sujets chez qui l'on a de bonnes raisons de supposer la simulation intentionnelle et qui cependant ne peuvent être considérés comme simulateurs : ce sont les malades qui manifestent leurs troubles psychiques par des actes délictueux (délits à Eclipses de Legrain) ou dont les crimes et délits ne sont que les premiers signes d'une maladie mentale en évolution (2). Dans un travail de Walter Von Wyss (asile de Brème, service du Dr Delbrück) on peut trouver deux observations très détaillées où le crime constitue le premier symptôme de la démence précoce, les idées délirantes n'ayant apparu que plus tard. Des faits semblables ont été signalés depuis par G. Kinderknecht qui rapporte, dans un important mémoire (3) consacré à cette question,

(1) E. GELMA. — Etude à l'aide de photographies d'un cas de simulation de troubles mentaux pendant la guerre. *Rev. neurol.*, 3 mars 1920.

E. GELMA. — Les délits et crimes, prodromes de troubles mentaux. Congrès de Besançon, 1923.

(2) WALTER VON WYSS. — 3 cas de crimes au début d'une démence précoce. *Zeitsch. fur die Gesamte neur. und psych.*, 1912, p. 245.

(3) G. KINDERKNECHT (clinique psychiatrique de Bleuler, à Zurich). *Über kriminelle Heboïd.* — *Zeitsch. fur die Gesamte neurol. und psychiatrie.*, 1920, p. 34.

8 cas où la criminalité a constitué les premières manifestations de la catatonie.

A côté de ces malades se placent les psychopathes, à équilibre mental instable, qui ont donné au cours de leur vie maintes preuves de leur prédisposition et qui, sous l'influence d'un choc émotif (poursuite judiciaire, arrestation, mise sous mandat de dépôt), réalisent des troubles mentaux, soudains dans leur apparition, tenant, par leur allure clinique, de la confusion mentale primitive ou de la stupeur catatonique et qui ne sont ni l'un ni l'autre. N'est-ce pas l'occasion de rappeler l'analogie entre ces manifestations psychopathiques et certaines psycho-névroses de guerre avec symptômes objectivement constatables, ayant tout de troubles lésionnels et dues dans certains cas à des traumatismes superficiels, bénins, sans rapport anatomique possible avec l'importance et la localisation des accidents présentés (phénomènes réflexes, troubles physiopathiques) ou tout simplement consécutives à une vive émotion (plicatures, camptocormies, paraplégies, etc.).

Quelques auteurs tranchent la question en admettant l'existence d'une *psychose pénitentiaire*, c'est-à-dire une affection nosologiquement autonome, liée étiologiquement à l'incarcération, et caractérisée par des formes cliniques assez bien définies : états de discordance avec absurdité des propos, illogisme des actes et souvent coprophagie, ou bien délire à idée prévalente, à thème unique, véritable idée fixe d'acquiescement, de libération prochaine, de remise de peine accordée, ou bien encore psychoses hallucinatoires à délires fantastiques (*Paraphrenia phantastica* de Kræpelin, délire hallucinatoire fantasque de Sérieux et Capgras). Mais l'existence d'une folie pénitentiaire autonome serait bien douteuse d'après l'opinion générale des auteurs (1) qui se sont occupé de cette question ; on s'aperçoit d'ailleurs de l'illégitimité de cette interprétation nosologique par le classement de chaque cas de psychose des prisonniers dans le cadre qui lui est

(1) G. KINDER KNECHT, *loco-citato*.

propre (confusion mentale toxique, démence précoce, délirés systématisés hallucinatoires chroniques évoluant déjà depuis longtemps, épisodes délirants, maniaques ou dépressifs avec ou sans stupeur — états crépusculaires psychogènes — de la psychopathie constitutionnelle, etc., etc.).

En résumé, entre les cas où la simulation intentionnelle n'est pas douteuse (1) et ceux où un syndrome mental tout à fait régulier s'est révélé durant le séjour à la prison, il existe des formes que leur atypisme clinique et l'opportunité de leur soudaine apparition au cours de la prévention feraient considérer comme des cas de supercherie, si elles ne s'accompagnaient, au cours de leur évolution, de manifestations ou de phénomènes organiques qu'on ne saurait tenir pour simulés (2).

S'agirait-il alors d'une espèce nosologique spéciale, propre aux délinquants, apparaissant surtout lors de l'emprisonnement, cette fois d'une véritable psychose pénitentiaire autonome ?

**

Mais de quelque manière que l'on considère ces troubles psychiques, qu'il s'agisse de sursimulation, de simulation pathologique, de confusion mentale stupide post-émotive, d'état crépusculaire psychogène, d'épisode chez un psychopathe constitutionnel, de schizophrénie, etc., il faut répondre au juge d'instruction et d'une façon claire qui lui permette de rendre une ordonnance. Les magistrats posent la question de la responsabilité car il n'y a que deux alternatives : ou la mise en jugement ou le non-lieu. Et la mise en jugement ne peut se faire, dans l'esprit de notre code pénal, que si

(1) S. Garnier estime, à l'encontre de beaucoup d'auteurs, que la simulation des troubles mentaux n'implique pas forcément le déséquilibre psychique. *Annales médico-psychologique*, 1910.

(2) Ville (de Bale) cité par Kraft Ebing « ce mélange de symptômes vrais ou faux constitue des formes d'état mental mixtes intermédiaires entre la santé et la maladie ». *Médecine légale des aliénés*. Traduction Remond.

L'inculpé est considéré comme responsable de ses actes. Le terme de responsabilité aussi arbitraire qu'il soit ne peut être, dans l'état actuel des choses, utilement changé ; autrement c'est tout le système pénal et les fondements mêmes de notre droit pénal qu'il conviendrait préalablement de rénover.

Aussi, ne voit-on pas en quoi l'expert serait plus à l'aise s'il lui était demandé de répondre à la question de « l'imputabilité ».

Dans la première affaire, le moyen que j'ai préconisé dans mes conclusions était la suspension de l'instruction, l'envoi de l'inculpé dans un asile comme atteint d'une maladie incidente, contractée pendant la prévention.

Cette manière de faire permettait de ne pas répondre à la question de la responsabilité de l'inculpé au moment des actes incriminés, puisqu'il devenait impossible de faire l'étude rétrospective d'un sujet devenu subitement inaccessible. Elle sauvegardait, au cas d'une simulation avérée, les intérêts de la justice. Mais une semblable mesure ne s'applique pas à tous les cas, elle comporte de grands inconvénients : frais d'hospitalisation à la charge de la justice, impossibilité de règlement rapide d'une affaire où des tiers sont intéressés, vraisemblance de prolongation indéfinie de la simulation ou de reprise des troubles devant le tribunal : l'inculpé « n'étant pas jugeable », une contre-expertise est alors réclamée par la défense ; ce qui n'est pas toujours sans inconvénient.

D'autre part, si l'on conclut à la réalité de troubles psychiques, à l'irresponsabilité et à l'internement, le retour rapide à la lucidité et au comportement normal, en provoquant la sortie de l'asile après quelques semaines de séjour peut faire croire à une grossière erreur de diagnostic dont le résultat est le non-lieu et l'impunité.

Il manque, en réalité, l'intermédiaire entre l'asile et la prison ; tout le monde est d'accord sur ce point. Mais ce qui est réalisable avant l'entreprise de grandes réformes législatives, c'est l'attribution de salles pour alié-

nés, avec personnel spécial, annexées à l'infirmerie des maisons de détention, un médecin aliéniste, celui, par exemple, de l'asile du lieu de la prison étant chargé de cette infirmerie spéciale.



L'observation de ces cas de *psychose, à éclosion subite* au cours de la prévention, pourra se faire ainsi dans de bonnes conditions ; les simulateurs, en perdant l'espoir d'un non-lieu hâtivement accordé, d'un transfert dans un asile d'aliénés d'où l'évasion peut devenir plus aisée qu'à la prison, se laisseront plus facilement démasquer ; les psychopathes légitimes auront la possibilité d'y être traités, comme s'il s'agissait d'une maladie incidente quelconque ; l'aliénation mentale, survenant au cours de l'information judiciaire, n'étant pas forcément l'état de maladie mentale au moment de l'acte que prévoit l'article 64 du Code pénal ; à part, bien entendu, les cas spéciaux où les faits délictueux ne sont que les manifestations prodromiques d'une affection mentale jusque-là latente.

La création de sections d'infirmerie pour aliénés dans les prisons n'aura pas seulement pour effet la raréfaction de ces syndromes psychopathiques, de survenue trop opportune, elle rendra également, dans les cas de menaces de suicide ou de réactions dangereuses, des services que les médecins des prisons ne sauraient trop apprécier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 JANVIER 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Borel, Brousseau, Ceillier, Demay, Rayneau, Targowla, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau

M. ANTHEAUME, président sortant. — Mes chers Collègues, je ne veux pas quitter ce fauteuil, sans vous remercier encore de l'honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à présider les séances de la Société médico-psychologique pendant l'année qui vient de se terminer.

Pour réserver à votre temps un emploi plus utile, je me dispenserai de faire la revue des travaux de la Société en 1923, travaux que, d'ailleurs, vous connaissez tous, puisqu'ils ont paru dans le compte rendu officiel des *Annales médico-psychologiques*.

Les communications furent très nombreuses, au point quelquefois de surcharger les séances ; elles ont été variées, intéressantes, et ont donné lieu fréquemment à des discussions instructives, quelquefois même animées.

L'affluence de nos collègues aux réunions mensuelles, ainsi que l'assiduité d'un nombreux public médical, témoignent du prix qui s'attache aux travaux de notre Compagnie.

Avant de reprendre ma place au milieu de vous, il m'est agréable de remercier les excellents collaborateurs qui siègent au bureau de la Société, nos zélés secrétaires des séances, MM. Capgras et Charpentier, notre diligent trésorier M. Raymond Mallet, et surtout

l'infatigable secrétaire général, M. Henri Colin, dont nous apprécions tous l'activité organisatrice et le dévouement. Nul doute que si tous les auteurs des communications avaient ses qualités d'ordre, d'exactitude dans le travail, pour la remise des manuscrits et le renvoi des épreuves, le compte rendu de la Société ne souffrirait jamais de retard dans sa publication.

J'adresse aussi mes compliments à ceux de nos collègues qui ont été l'objet de distinctions honorifiques en 1923. MM. Sérieux, Raffegau et André Collin ont été nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'Honneur ; quatre anciens présidents de la Société : MM. Briand, Dupain, Séglas et Vallon, ont reçu une distinction rare, la médaille d'or de l'Assistance Publique.

Enfin, le prix Esquirol a été donné avec le titre de Lauréat de la Société à notre confrère Louis Parant, fils de notre regretté collègue Victor Parant père (de Toulouse), dont je salue la mémoire en regrettant sa très récente disparition, dont M. Truelle vous parlera dans un instant.

En cette année 1924, la Société Médico-psychologique a fait d'excellentes recrues par l'adjonction de nouveaux membres dans ses différentes sections.

C'est ainsi que le professeur Georges Dumas, MM. Bussart, Auguste Marie, Rodiet ont été élus membres titulaires ; MM. Ceillier, Louis Parant, Hesnard, Reboul-Lachaux, Potel, Daniel Santenoise ont été nommés correspondants et la Société s'est adjointe comme membre associé étranger le professeur Belarmino Rodriguez (de Barcelone).

Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à tous ces estimés collègues.

Mais, hélas ! si la Société a fait ainsi pour le développement de ses travaux ultérieurs d'excellentes recrues, elle a subi des pertes cruelles que nous avons mentionnées dans nos comptes rendus avec l'expression de nos regrets unanimes, ce sont celles de nos anciens présidents Philippe Chaslin et Deny, et de nos collègues Kéval, Lallemand et Châtelain (de Préfar-gier).

Et puisque j'évoque cette triste question des maîtres et des collègues disparus, laissez-moi vous rappeler que notre Société a participé, au mois de juin dernier, au magnifique hommage rendu par le gouvernement et par le monde savant à la mémoire de Valentin Magnan, le maître illustre de la Psychiatrie du siècle dernier. J'ai eu l'honneur de prononcer en votre nom à l'inauguration du monument commémoratif, devant le service de l'Admission de l'Asile Clinique (Sainte-Anne), l'éloge que lui devait la Société Médico-psychologique, au renom de laquelle il a puissamment contribué naguère, par des travaux célèbres entrés dans le domaine de l'histoire.

Ce grand, ce sincère ami des aliénés va prochainement, d'ailleurs, être encore à l'honneur, car le 10 janvier dernier l'un de ses fervents admirateurs, M. Strauss, Ministre de l'Hygiène, a déposé sur le bureau du Sénat, avec l'autorisation du gouvernement, un projet de modification de la loi de 1838 sur le régime des aliénés, dans lequel il s'inspire des idées du Maître de l'Admission. C'est là une question redevenue d'actualité qui intéresse au premier chef la Société Médico-psychologique, question du reste totalement indépendante de celle des services ouverts en marge de la loi de 1838, au sujet desquels vous avez délibéré au mois de décembre 1922.

Mais je m'en voudrais d'empiéter sur le domaine de mon successeur, mon collègue et ami Truelle, qui cette année va diriger vos travaux.

Je l'invite à venir me remplacer au fauteuil de la présidence et je prie aussi notre excellent collègue, Roubinovitch, élu vice-président, auquel je suis heureux de souhaiter la bienvenue, de venir occuper au bureau de la Société la place qui lui revient.

M. TRUELLE, président. — Messieurs, Il est de tradition qu'en prenant pour la première fois place à ce fauteuil votre nouveau président fasse œuvre d'humilité. Si jamais, dans pareille circonstance, un sentiment de modestie a pu convenir à quelqu'un, c'est bien à

moi. Pour me le rappeler, si j'en avais besoin, il suffirait de me remémorer la liste de ceux qui m'ont précédé dans cette place. Je ne me fais donc pas d'illusion : mon principal mérite c'est l'ancienneté dans cette enceinte.

Et pourtant — ce dualisme n'est pas pour surprendre même ceux d'entre vous qui ne fouillent pas l'inconscient selon les méthodes viennoises —, et pourtant, il faut avouer que je me sens fier d'avoir été désigné pour succéder cette année à votre distingué président sortant, mon vieux camarade de Ste-Anne, le D^r Anthaume. J'en suis fier parce que j'y vois de votre part une marque de sympathie qui m'est d'autant plus précieuse qu'elle émane d'amis et de collègues très respectés et très chers. Je considère cette élévation comme le couronnement ultime de ma carrière d'aliéniste ; et je suis heureux de vous en dire toute ma reconnaissance.

Elle est d'autant plus grande que j'y puise la consolation de ne plus pouvoir m'asseoir sur ces banquettes du fond de la salle où, le cœur plein de généreux espoirs, l'esprit toujours en éveil vers des critiques avérées, siègent, bien sagement, ceux qui, peu à peu, tôt ou tard, deviendront nos collègues dans cette assemblée.

Puis-je ajouter qu'à ma fierté, toute momentanée, ne se mêle aucune autre appréhension que celle d'avoir de temps en temps, le plus rarement possible, je l'espère, quelque bref discours à vous faire. La Société Médico-psychologique est une grande et sérieuse personne dont la vitalité sans cesse renouvelée n'a pas besoin d'être stimulée. Vos débats sont toujours trop courtois et trop pleins d'intérêt pour que le rôle du président y soit bien actif. Je ne vois pas qu'il ait à intervenir autrement que pour régler l'ordre de vos communications. Je ne me souviens même pas qu'il ait parfois, comme cela peut se produire ailleurs, l'occasion d'agiter cette sonnette, symbole de son éphémère puissance, dans le fallacieux espoir de modérer quelque conversation particulière qui se prolongerait trop.

Comment d'ailleurs, secondée comme elle l'est, une présidence pourrait-elle être lourde ? Vous avez un trésorier dont l'affabilité et l'ingénieuse activité assurent

la prospérité de vos finances ; vous avez des secrétaires des séances inlassables et toujours attentifs ; vous avez aussi, véritable cheville ouvrière de notre Société, et même de nos Sociétés, ne marchandant jamais ni son temps ni sa peine, le plus sympathique et le plus averti des secrétaires généraux, mon ami — il me permettra de l'appeler ainsi — le D^r Henri Colin. Enfin, pour me seconder et me doubler, vous avez heureusement choisi le savant aliéniste qu'est le D^r Roubinovitch ; je n'ai donc plus, l'esprit tranquille, qu'à renouveler à votre nouveau vice-président l'invitation qui vient de lui être faite, de prendre place à nos côtés, derrière cette table.

M. TRUELLE, président. — Messieurs, J'ai la pénible charge de vous annoncer le décès de deux des plus anciens membres de la Société Médico-psychologique, le D^r V. Parant, de Toulouse, et le D^r Rist, de Versailles. Le D^r Rist faisait partie de notre Société depuis le 25 juillet 1881 ; il est le père du médecin des hôpitaux que beaucoup parmi nous connaissent. Quant au D^r Parant, il appartenait à la Société Médico-psychologique depuis le 27 décembre 1875. Copropriétaire des *Annales*, directeur d'une maison de santé à Toulouse, il a non seulement donné toute son existence à l'étude et au traitement des aliénés, mais il a encore orienté vers cette branche de la médecine deux de ses fils que nous avons vus souvent, l'un et l'autre, assister à nos séances.

Je pense être l'interprète de la Société Médico-psychologique en adressant à la famille de ces deux regrettés collègues l'hommage de notre profonde sympathie.

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

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Aug. Marie, qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire ;

une lettre de M. le D^r Rodiet qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire ;

une lettre de M. le D^r Borel, qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;
 une lettre de M. le D^r Codet qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;
 une lettre de M. le D^r Targowla qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;
 une lettre de M. le D^r Prince, de Rouffach, qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. (Une commission composée de MM. Arnaud, Colin et Dupain, rapporteur, est désignée pour examiner cette candidature).

Rapport de la Commission des Finances

M. SEMELAIGNE. — L'avoir de la Société,	
au 31 décembre 1922, était de	17.265 14
Les recettes, en 1923, ont été de	2.678 »
	<hr/>
Total	19.943 14
Les dépenses, en 1923, ont été de	3.064 40
	<hr/>
Reste un excédent global de	16.878 74
se décomposant ainsi :	
Société Médico-psychologique	2.821 64
Prix Aubanel	8.511 60
Prix Belhomme	3.500 »
Prix Moreau (de Tours)	150 »
Prix Christian	1.895 50
	<hr/>
Total	16.878 74
Somme à laquelle il faut ajouter des coupons de rente 3 0/0 en renouvellement se montant à	1.100 »
	<hr/>
L'avoir de la Société est donc de	17.978 74
Les rentes sont annuellement de :	
Société Médico-psychologique	566 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau (de Tours)	100 »
Prix Christian	302 »

Messieurs, votre commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1923, et de voter des remerciements à notre dévoué trésorier, M. Raymond Mallet.

Ces conclusions sont adoptées à mains levées, à l'unanimité des membres présents.

Prix de la Société Médico-psychologique

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La Société aura trois prix à décerner cette année : le prix Aubanel (1.500 fr.) ; le prix Belhomme (1.000 fr.) ; le prix Esquirol (200 fr. et les œuvres de Baillarger). Quatre mémoires ont été déposés avant le 31 décembre 1923, conformément au règlement :

Deux mémoires pour le prix Aubanel.

Un mémoire pour le prix Belhomme.

Un mémoire pour le prix Esquirol que nous pouvons distribuer grâce à la libéralité de M. Antheaume. Suivant l'exemple de M. Arnaud, il a remis à la Société le montant de ce prix qu'il avait obtenu autrefois.

La guerre a profondément troublé le fonctionnement de notre Société et son effet s'est également fait sentir sur l'ordre et le montant des prix que nous avons l'habitude de distribuer. En 1917, on avait décidé de les suspendre jusqu'à la fin des hostilités.

En 1919, les prix furent de nouveau annoncés dans les *Annales*, mais le prix Aubanel dont le sujet avait été choisi en 1916 (*Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente*) ne put être décerné en 1920, faute de candidats. Le sujet fut proposé de nouveau pour 1922. Le prix fut attribué à MM. Xavier et Paul Abély.

Il en fut de même du prix Belhomme (*Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions*). Aucun mémoire n'ayant été déposé, une récompense de 500 fr. fut accordée, sur les fonds du prix, à M. Renaux, Médecin de l'Asile de St-Gemmes-sur-Loire, pour sa thèse intitulée : *Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles*.

Votre bureau estime qu'il y a lieu de revenir aux traditions d'avant-guerre. Les prix Aubanel et Belhomme

seront distribués alternativement tous les deux ans. Le jury, composé de 5 membres, qui aura jugé les mémoires déjà déposés, proposera la question à donner pour le prix suivant dont le jury sera tiré, après dépôt des mémoires, dans la séance de janvier.

Il n'est rien changé à l'attribution du prix Esquirol que nous pourrons distribuer de nouveau en 1925, grâce à la libéralité de M. Vallon qui veut bien imiter le geste généreux de MM. Arnaud et Antheaume.

Le prix Moreau de Tours reste destiné à récompenser les meilleures thèses.

Le prix Christian est attribué par le Bureau.

Pour cette année nous vous proposons :

pour le prix *Aubanel*, une commission composée de MM. Leroy, Mallet, Mignard, Semelaigne, Vurpas.

pour le prix *Belhomme*, une commission composée de MM. Marcel Briand, Claude, Legrain, Pactet, Simon.

pour le prix *Esquirol*, une commission composée de MM. Antheaume, Arnaud, Dupain, Trénel, Vallon.

Les rapports des commissions de prix seront lus à la séance de mai (adopté).

Pour l'année 1925, il y aura lieu de distribuer les prix :

Belhomme (800 fr.).

Esquirol (200 fr.).

Moreau de Tours (200 fr.).

En 1926 seront distribués le prix Aubanel et, si nous le pouvons, le prix Esquirol, en 1927, le prix Belhomme et les prix Esquirol et Moreau de Tours (adopté), en 1928, le prix Aubanel, etc. La liste de ces prix sera annoncée dans les *Annales* comme d'habitude (adopté).

**Etude sur les variétés du langage automatique,
à propos d'un cas de psychose d'influence :
Hallucinations psycho-motrices verbales. Auto-
matisme verbal auditivo-moteur. Langage mé-
canique.**

Par André CEILLIER

Dès qu'on aborde l'étude des hallucinations et en particulier l'étude des hallucinations verbales, on est obligé de constater que le grand clinicien qu'est M. Séglas les a décrites d'une façon si complète qu'il y a bien peu de chose à ajouter à son œuvre. Aussi bien, en publiant aujourd'hui l'observation d'une malade intéressante à plusieurs points de vue, notamment au point de vue des hallucinations verbales motrices, n'ai-je que le désir de confirmer certaines descriptions de M. Séglas. Dans ce rappel de notions anciennes, je crois qu'il y a une véritable utilité, car, si certains faits tels que l'hallucination psycho-motrice verbale sont connus de tous et devenus classiques, d'autres sont au contraire peu connus et n'ont été l'objet que de rares communications depuis les travaux de M. Séglas.

Parmi ces faits tombés dans un oubli immérité, je citerai surtout ce que M. Séglas appelle l'hallucination verbale motrice mixte ou sensorio-motrice. « Tantôt, dit M. Séglas, l'hallucination verbale motrice simple s'accompagne d'une autre image verbale, sensorielle, ordinairement auditive, mais plus faible, donnant lieu à un simple phénomène concomitant d'audition mentale, sans extériorisation. C'est l'*hallucination verbale motrice mixte* ou *sensorio-motrice*. Tantôt enfin, cette seconde image s'extériorise, elle aussi, en même temps que l'image motrice, en donnant lieu à une *hallucination combinée*. » Et plus loin ce passage essentiel : « Des cas plus curieux sont ceux dans lesquels elles se combinent, donnant lieu ainsi à une hallucination complexe, à la fois auditive et motrice. Dans le cas de combinaison hallucinatoire, les mêmes paroles sont

perçues à la fois à l'aide des images auditives et motrices devenues assez vives pour s'extérioriser, l'une d'elles prédominant toujours sur l'autre. Suivant les cas, les malades constatent ainsi que les voies motrices résonnent à leur oreille ou bien que les voies entendues tendent en même temps à provoquer des mouvements d'articulation correspondants. »

« Ces faits n'ont rien d'étonnant lorsqu'on se rappelle les rapports qui unissent entre eux les centres auditif et moteur du langage, et nous montrent que si l'on peut distinguer parmi les hallucinés comme parmi les normaux des types auditif, visuel, moteur, cette distinction est toute relative et tient seulement à la prédominance et non pas au rôle exclusif de telle ou telle image verbale. »

Je suis heureux d'apporter un cas très démonstratif de cette association auditivo-motrice. Mais je crois qu'il s'agit moins d'une juxtaposition ou même d'une combinaison de deux images, que d'un phénomène simple, indécomposable qui est l'automatisme du langage auditivo-moteur. Lorsque le phénomène ne s'extériorise pas, comme c'est le cas dans notre observation, il mérite le nom d'*hallucination psychique, auditivo-motrice*. La malade qui fait l'objet de notre communication présente par ailleurs, des hallucinations psychomotrices très précises, avec sensation d'exécuter des mouvements d'articulation indépendants de sa volonté. Enfin elle monologue à haute voix, elle profère presque sans arrêt des paroles dont elle refuse de se croire l'auteur, mais seulement l'appareil émetteur. Il me paraît abusif de comparer ce langage à un phénomène hallucinatoire moteur, à une impulsion verbale proprement dite et je crois qu'il mériterait le nom, soit de langage phonographique ou de phonographisme (par analogie avec le terme psittacisme par exemple) ou mieux encore et plus simplement de langage mécanique, par analogie avec le langage mécanique des médiums parlant et l'écriture mécanique telle qu'elle est décrite par les spirites.

Enfin l'observation de cette malade ne me paraît pas seulement instructive en ce qui concerne les troubles

du langage, mais aussi en ce qui concerne la symptomatologie et l'évolution de la psychose d'influence dont elle est un type très pur. J'insisterai sur l'importance, chez elle, des actes automatiques et sur l'état affectif de cette malade vis-à-vis de son délire et en dehors de son délire. Je montrerai comment des phénomènes qui ont tous, isolément, une teinte affective agréable donnent, par leur réunion et par leur permanence, un état affectif très douloureux.

Mlle G..., 35 ans, a été placée d'office, en avril 1923, avec le certificat suivant de M. Heuyer : « Excitation psychique, agitation motrice. Gesticulations. Chants. Attitude et ton dramatiques. Instabilité motrice. Propos sans suite. Fuite d'idées. Excentricités. Se dévêt. S'est mise nue. Tendance au barbouillage fécal. Orientation imparfaite. Ambivalence. Acceptation facile des contraires. Pas de signes neurologiques. Pâleur. Lèvres fuligineuses. Langue saburrale. Pouls 100. Tendance à l'obésité. Début récent des troubles psychiques. Choc émotif (abandon). »

A son entrée, M. Colin rédige le certificat immédiat ainsi conçu : « Excitation intellectuelle avec confusion dans les idées, demi-conscience de la situation. Idées d'influence. Croit être devenue malade à la suite des agissements de son dernier amant. Etat général médiocre. Anémie. Dysménorrhée. Langue saburrale. Idées récentes de suicide. Début semblant remonter à quelques mois. »

Puis le 1^{er} mai 1923, M. Brousseau rédige le certificat de quinzaine : « Etat schizoïde évoluant depuis plusieurs mois au moins, exalté par un conflit affectif. Manifeste actuellement des tendances amoureuses mal satisfaites. Soliloquie. Troubles de l'attention soutenue, désintérêt relatif du monde extérieur et de sa propre situation. Ebauche de maniérisme. Quelques préoccupations de caractère hypocondriaque actuellement atténuées. »

Enfin après avoir observé la malade pendant trois mois je rédigeai le 30 juillet le certificat détaillé qui suit : « Atteinte de délire d'influence caractérisé par l'automatisme de la pensée et du langage intérieur, l'automatisme des actes, des représentations visuelles automatiques. La malade a l'impression que ses pensées ne lui appartiennent pas et sont dirigées par quelqu'un. Elle entend continuellement des voix intérieures qui la conseillent, la dirigent, font des réflexions insignifiantes sans arrêt. Parfois on la fait parler intérieurement et en lui faisant remuer les lèvres malgré elle. On

lui fait voir en imagination des « visions », hommes nus, scènes érotiques. On agit sur ses actes. On lui fait faire des gestes bizarres, maniérés, on lui fait prendre des poses, des attitudes, on la fait se coucher par terre, courir, chanter. Parfois on l'empêche de bouger. On dirige sa main pour la faire se masturber malgré elle. La malade a l'impression qu'elle est un instrument entre les mains de certaines personnes qui ont d'abord voulu faire d'elle une artiste et qui maintenant lui font subir un traitement. Elle accepte avec passivité toutes ces expériences, car elle pense que c'est pour son bien, mais cependant elle se plaint d'être « harcelée » par ces voix, de ne plus être libre, de ne plus avoir un instant de tranquillité. L'esprit de la malade est entièrement accaparé par ces phénomènes d'automatisme mental, d'où il résulte qu'il n'y a pas place pour d'autres occupations et que la malade semble indifférente à son sort et incapable d'activité. Mais cette indifférence et cette inactivité paraissent nettement secondaires au délire et non primitives. »

Donc cette malade, après avoir paru aux premiers médecins qui l'ont examinée atteinte d'excitation intellectuelle, peut-être symptomatique d'un état schizoïde, présente la plupart des éléments du syndrome d'influence. Sa symptomatologie est même très typique, principalement sous le rapport de l'automatisme du langage et des actes. Ces symptômes ont créé un sentiment d'influence très net et un délire d'influence, voire même de possession, mais nullement systématisé. La malade constate qu'elle n'est plus maîtresse d'elle-même, qu'elle subit une domination toute puissante, mais elle ne sait pas qui la gouverne, ni davantage par quels moyens et dans quel but.

Début de la maladie. — Il paraît remonter à quelques mois avant son placement. Cette première période nous est mal connue, car nous ne possédons d'autres renseignements que ceux fournis par la malade elle-même. Après avoir vécu vers la vingtième année de prostitution, Mlle G... aurait eu ensuite plusieurs liaisons, dont une a duré sept ans. Il semble que l'abandon du dernier amant, dont elle espérait le mariage, ait été pour elle un choc émotif assez fort et la cause de nombreux soucis. C'est peu de temps après qu'auraient apparu les troubles mentaux, très mal définis d'ailleurs, préoccupations diverses, sentiment qu'on connaît sa pensée, impression vague d'une transformation de sa personnalité, d'une modification de sa manière habituelle de sentir, puis excitation intellectuelle, agitation motrice et scandale dans la rue qui la fait conduire à l'infirmerie spéciale.

Très rapidement, on met en évidence à Ste-Anne, les éléments du syndrome d'influence qui, comme je viens de le dire, aboutissent au sentiment et à l'idée d'influence, mais sans délire systématisé vrai.

Aspect. Attitude. — Mlle G... est correctement vêtue et coiffée ; elle est propre et l'on ne peut rien relever d'anormal dans sa tenue. Il n'en est pas de même de son attitude. Si on l'observe à la dérobée, on constate qu'elle parle fréquemment toute seule, qu'elle sourit et que son expression est très mobile, tout à fait semblable à celle d'une personne qui aurait une conversation animée. En effet, la malade a presque sans arrêt une conversation mentale. Pendant une période de quelques semaines Mlle G... se livrait à une série d'actes étranges ; elle se levait brusquement, se couchait par terre, prenait des poses comparables à celles du modèle devant son peintre, ou se livrait à des gesticulations bizarres qui auraient pu induire l'observateur en erreur et le faire conclure au maniérisme le plus typique de la démence précoce. Par la suite, ces attitudes étranges ont fini par disparaître ; la malade ne prenait plus de « poses », mais se livrait à une série d'actes bizarres, tels que de pianoter ou de tourner les deux mains l'une autour de l'autre etc... Puis la soliloquie, assez rare au début, est devenue de plus en plus fréquente et actuellement la malade monologue presque sans arrêt, sa mimique étant tout à fait adaptée à son récit.

Il est assez difficile de capter son attention qui paraît surtout accaparée par sa conversation intérieure (monologue ou hallucinations psychiques), d'où son aspect habituel de distraction. Cependant quand on est arrivé à engager la conversation, celle-ci est, dans sa forme tout à fait normale, les réponses sont pertinentes et l'on ne constate aucun signe du plus léger affaiblissement intellectuel. Il est très facile de mettre en évidence les principaux symptômes qui par leur réunion forment le syndrome d'influence. J'étudierai successivement l'automatisme du langage, des actes, des représentations (visuelles et même olfactives), puis le sentiment d'influence et l'attitude de la malade, principalement son attitude affective devant son délire.

Hallucinations psychiques de l'ouïe. — Elles sont très nettes et très caractéristiques : « J'entends causer tout le temps, dit-elle. C'est quelqu'un qui est au courant de tout, qui sait tout ce qui me concerne. Ce n'est pas une voix naturelle, mais je ne peux pas expliquer. Ça ne fait pas de bruit du tout. Ça a comme un timbre, mais non comme une voix ordinaire. Il m'est impossible de dire d'où ça vient. Ça vient

directement dans la tête. Cela se passe en moi... On répète ma pensée, on sait tout ce que je pense. On m'a dit que j'étais une femme qui avait de la morale, du goût, de l'honnêteté. On m'a dit des paroles d'amour. On fait des réflexions insignifiantes sur tout ce qui se passe autour de moi. Souvent on fait des réflexions drôles qui me font rire, ou bien on me donne des conseils. »

En somme, comme il est très fréquent dans les délires d'influence, le contenu des hallucinations est agréable, mais leur répétition, leur permanence, pour ainsi dire, sont extrêmement pénibles, comme nous le verrons plus tard.

La malade répond mentalement comme il est de règle, alors que, le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'hallucinations sensorielles vraies, la malade répond à haute voix ou même crie sa réponse. Ainsi s'engage entre Mlle G... et ses voix une interminable conversation mentale.

Hallucinations psycho-motrices verbales. Automatisme auditivo-moteur. Langage mécanique. — Dans ce vaste groupe du langage automatique on peut établir plusieurs variétés. A différentes reprises, Mlle G... a présenté des phénomènes semblables à ceux que M. Séglas a décrits sous le nom d'hallucinations psycho-motrices verbales et d'impulsions verbales, avec perception de mouvements d'articulation, indépendants de la volonté du sujet et syllabes scandées. Exemple : « Oui-c'est-u-ne-pers-onne-qui-n'est-pas-d'acc-ord-a-vec-les-au-tres-etc... »

Dans d'autres cas qui me paraissent moins connus et pourtant plus fréquents que l'hallucination psycho-motrice vraie, le phénomène consiste en ceci que la malade remue les lèvres et a la sensation de parler, en même temps qu'elle a des hallucinations psychiques de l'ouïe. Ou plutôt, pour employer une terminologie que je préfère et qui me paraît plus conforme à la nature du phénomène (car c'est abusivement qu'on parle dans ces cas d'hallucinations) il s'agit d'un automatisme du langage intérieur, qui n'est ni celui du langage auditif, ni celui du langage intérieur moteur, ni même, strictement, la juxtaposition, la concordance ou l'addition du langage intérieur auditif et du langage intérieur moteur, mais une combinaison qui participe des deux sans être cependant l'un et l'autre : *l'automatisme du langage auditivo-moteur.*

Je crois que le langage intérieur a un mécanisme infiniment complexe et que la théorie des images verbales soit auditives, soit motrices, est un peu trop simpliste. Et, c'est précisément parce que le langage intérieur ne consiste pas simplement en images motrices (à supposer qu'il puisse y

avoir des images motrices), en images auditives, visuelles ou graphiques, c'est précisément parce que le phénomène est complexe, qu'il est si difficile pour l'individu normal de définir la variété de son langage intérieur, et pour le malade ayant des hallucinations psychiques (ou mieux de l'automatisme de son langage intérieur) d'en préciser les caractères.

L'analyse que fait Mlle G... est tout à fait démonstrative : « On a essayé de me faire dire des choses contraires à ma pensée. Mes lèvres ont remué. Ça devait être ma langue ou ma gorge ; je ne peux pas dire. On m'a fait marmoter. *J'entendais ce qu'on disait et mes lèvres remuaient.* — *Était-ce malgré vous ?* — C'est comme tout le reste, tout malgré moi. *C'était comme d'habitude, mais mes lèvres marchaient.* — *Est-ce que vous avez parlé tout haut ?* — Non, c'était comme d'habitude. » En résumé les réponses de la malade nous montrent bien que l'automatisme ne porte ni sur le langage auditif seul, ni sur le langage moteur seul, mais sur les deux à la fois. Je crois d'ailleurs qu'il ne s'agit pas même d'une association ou d'une combinaison de deux images, mais d'un phénomène primitif, indécomposable.

Cette opinion est absolument conforme aux doctrines psychologiques actuelles. « Il est certain, disent Barat et Chaslin dans le récent traité de psychologie de M. Dumas, que les images auditives de phonation sont intimement associées aux mouvements qui habituellement les produisent. » La forme auditivo-motrice de l'automatisme verbal devrait donc être la variété la plus habituelle et il y a lieu de s'étonner qu'elle ne soit presque jamais décrite.

Enfin, Mlle G... présente un troisième phénomène qui n'est pas comparable au premier (mouvements involontaires et incoercibles d'articulation), ni au second (automatisme auditivo-moteur) et qui est le monologue à haute voix. La malade parle d'abondance, mais elle dit ne comprendre ses paroles qu'au fur et à mesure qu'elles sont prononcées. C'est elle qui parle, en ce sens que le son sort de sa bouche, mais elle n'est que l'instrument mécanique et non l'auteur de ses paroles et de son discours. Les renseignements fournis par la malade sont des plus démonstratifs.

— Pourquoi parlez-vous tout le temps ? — C'est quelqu'un qui me suggère ; toute la journée je cause. *Ce n'est pas ma pensée.* Tout ce que je dis là, ce n'est pas ma pensée. Je ne comprends pas ce que ça veut dire que je cause tout le temps. Tout à l'heure, ce n'était pas moi qui parlais, ce n'était pas ma voix.

— Pouvez-vous l'empêcher ? — Quelquefois, mais seulement pour de petits arrêts.

(Elle rit) — Pourquoi riez-vous ? — On me dit des choses drôles, que je dois appartenir à un homme tout de suite.

— Pourtant, vous vous rendez compte que c'est vous qui parlez ? — Oh, non, monsieur ! au contraire, je me rends compte que ce n'est pas moi qui parle. Je ne sais pas si c'est dans ma tête, si c'est dans mon corps, mais ce n'est pas moi qui parle. On croirait qu'il y a quelqu'un en moi ; ça me fait cet effet-là. — (Quand la malade déclare : « ce n'est pas moi qui parle », elle ne veut pas dire par là que les mots ne sortent pas de sa bouche, mais elle veut dire que ce n'est pas elle qui élabore les mots et les phrases qu'elle prononce.)

— Comprenez-vous ce que vous dites ? — Je le comprends après, quand je l'ai dit, mais avant je ne sais pas. Quand je parle, comme tout à l'heure, ce n'est pas moi qui pense, ce n'est pas moi qui cause, *je cause, c'est automatique.* »

— Qu'est-ce que ça veut dire : automatique ? — Quelque chose qui fonctionne tout seul. »

La malade nous dit donc, spontanément, sans avoir été influencée par nous, que son langage est quelque chose qui fonctionne tout seul. Or, ceci nous amène à faire une comparaison et à proposer un néologisme. A quoi comparer un langage qui fonctionne tout seul sinon à un phonographe ? et pourquoi ne pas appeler *langage phonographique* ou *phonographisme* le phénomène pathologique qui consiste à parler mécaniquement, sans que le sujet pense, sans qu'il ait conscience de ce qu'il veut dire, comme s'il était un simple appareil émetteur de sons. On pourrait, encore mieux, donner à ce phénomène le nom de *langage mécanique*, par analogie avec le langage mécanique des médiums parlant et l'écriture mécanique des spirites.

Actes automatiques. — L'automatisme qui s'est déjà manifesté dans le langage (hallucinations psychiques de l'ouïe, hallucinations psycho-motrices verbales, automatisme auditivo-moteur, langage mécanique) est également des plus marqués en ce qui concerne l'activité. La plupart des gestes de Mlle G..., la plupart de ses attitudes, de ses actions lui paraissent indépendants d'elle. « Continuellement je fais des choses et ce n'est pas moi qui les fais. Ici on n'est pas maître de soi... Il faut que j'arrive à me mettre en colère... On me fait me mettre en colère (sentiments suggérés). On m'a fait beaucoup chanter. On m'a fait allonger par terre. On m'a fait faire plus de soixante fois le tour du jardin. C'est inouï ce qu'on m'a fait faire ! Par tous les bouts on m'a prise. On me fait rester en place, on me fait remuer. On fait de moi tout ce qu'on veut, alors qu'habituellement on ne

pouvait jamais faire de moi ce qu'on voulait. On m'a fait faire des gestes de doigts, de mains, on m'a fait prendre des « poses » comme si on me photographiait... Quand je fais des points à l'aiguille, ce n'est pas moi qui fait cela. On m'a fait me toucher..., etc... »

— Est-ce que vous faisiez cela parce qu'on vous le disait ?
— « On me faisait faire cela sans me le dire. J'étais assise sur un banc et puis tout à coup je me sentais prendre une pose ou faire quelque chose, comme de me coucher par terre. On me faisait prendre des poses, mais c'était malgré moi. A la préfecture on m'a fait chanter malgré moi. J'ai d'abord pensé qu'on voulait faire de moi une artiste. C'est pour cela que je me suis laissée conduire. Maintenant je pense qu'on a voulu étudier ma vie et qu'on veut me remettre dans mon état naturel. »

Visions imaginaires (ou représentations visuelles mentales automatiques). — Ce sont des scènes animées qu'elle voit en « imagination », soit en fermant les yeux, soit en regardant dans le vague. On lui fait voir des chimères, des animaux extraordinaires. On lui a montré des gens qui s'embrassaient, des scènes lubriques. On lui montre des visages de personnes de sa famille et d'amis qu'elle assure reconnaître et voir très distinctement.

Représentations olfactives. — C'est un symptôme que j'ai constaté pour la première et unique fois. Ces « olfactions imaginaires » sont à l'hallucination olfactive ce que les visions imaginaires sont à l'hallucination visuelle. La phrase de la malade, que je reproduis textuellement, ne laisse aucun doute sur la réalité du phénomène : « J'ai senti l'odeur de l'œillet, mais c'était plutôt *en imagination*. C'est une odeur que j'avais *dans la tête*. Ce n'est pas comme une odeur qu'on respire dans l'air. »

Troubles cénesthésiques. — Contrairement à ce qui a lieu dans la psychose hallucinatoire chronique, et comme il est de règle dans le délire d'influence ou de possession, les troubles cénesthésiques consistent beaucoup moins en sensations douloureuses (piqûres, décharges électriques), qu'en sensations d'attouchement et surtout en sensations internes, viscérales et en sensations de transformation corporelle plus ou moins généralisées : « On m'a transformée autrement que j'étais. Je ne me sens plus la même. Quelque chose va éclater dans mon cœur. On va dire que je suis morte. On me touche le corps partout. »

Les sensations génitales ne sont pas rares et là aussi elles diffèrent de ce qu'elles sont dans le délire de persécution. Au lieu d'être douloureuses, elles sont agréables, parfois

même voluptueuses et consistent en attouchements, caresses et sensation d'intromission de l'organe viril.

Sentiment et idée d'influence et de possession. — Le sentiment d'influence est des plus nets. A chaque interrogatoire, Mlle G... l'exprime de la façon la plus catégorique : « Je voudrais redevenir moi. Je ne suis plus maîtresse de mes idées et pourtant je suis une femme qui sait ce qu'elle veut. On est tout le temps après moi. » Les idées de possession sont ébauchées : « On croirait qu'il y a quelqu'un dans moi... il y a une autre personne dans mon estomac. »

Cependant malgré la netteté, l'intensité du syndrome d'influence et du sentiment qui l'accompagne, il n'y a pas de système délirant. Elle ne sait ni qui, ni pourquoi, ni comment. Tout au plus a-t-elle émis quelques vagues hypothèses : « On a peut-être voulu faire de moi une artiste ou bien on a voulu me soigner. »

Deux remarques sont dignes d'intérêt. D'abord l'absence de délire systématisé est une preuve nouvelle de la formation secondaire du délire. Il peut y avoir syndrome d'influence sans délire systématisé, alors qu'il ne peut y avoir délire d'influence sans quelques éléments du syndrome. Ensuite nous constatons, ce qui est fréquent dans les délires d'influence, l'absence d'idées de persécution et la présence d'idées de protection : « C'est probablement pour mon bien. » Et ceci nous amène à étudier l'état affectif de la malade.

Etat affectif par rapport au syndrome d'influence. — Ici nous constatons un fait d'apparence paradoxal, mais banal dans la psychose d'influence. Tous les éléments du syndrome sont agréables et, pourtant, leur réunion et surtout leur persistance déterminent un état affectif pénible.

Les « voix intérieures » ne disent jamais d'injures et ne font jamais de menaces, mais, au contraire, font à la malade des compliments sur son physique, sur sa beauté, sur ses qualités morales et intellectuelles et même lui disent des paroles d'amour. Ces voix sont en général gaies et la font rire. De même les « visions » ne sont jamais terrifiantes ou pénibles, mais représentent des personnes aimées ou évoquent des scènes libidineuses auxquelles Mlle G... se complaît. L'odeur en « imagination » de l'œillet n'est pas non plus pour déplaire. Les actes commandés consistent surtout en chants et en attitudes théâtrales, en poses plastiques qui paraissent plutôt un divertissement. Il n'y a qu'à observer la malade quand elle monologue pour voir que sa physionomie exprime plutôt la gaieté que la tristesse et la satisfaction que le désespoir. « Le plus souvent, dit-elle, la personne qui pense avec moi est gaie. On me dit des choses qui sont agréables à entendre. »

Peut-être au début Mlle G... a-t-elle été réellement heureuse. Je le croirais volontiers et je partage l'opinion du Dr Borel qui, l'ayant examinée peu de temps après son entrée, notait avec une grande finesse psychologique : « qu'elle pouvait peut-être être considérée comme un état schizoïde, avec fuite dans la maladie, plus agréable que la réalité ». Mais actuellement l'état affectif de la malade est nettement pénible. Elle se plaint de ne plus être maîtresse d'elle-même, de ne plus être libre, d'être continuellement « harcelée ». « Je suis agacée, dit-elle, d'entendre tout le temps parler ou de tout le temps causer. Oh ! ça me fatigue, parce que c'est sans arrêt et puis ce n'est pas intéressant. » Et encore ce cri du cœur : « Ah ! c'est affreux ! Je ne suis jamais seule ! Il y a toujours quelqu'un qui me parle ou qui me fait causer ou qui me touche. Je voudrais redevenir moi. »

Activité et affectivité en dehors du délire. Fonds mental. — Dans le certificat cité plus haut je disais : « L'esprit de la malade est entièrement accaparé par ces phénomènes d'automatisme mental, d'où il résulte qu'il n'y a pas place pour d'autres occupations et que la malade paraît indifférente à son sort et incapable d'activité. Mais cette indifférence et cette inactivité paraissent nettement secondaires au délire et non primitives. »

De fait la malade semble se désintéresser du monde extérieur. Sous la domination permanente de ses voix et du monologue qui lui est imposé, ayant une activité presque constamment commandée, elle se comporte de façon tout à fait passive. Elle ne lit pas, ne se livre à aucun travail, ne parle à personne (qu'à ses interlocuteurs imaginaires). Mais si on l'interroge sur son avenir, sur le désir qu'elle a de reprendre une existence normale, sur les sentiments qu'elle a conservés pour sa famille, elle donne des réponses tout à fait correctes qui nous prouvent que dans le fond son activité et son affectivité ne sont touchées ni primitivement, ni profondément.

De même on ne constate aucun affaiblissement intellectuel, non plus qu'aucun symptôme de discordance pouvant faire penser à la démence précoce.

Il est difficile actuellement de prévoir l'évolution de la maladie, mais tout porte à croire qu'elle se fera vers la chronicité. Je dois dire cependant que dans des cas semblables, j'ai vu survenir contre toute attente des rémissions, que seule l'absence suffisante de recul empêche d'affirmer définitives.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je demanderai à M. Ceillier quel est le degré de culture de sa malade. Les mécanismes verbaux peuvent, en effet, différer selon la pratique spirituelle des individus. Tel primaire en lisant continue d'articuler, tandis que des intellectuels entraînés lisent presque synthétiquement des lignes entières sans aucun concomitant articulo-moteur perceptible. L'épreuve de la lecture muette ou à voix haute permet de mettre en évidence ces distinctions chez certains hallucinés. Tandis que chez les uns la lecture à voix haute fait disparaître l'hallucination, chez les autres celle-ci persiste. Tandis que la lecture muette est chez les uns devinée ou répétée, chez les autres elle ne s'accompagne d'aucune hallucination. Quant aux hallucinations auditivo-motrices elles sont, en effet, fréquentes. Expression morbide d'une différenciation peu précise du langage intérieur, elle sont depuis longtemps classiques et c'est sans doute pourquoi on n'en parle pas davantage. A tort d'ailleurs, car toute notion un peu ancienne doit de temps en temps être ravivée par la discussion.

D^r de CLÉRAMBAULT. — Dans l'automatisme mental la pensée s'émancipe d'abord, le plus souvent, sous sa forme indifférenciée, qui est celle de la pensée normale. Je l'ai fait valoir à la Société Clinique de M. M. en décembre 1923, et ici-même. Le caractère à la fois fragmentaire et composite de la pensée normale a été mis en valeur, si je ne me trompe, par J. Philippe, dans son livre déjà ancien sur « L'Image Mentale ».

Le présentateur n'a pas de diagnostic, et ce fait même est intéressant. Très fréquemment les sujets à A. M. présentent une excitation euphorique légère, d'autre part l'A. M. n'est pas rare chez les maniaques ; il est difficile de savoir si l'on se trouve en présence d'une excitation chez une hallucinée chronique, ou d'un A. M. chez une maniaque.

Dans le cas d'excitation surajoutée chez une hallucinée chronique l'excitation elle-même est le plus souvent chronique. Une telle excitation coïncidant avec

une teinte érotique de l'A. M. est fréquente chez les hallucinées que nous appelons persécutées Inermes, persécutées sans persécution, fausses persécutées (S. C. de M. M., avril 1920). L'enjouement, la confiance et l'expansivité montrent d'emblée l'absence chez elles du caractère paranoïaque. La réunion de ces deux facteurs, A. M. et excitation, me paraît devoir s'expliquer par une causalité commune, causalité endocrinienne. Trois malades à A. M. que j'ai présentées ce même mois à la S. C. de M. M. présentent, avec des troubles endocriniens patents, ce que j'appelle un automatisme émotif et affectif. L'excitation euphorique des hallucinés chroniques serait de même ordre, il serait seulement plus continu.

Cette union de l'excitation et de l'A. M. me paraît s'observer surtout chez les femmes.

M. Aug. MARIE. — La très intéressante étude de M. Ceillier signale chez sa malade l'apparition finale d'idées de possession ; peut être en ce cas passerait elle, après sa période d'excitation hypomaniaque avec automatisme verbal hyperthésique, à une phase de dépression cyclothimique à dédoublement et idées de possession fondées sur l'automatisme inconscient auquel le moi ancien assiste.

C'est le cas des mélancolies mystiques que j'ai décrites avec M. Vallon dans une série d'études de 1896 (*Arch. de Neurol.*, n^{os} 12, 13, 15) et 1898 (*ibid.*, n^{os} 29 et 30).

Les Démonopathes d'Esquirol étaient des hallucinés psycho-motrices ; il suffit de relire leurs observations ; Cotard en a bien fait ressortir l'intérêt dans sa monographie du Délire des négations et, au Congrès de 1889, dans son étude sur l'origine psycho-motrice des délires.

Baillarger et Janet avaient aussi bien étudié ici-même l'automatisme psychologique et son influence sur les hallucinations dites épigastriques ou pharyngiennes ainsi que Séglas l'a rappelé dans ses premières leçons que j'ai recueillies en 88 et publiées au *Progrès médical* sur les hallucinations psycho-motrices verbales. Il serait fort intéressant à ce point de vue de suivre la malade de M. Ceillier au cas où elle passerait par une

phase dépressive à laquelle ses idées de possession font penser.

M. CEILLIER. — En réponse à M. de Clérambault, je dirai qu'il y a certainement un état d'excitation chez cette malade, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'un simple état maniaque avec interprétation secondaire dans le sens influence. L'ancienneté de l'affection, la croyance absolue de la malade en la réalité de son délire, l'état affectif pénible, l'évolution générale permettent de croire qu'il s'agit d'une affection chronique avec des alternatives d'excitation.

A M. Laignel-Lavastine, qui demande quel est le degré de culture de la malade parce que la lecture s'accompagne souvent de mouvements d'articulation chez les gens peu cultivés, je répondrai que le sujet possède une culture moyenne ; la lecture est très courante, l'intelligence plutôt vive. Il ne s'agit ni d'une débile, ni d'une arriérée scolaire.

Syndrome non démentiel de catatonie

Par Paul COURBON et E. BAUER (de Stephansfeld)

Nous voudrions à l'occasion de l'observation ci-dessous résumée apporter quelques considérations sur le sens à attribuer à trois termes du vocabulaire psychiatrique, dont la signification n'est pas la même pour tous les auteurs : catatonie, stéréotypie, gâtisme.

Ces trois termes sont à notre avis les meilleurs pour synthétiser les trois caractères essentiels de notre malade qui n'est pas une démente. Ils sont pris par nous dans leur sens étymologique dépourvu de l'anticipation que leur ajoutent à tort certains auteurs pour qui ils sont évocateurs de démence.



Femme née en 1881, internée une première fois à Stephansfeld de mars 1910 à juin 1911, puis une seconde fois de novembre 1918 à mars 1921. Était donc à l'asile lors de

l'arrivée des médecins français. Y était hospitalisée dans le quartier des agitées, complètement incohérente et stéréotypée. Passait des heures entières à s'épiler les cheveux si bien qu'elle en était arrivée à une calvitie en plaque, qui jointe à la malpropreté de sa mise et de son visage aggravait encore l'apparence de déchéance mentale où elle semblait plongée. Parfois interrompait cette occupation pour s'installer pendant l'été sur le poêle, accroupie à ne rien faire, occupée obstinément à retirer ses mains des gants où elles étaient enfermées. Parvenait parfois en s'aidant de ses dents et de ses orteils qui sont doués de préhension à venir à ses fins, malgré la surveillance des infirmières et recommençait alors sa frénétique épilation. — Ne répondant que par des injures en patois alsacien, résistant aux sollicitations d'autrui, ne paraissant s'intéresser à rien ni à personne. Ayant des gestes guindés et monotones, des cris peu variés et également monotones ; gâteuse, souillant son lit et même ses vêtements d'urines et de matières fécales, mangeant voracement. Elle donnait l'apparence d'une démence profonde avec alternatives d'agitation et de dépression *catatoniques*. Or, dès le début de l'année 1921 apparut une amélioration progressive de tous les troubles, un retour parfait à la lucidité, une conscience très exacte de l'état pathologique passé, une reprise du travail, et elle sortait guérie de l'asile en mars 1921.

Elle reprit ses fonctions de ménagère auprès d'un de ses frères, faisant preuve d'une initiative toujours très adaptée, jugée tout à fait normale par tout le monde et l'étant en effet. Brusquement réapparition d'un état d'agitation en novembre 1923, qui nécessita son retour à l'asile le 24 novembre.

Les premiers jours elle se livre à des gestes apparemment catatoniques : restant, pendant des minutes entières, la tête penchée entre ses jambes écartées comme pour contempler son périnée par-dessous ses jupes, ou bien dans une attitude de grand écart touchant le sol de toute la longueur de ses membres inférieurs et du tronc, ou bien le tronc cambré en arrière, la nuque renversée, les yeux dardés au plafond. Aucune attention à l'entourage. Salade de mots sans suite, proférés avec une fureur qui lui mettait l'écume aux lèvres et gonflait ses veines du front jusqu'à les faire éclater. Ces attitudes catatoniques ont peu à peu disparu, et à l'heure actuelle, l'agitation devenue plus influençable par les circonstances extérieures a revêtu une allure franchement maniaque.

STÉRÉOTYPIES : Nous appelons stéréotypies les réactions motrices que cette malade reproduisait toujours identiquement de la même façon ; ce caractère de la « reproduction identique » nous semble ne pas pouvoir être exprimé par un meilleur terme que celui-ci.

Un acte quelconque qui se répète implacablement sous une forme invariable est un acte stéréotypé, cela quel que soit le mécanisme de cette répétition. Evidemment la conduite d'un sujet risque d'autant moins de se modifier que son psychisme est pauvre en représentations et que son affectivité est immuable. C'est ce qui arrive pour la conversation des vieillards radoteurs (1). — La démence réalise cet état le plus complètement. — Mais les états mixtes de psychose maniaque dépressive peuvent déterminer une condition analogue ; aussi les sujets qui en sont atteints sont-ils stéréotypés. Pfersdorff a notamment étudié les stéréotypies verbales dans cette psychose. — La débilité mentale, même sans être poussée au point de ne pas permettre la vie sociale, fait de même ; tout le monde connaît les plaisanteries stéréotypées de quelques-uns des membres de son entourage. — La persistance d'un état affectif réalise les mêmes effets, que cet état affectif soit délirant (l'un de nous (1) a rapporté l'histoire d'une érotomane persécutée, sans le moindre affaiblissement intellectuel, qui pendant des années écrivait à son prétendu amoureux des billets dont le contenu et la funèbre parure étaient identiquement les mêmes) —, obsédant (l'arithmomane qui compte tous les becs de gaz qu'il rencontre), — ou non pathologique (Caton qui répète à la fin de chaque discours : « Il faut détruire Carthage », la fillette peureuse qui regarde tous les soirs sous son lit pour voir s'il n'y a pas de voleur caché).

En somme, tout mouvement, toute attitude, toute conversation paraissant insolites pour l'observateur et se reproduisant toujours d'une façon identique, sont des stéréotypies. Celles-ci sont ou non pathologiques sui-

(1) COURBON. — Stéréotypie graphique symbolique du veuvage dans la correspondance d'une érotomane persécutrice : *Revue neurologique*, août 1923. — Le radotage, *Annales médi o-psychologiques*, janvier 1923.

vant la nature de la cause qui leur donne naissance. Parmi les premières les stéréotypies démentielles sont celles qui ont pour caractère d'être arbitraires, de ne correspondre à rien, de n'avoir ni but ni effet, d'être dépourvues de contenu idéo-affectif, comme disait Dromard (1), et qui forcément alors s'accompagnent de quelques signes de démence plus ou moins accentués : indifférence, altération du sens critique, perte de la mémoire.

Qu'on remarque, en effet, que le mot stéréotypé appartient au vocabulaire de la langue courante : sourire, plaintes, plaisanteries stéréotypés. Etymologiquement — στερεος τοπος = solide caractère — stéréotypie désigne une impression faite à l'aide de planches dont les caractères ne sont pas mobiles et que l'on conserve pour de nouveaux tirages. Il est facile de voir la métaphore qui inspira l'usage du terme au figuré pour désigner la répétition *ne varietur* d'un acte quelconque.

CATATONIE : Nous employons ce mot pour indiquer à la fois que toutes ces stéréotypies étaient caractérisées par la raideur, la monotonie, l'uniformité guindée des mouvements et qu'elles étaient accompagnées de négativisme, d'impulsions, d'incohérence intellectuelle et d'indifférence apparente.

Ce faisant nous croyons nous écarter moins de la pensée du créateur du mot que ne nous semblent s'en écarter les auteurs qui font du mot catatonie un synonyme de démence. Nous croyons également avoir employé le seul terme qui convienne.

Le mot catatonie désignait pour Kahlbaum un syndrome à la fois mental et moteur. Au point de vue mental il s'agissait d'un affaiblissement démentiel progressif. Au point de vue moteur il s'agissait d'une modification particulière spastique du fonctionnement moteur. Ce caractère spastique de la motricité est celui qui aux yeux de l'auteur était essentiel, comme il le dit lui-même d'ailleurs, et comme le prouve le mot *κατὰ τόνος* — en contraction — qu'il choisit pour étiqueter le syndrome.

(1) DROMARD. *La mimique des aliénés*, vol. Paris, chez Alcan.

Voici la définition de Kahlbaum, dans son travail intitulé « Die Katatonie oder das Spannungsirresein » : « Die Katatonie ist eine Krankheit mit zyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen. » Ce qui signifie : La catatonie est une affection cérébrale à évolution cyclique, dans laquelle les symptômes mentaux constituent successivement les syndromes de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion et *enfin de la démence*, un ou plusieurs de ces syndromes pouvant cependant faire défaut, *et dans laquelle des phénomènes nerveux moteurs d'ordre spasmodique figurent comme symptômes essentiels à côté des signes psychiques.*

Depuis lors les auteurs allemands contemporains semblent avoir interverti l'importance de l'élément moteur et de l'élément mental démentiel dans l'emploi qu'ils font du mot catatonie, si bien que pour eux catatonie est devenu synonyme de démence. C'est en effet au chapitre de la démence précoce que Kræpelin en donne la plus complète définition. [*Einführung in die psychiatrische Klinik*, 4. Auflage, 1921] : « L'excitation catatonique est caractérisée par une agitation motrice monotone, insensée, impulsive (einförmiger, sinnloser, triebartiger Bewegungsdrang) sans qu'il y ait un état affectif déterminé. Au lieu de la facilité avec laquelle les maniaques se laissent distraire nous trouvons ici une « inaccessibilité » par rapport à toutes les influences extérieures. Les malades ne font pas attention à leur entourage ; ils n'obéissent à aucune incitation, ne donnent pas de réponse, ni se laissent intéresser en rien dans leur activité. Leurs mouvements n'ont pas de but ni de rapport avec des influences extérieures, ce qui fait que ces malades peuvent manifester l'agitation la plus extrême dans l'espace le plus restreint.

« Ils entremêlent parfois, sans cause appréciable, des
« actes incompréhensibles, mais exécutés avec une
« énergie frappante. La conscience est beaucoup moins
« troublée qu'on ne serait tenté de l'admettre, étant
« donné la conduite insensée de ces malades. Leurs
« propos sont décousus, incohérents, sans rapport avec
« la situation et avec l'entourage. Les hallucinations
« auditives sont fréquentes. L'agitation et la stupeur
« alternent fréquemment. »

C'est aussi au chapitre de la démence que Bleuler écrit : « On désigne du terme de symptômes catatoniques un certain nombre de symptômes qui ont servi jadis à identifier la catatonie. Ces symptômes peuvent exister à l'état isolé, mais il est probable qu'ils ont certaines relations entre eux dans ce sens qu'ils se rencontrent le plus souvent dans l'affection cérébrale qui se manifeste par la catatonie. » Parmi ces symptômes, Bleuler énumère : 1° la catalepsie, 2° la stupeur, 3° l'hyperkinésie, 4° les stéréotypies, 5° le maniérisme (die Manieren), 6° le négativisme, 7° la suggestibilité (die Befehlsautomatie) et l'échopraxie, 8° les automatismes, 9° l'impulsivité. [*Lehrbuch der Psychiatrie*, 3. Auflage, 1920, p. 303]. Plus loin le même auteur écrit [p. 314] : « Lorsque dans la démence précoce les symptômes catatoniques occupent le premier rang, on parle de catatonie. »

L'école française, au contraire, n'a pas perdu de vue la signification étymologique du mot catatonie. Pour quelques-uns, surtout pour les neurologistes, ce dernier terme est devenu synonyme de catalepsie, c'est-à-dire qu'il ne désigne que l'élément spastique moteur. Pour tous il perdit sa signification dementielle, et cela avec raison, car les divers troubles mentaux auxquels s'associe l'état spastique : négativisme, suggestibilité, impulsivité, stupeur, agitation, incohérence, pour former le syndrome catatonique, ne sont pas par eux-mêmes, même en s'additionnant les uns aux autres, pathognomoniques de démence : Nous renvoyons aux travaux de Chaslin et Séglas, de Deny et Roy. La catatonie se rencontre, en effet, dans de multiples circonstances, dont beaucoup ne comportent pas la démence : Hysté-

rie, épilepsie, idiotie, états confusionnels, mélancolie, psychoses par intoxication, tumeurs, affections organiques cérébrales, enfin paralysie générale et démences.

Dupré dans sa préface à la traduction de « l'Introduction à la psychiatrie » de Kræpelin par Devaux et Merklen résumant la conception de l'auteur allemand, déclare que ce qui caractérise la démence stupide ou agitée, c'est le désaccord entre l'intelligence et le sentiment d'une part et les réactions motrices d'autre part, c'est la rupture du lien entre la pensée et l'acte, c'est la nature primitive essentielle des actes psychomoteurs. Mais il ajoute que certains des éléments de la catatonie (catalepsie, suggestibilité, négativisme, etc.) peuvent s'observer à titre épisodique ou permanent chez les débiles mentaux. Le syndrome d'ordre congénital chez eux résulte d'une insuffisance par arrêt de développement des voies d'association qui relient les sphères affective et intellectuelle aux centres de l'activité motrice. Il est possible même que lorsqu'il est acquis, le syndrome n'apparaisse que chez des sujets congénitalement invalides dans le système des voies d'association psychomotrice et désignés par cette insuffisance constitutionnelle à l'apparition des troubles catatoniques au cours des psychoses qui peuvent les atteindre.

Ces états non démentiels où l'on trouve les signes moteurs et mentaux de catatonie ne sont d'ailleurs pas ignorés des auteurs allemands trop bons cliniciens pour ne pas les avoir identifiés. Kræpelin par exemple écrit : « Il n'est pas rare d'observer chez des maniaques indiscutables quelques signes apparemment catatoniques, des grimaces, des mouvements bizarres, des chants et des cris monotones, de l'humeur négative. » Ailleurs [*Lehrbuch der Psychiatrie*, I, 8. Auflage, 1909, p. 379], il ajoute : « Les mêmes troubles à l'état ébauché, notamment la flexibilité cireuse, se rencontrent dans les syndromes les plus variés. Ainsi je les ai observés chez des hystériques, des épileptiques, des maniaques-dépressifs, des paralytiques généraux, des alcooliques, des malades atteints d'abcès cérébral traumatique et chez un hydrocéphale hémiplégique. Mais ce groupe de symptômes se

« rencontre sous son aspect le plus typique dans la « démence précoce et surtout dans les formes de cette « maladie désignées sous le nom de catatonie. » De même Bleuler dit des symptômes catatoniques, qu'ils peuvent se rencontrer sous des aspects et avec une pathogénie un peu modifiés dans d'autres maladies. Ce sont : les stéréotypies, le maniérisme, la suggestibilité, la catalepsie cireuse et raide, etc. — Kahlbaum lui-même, s'il donne dans sa définition de la catatonie la démence comme l'aboutissant de l'évolution de la maladie, insiste pourtant dans son chapitre du pronostic sur la guérison possible de certains des cas.

GATISME : Nous désignons par là la souillure excrémentitielle du lit et des vêtements que l'on constata à diverses reprises le jour ou la nuit chez notre malade. Et là encore nous croyons qu'aucun autre mot ne pouvait mieux convenir, bien qu'il ne s'agisse pas de démence.

L'un de nous (1) d'ailleurs s'est efforcé de montrer les raisons pour lesquelles les pires pratiques de la malpropreté corporelle ne sauraient être considérées comme des indices de démence, ni même d'un trouble mental pathologique. La souillure du lit et du vêtement peut se rencontrer dans l'incontinence sphinctérienne, lorsqu'elle a pour cause une lésion des organes évacuateurs ou de leur innervation, — dans l'émotivité sphinctérienne quand elle a pour cause une inhibition exercée par l'émotion sur les sphincters, — dans la négligence sphinctérienne quand elle a pour cause le défaut momentané d'attention du sujet à ses besoins, — dans l'indiscipline hypnagogique sphinctérienne quand elle a pour cause le relâchement des sphincters pendant le sommeil, — dans le négativisme sphinctérien quand elle a pour cause la résistance automatique du sujet à ses propres besoins jusqu'à évacuation par regorgement (démence précoce), — dans le gâtisme proprement dit quand il y a perte du contrôle psychique général (stupéur, confusion, démence). C'est ce dernier mécanisme

(1) COURBON. — La malpropreté corporelle et les fonctions sphinctériennes. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1923.

qui vraisemblablement jouait chez notre malade le principal rôle.

CONCLUSIONS : Les divers troubles qui composent les syndromes dits catatonie, stéréotypie, gâtisme, se rencontrant et se rassemblant dans les états les plus divers, il conviendrait de n'accorder à ces trois termes qu'une signification purement descriptive mais non nosographique, et de toujours leur ajouter un qualificatif quand on veut spécifier leur nature : démentielle, confusionnelle, mélancolique, etc.

Tout le monde, en effet, sera d'accord, croyons-nous, pour appeler *catatonie* le syndrome constitué par la monotonie, la pauvreté et la fatalité des réactions mentales (agitation, dépression, stupeur, négativisme, suggestibilité, stéréotypie) et par la bizarrerie et la raideur des réactions motrices (maniérisme, *flexibilitas cerea*, catalepsie), — pour appeler *stéréotypie* le syndrome constitué par la répétition implacable et invariable des mêmes attitudes, des mêmes gestes, des mêmes actes, — pour appeler *gâtisme* le syndrome constitué par la souillure excrémentitielle du lit et des vêtements. Et chacun conviendra que lorsque ces syndromes sont de nature démentielle c'est qu'alors, aux éléments qui les constituent s'ajoutent les caractères de la démence, caractères qui pour nous sont : l'indifférence affective, la perte de l'auto et de l'hétérocritique, l'affaiblissement de la mémoire.

La séance est levée à 17 heures 35.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 21 Janvier 1924

Président : M. le D^r TOULOUSE

Un cas d'apraxie. — M. Henri Colin présente un malade mutilé de guerre (résection de la jambe droite), employé des Postes, qui dut se faire mettre en congé pour des troubles nerveux d'apparence purement fonctionnelle (lassitude générale, maux de tête, vertiges, tristesse, faiblesse musculaire). Réflexivité normale, pas de signes de paralysie, pas d'adiadococynésie, bien que le malade accuse des douleurs et une faiblesse de la main droite. En l'examinant, on découvre une très légère inégalité pupillaire, mais les pupilles réagissent normalement. De plus on voit une apraxie limitée à la main droite. Maladresse de la main, impossibilité d'exécuter des mouvements délicats et même de boutonner le col ou d'ajuster une cravate. Troubles très marqués de l'écriture. Ast^réognosie.

Tous ces troubles ont échappé à l'attention des médecins qui ont examiné le malade et l'auteur insiste sur la nécessité d'étudier avec soin les malades qui, au premier abord, paraissent être de simples neurasthéniques ou des déprimés à la suite de fatigue ou d'accident de travail (sinistrose de Brissaud, etc...).

De quelques idées de défense chez les persécutés. — MM. Leroy et Schutzenberger présentent trois malades réagissant de différentes manières aux attaques dont elles se croient victimes. La première porte depuis des années des lunettes d'auto et se protège la tête avec des mouchoirs pour lutter contre les gaz asphyxiants qu'elle reçoit. La seconde, dont les persécutions ont pour centre la région génitale, a imaginé d'uriner au lit pour se défendre et persiste depuis deux ans dans son gâtisme volontaire. La troisième, qui présente une symptomatologie très riche et très pittoresque, est depuis quatre ans la victime d'une bande ; successivement elle a mis en jeu une série de moyens de complication croissante : la parole, la lecture, la prière ont donné des résultats éphémères ; actuellement, elle a recours à une mimique et à des attitudes particulièrement curieuses. Cette réaction procure à la malade de la fatigue mais un répit

d'une demi-heure environ et jette le désordre dans le clan des ennemis, qui interrompent, en maugréant, leurs attaques ; aussi emploie-t-elle de préférence ce moyen avant de sortir pour ses courses ou ses achats et se félicite-t-elle de pouvoir ainsi s'assurer depuis deux ans une protection momentanée.

Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse et psychogénie, par le D^r de Clérambault. — Présentation de 3 malades, 48, 32 et 27 ans, dont les psychoses seraient appelées par tout psychiatre, à l'heure actuelle, des Délires de Persécution. L'Auteur fait valoir trois traits communs de ces psychoses :

1° Les malades ne présentent nullement d'hostilité. Elles sont amènes, affables, expansives et confiantes. Elles-mêmes ne croient que faiblement à une provenance exogène et hostile des phénomènes dont elles sont le siège, ou du moins elles n'y croient que par intermittences. On peut sans insister leur faire admettre alternativement l'origine objective ou subjective des troubles ; leur conscience de la maladie se combine d'une façon variable à l'idée d'une persécution. Leur résistance à l'explication malveillante provient de ce qu'elles ne sont elles-mêmes *pas paranoïaques* ; lors même qu'elles croient à des manœuvres extérieures, elles les réduisent à la proportion d'expériences et espèrent les voir cesser. Toutes trois demandent leur guérison. Elles s'acheminent ou se sont acheminées vers l'idée de persécution, mais par force, dominées qu'elles sont par la précision des phénomènes, leur prolongation, leur caractère vexatoire et les propos mêmes qu'elles entendent, elles ont retardé à l'extrême le stade de personnification ; elles ne savent qui incriminer. Elles restent de *Fausses Persécutées* parce qu'avant l'apparition de l'automatisme mental, elles n'étaient ni paranoïaques, ni en cours de délire interprétatif. De tels cas sont extrêmement fréquents, bien que les traités classiques soient muets à leur sujet. Ils justifient les assertions émises par l'Auteur en 1920 (S. C. M. M.) : les psychoses à base d'automatisme mental ne comportent par elles-mêmes aucune hostilité ; les psychoses hallucinatoires avec persécution vraie sont des *psychoses mixtes*.

Autre remarque. Ces malades sont suffisamment intelligentes pour agencer une systématisation idéique.

2° La malade de 32 ans présente un triple automatisme (mental, sensitif et moteur).

3° Les trois malades présentent des troubles endocriniens.

Ces psychoses ne seraient que l'expression d'une atteinte neurologique élective systématisée, cette atteinte serait elle-même une *séquelle retardée à marche lente*. L'atteinte neurologique se traduirait en premier lieu par des phénomènes très ténus, ceux du petit automatisme. L'atteinte neurologique serait systématique, parce que la résistance globale de l'axe nerveux aux causes toxiques et infectieuses va augmentant avec l'âge, ne laissant plus que des points de moindre résistance disséminés mais solidaires. La proportion variable entre atteinte diffuse et atteinte systématique crée une série de cas ininterrompus entre le Type Démence Précoce et le Type Psychose Hallucinatoire Tardive ; des malades intermédiaires par l'âge sont ordinairement intermédiaires par la forme de leur Psychose ; le temps écoulé entre la maladie initiale et ses séquelles tend également à rendre ces séquelles moins massives, plus systématiques, plus subtiles.

Les Psychoses Hallucinatoires de Persécution et autres Ps. H. Chroniques ont ainsi une pathogénie non pas psychologique mais strictement histologique. Le trouble histologique se traduit en premier lieu par de l'Automatisme Mental. L'extension du processus histologique produit la période sensorielle ou pseudo-sensorielle de la Psychose ; les éléments affectifs ou idéatifs sont ou des produits de réaction normaux naturels, légitimes (ce qui est le cas le plus général) ou des produits de lésions connexes, ou simples associations (Psychoses mixtes).

Epilepsie psychomotrice et neuro-syphilis, par MM. MARIE et BERNADOU (Service du D^r Marie). — Un syphilitique a présenté des troubles psycho-moteurs revêtant les caractères de l'épilepsie mentale : agitation motrice, monotone et brutale, pauvreté des idées, état confusionnel, bredouillement stéréotypé. Cet état est amélioré par le traitement spécifique. Il persiste un certain degré d'aphasie qui explique les bredouillements et les stéréotypies verbales du début. Ce cas indique la possibilité d'une parenté pathogénique et localisatrice entre les stéréotypies de l'épilepsie mentale et « l'intoxication par le mot » des états aphasiques.

Seules les réactions biologiques révèlent ici nettement la syphilis du névraxe. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'un début de méningo-encéphalite avec lésion en foyer de l'écorce, comme M. Sérieux en a montré jadis des cas dans la P. G. confirmée.

CORRESPONDANCE

RAISONNEMENTS PAR ASSONANCES VERBALES

A propos de l'article de M. de Saussure publié dans les *Annales* de décembre, nous recevons la lettre suivante :

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Voulez-vous être assez aimable pour m'accorder un instant la précieuse hospitalité des « Annales » afin de dissiper un malentendu entre M. R. de Saussure et moi concernant la question d'actualité de la Psychanalyse — écho de mon rapport de Besançon ?

Le distingué médecin de l'asile de Bel-Air me reproche d'avoir affirmé que certaines inductions de Freud choquent le bon sens, pour cette raison que le critère du bon sens n'a rien à voir en matière de délire (1).

Je n'ai jamais dit — et pour cause — que les absurdités de la pensée morbide pouvaient être traduites en bon sens, mais que le bon sens de l'*aliéniste* était indispensable pour comprendre les absurdités de l'aliéné.

Rien ne choque mon sens critique de ce que vient d'exposer M. de Saussure dans sa fine et prudente analyse de la formulation délirante, qu'il compare très justement — toutes choses égales d'ailleurs — à certains procédés de la pensée primitive. Mais mon honorable contradicteur aurait peut-être choqué mon sens critique s'il avait affirmé l'existence, à la base de ces processus de justification affective, de telle ou telle préoccupation génitale cachée, imaginée pour les besoins de la cause chez un genre de malades bien connus pour le cynisme de leur instinct et leur absence de toute censure.

De même, Freud ne m'a jamais choqué lorsqu'il expose l'importance de la sexualité pour le psychopathe ; mais il me choque lorsqu'il en infère son importance objective dans le mécanisme scientifique des psychoses ou qu'il en conclut au pansexualisme normal.

Pour prendre un exemple concret entre mille, lorsqu'il nous montre le jeune onaniste rivé moralement à l'image infantile et vénérable de la maman, dans sa peur anxieuse

(1) R. DE SAUSSURE. — Raisonnements par assonances verbales (*Ann. médico-psychol.*.. déc. 1923, p. 407).

de la première maîtresse, il constate un fait, qui ne peut troubler aucun esprit scientifique. Par contre, lorsqu'il appelle Inceste cette répugnance de l'enfant incomplètement virilisé, il fait non seulement une erreur de terminologie mais une erreur de psychologie ; et cette erreur est choquante.

Il en est de même pour toute la Psychanalyse, dont la discussion met en ce moment aux prises, bien inutilement pour nous, des adversaires également passionnés.

Il faut accepter d'elle les *faits* — dont quelques-uns sont des révélations pour la science classique, et de nature peut-être à donner à la Psychiatrie une nouvelle orientation — mais faire toutes réserves au sujet de sa *théorie*.

Si « le propre des symboles des malades est d'échapper au bon sens », le propre du bon sens est de ne savoir reconnaître ces symboles que là où ils existent vraiment.

Veuillez agréer mes plus cordiales salutations.

D^r HESNARD (de Bordeaux),
Rapporteur au Congrès de Besançon.

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1925

Prix Belhomme. — 800 francs. — Question : *Catatopies et stéréotypies.* Séméiologie, valeur diagnostique.

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

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues de 1922 à 1924 inclus dans les Facultés de Médecine de France sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

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, momen-

fanément 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, Paris, ou chez M. le D^r Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 1, rue Cabanis, Paris (14^e). 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.

ANNÉE 1926

Prix Aubanel. — 1.200 fr. — Question : *Les états anxieux.*

Nota. — Les mémoires devront être déposés avant le 31 décembre 1925. Pour les autres conditions voir ci-dessus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1925

(Les concours seront clos fin février 1925)

Prix du Prince Albert I^{er} de Monaco. — Partage interdit. — 100.000 francs. Travail dont l'Académie désignera elle-même la nature.

Ce prix est décerné tous les deux ans à un travail dont l'Académie désignera elle-même la nature suivant les desiderata du moment.

Par décision de l'Académie (13 nov. 1923) :

Ce prix ne pourra être partagé, mais il pourra être attribué à l'ensemble de plusieurs collaborateurs.

Il ne sera pas fait acte de candidature pour l'obtention de ce prix. Les propositions seront présentées par les membres de l'Académie.

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

1^o Être de nationalité française ;

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

3^o Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

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

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

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

Prix Alvarenga de Piahy (Brésil). — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.000 francs, décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Adrien Buisson. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 12.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Civrieux. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : L'étiologie de la sclérose en plaques.

Prix Daudet. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 2.000 francs. — Question : Les résultats comparés des divers traitements des tumeurs de l'hypophyse.

Prix Falret. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.500 francs. — Question : Des troubles de la sensibilité d'origine cérébrale.

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

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

Prix Henri Huchard, de l'Académie de Médecine (Prix du Dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard). — Anonymat interdit. Partage autorisé, 8.000 francs.

Ce prix, qui pourra être partagé en deux ou trois parts, sera attribué à une personne ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, etc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

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

Prix Pannetier. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 4.000 francs (Annuel).

Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

Prix Perron. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 4.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

LES SERVICES OUVERTS. LES SERVICES D'AIGUS ET DE CHRONIQUES

Les *Bulletins municipaux officiels* (n^{os} 12 et 15, janvier 1924) publient les décisions du Conseil Général de la Seine touchant l'Asile Clinique et ses budgets.

Signalons d'abord l'érection du Service ouvert de Prophylaxie en Service autonome à dater de 1924 inclus.

M. le Dr Toulouse sera détaché du corps des Asiles par M. le Ministre de l'hygiène et délégué aux fonctions de Médecin-Chef-Directeur du Service ouvert, relevant non plus de la loi de 1838, mais de celle du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (un régisseur-comptable lui sera désigné).

Le prix de journée prévu pour le Service ouvert est de 18 à 25 francs ; le nombre des lits sera de 130, dont 20 à la Clinique (sauf modification par la Commission de Surveillance).

Le Service a été installé en 1922 dans des bâtiments déjà construits et meublés (Pavillons Ferrus et des Perches). Les frais d'installation (travaux, etc.) ont été de 462.782 francs dont 43.882 francs provenant des fonds du Pari mutuel. Les dépenses de fonctionnement ont été de 467.397 francs, total: 930.179 francs.

En 1923, les dépenses de fonctionnement, comprenant quelques travaux, ont été de 439.000 francs auxquels sont venus s'ajouter 445.000 francs de frais de personnel et 42.000 francs pour installation du chauffage central, soit un total de 926.000 francs.

Le budget prévu pour le fonctionnement du Service en 1924 est de 1.005.868 fr. 60. Il convient d'ajouter à cette somme une subvention de l'Etat de 9.764 fr. 70 pour frais de laboratoire et 110.000 francs pour le fonctionnement des annexes du Service ouvert (bains externes, consultation externe, service dentaire), soit au total 1.125.633 fr. 30. Dans ce chiffre figure une somme de 82.000 francs pour dépenses imprévues et réserves.

D'autres dépenses sont prévues et couvertes par des crédits, soit 30.000 fr. pour la transformation du grenier du Pavillon Ferrus, 4.000 francs pour l'aménagement des cellules en laboratoires, 3.600 fr. pour l'installation d'un poste d'eau et d'un lavabo, 13.000 francs pour la remise en état de la galerie, 3.500 fr. pour l'aménagement de 2 chambres d'isolement, 800 fr. pour la construction d'un réduit pour

l'épluchage, 1.300 fr. pour raccords de parquets, 16.000 fr. pour l'ouverture d'une porte, rue de la Santé, soit un total de 72.800 francs, auxquels il convient d'ajouter une allocation spéciale de 63.750 francs, sans objet déterminé. Total général : 136.550 francs.

Le budget du service ouvert pour 1924 est donc de 1.262.183 fr. 30.

Le budget prévu pour l'asile de Villejuif (plus de 1.400 malades) est de 7.399.165 fr. 26.

D'autre part, l'asile fermé est érigé en asile de traitement pour aigus (Hôpital psychiatrique) par dédoublement des deux services actuels et remaniement des quartiers dotés de bains et chambres d'isolement ou cloisonnements variés. Le crédit supplémentaire de ce fait s'élève à 700.000 francs (Chapitre 18, A. 66, budg. rectific. 22).

Les laboratoires ici sont supprimés et remplacés par des cabinets d'examen que chaque médecin pourra installer dans son service sans crédit ; M. le Rapporteur se refusant formellement à la conservation de laboratoires particuliers dans le service d'aigus.

Espérons pour les malades aigus que cette misère des laboratoires de l'Hôpital psychiatrique n'est que temporaire, afin de permettre la concentration des efforts scientifiques dans le service de prophylaxie ou ailleurs. A l'époque actuelle tout service médical doit être pourvu d'un laboratoire indépendant. Nous ne doutons pas que des facilités de travail clinique complètes seront assurées pour la connaissance des causes et de la nature des maladies encéphaliques à leur début et pour permettre à MM. Sérieux et Marie de continuer leurs travaux.

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE

Un concours pour trois places d'interne en médecine titulaire, et la désignation d'internes provisoires, des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police, s'ouvrira, à Paris, le lundi 31 mars 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 de l'Assistance Départementale, 2^e Bureau), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du 3 au 13 mars 1924.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

LE 2^e CONGRÈS PANRUSSE DE NEUROLOGIE
ET DE PSYCHIATRIE

réuni à Pétrograd du 4 au 11 janvier 1924

Ce Congrès a réuni sous la présidence du Prof. V.-M. Bechtereff plus de 900 neurologistes et psychiatres russes. Le nombre des rapports qui ont été présentés était de 350.

D'après l'opinion du Professeur Bechtereff, l'influence scientifique de ce Congrès est considérable. Le Congrès s'est occupé spécialement des questions se rattachant à l'étude de la personnalité normale et morbide. Deux tendances se sont manifestées dans les rapports présentés. La première était celle de l'introspection, comme méthode d'étude psychologique ; la deuxième emploie la méthode objective de l'étude de la personnalité, c'est-à-dire l'étude de ses réactions dans toutes ses manifestations en relations avec les excitants externes ou internes. La personnalité est considérée dans ce cas comme un être bio-social qui est d'une part un produit de l'hérédité et d'autre part de l'expérience acquise pendant son existence.

Le problème de la réflexologie génétique a été mis en relief pour la première fois à ce Congrès. Les manifestations morbides de la personnalité ont été étudiées en détail par le Congrès en corrélation avec une série des questions de neuropathologie et de psychiatrie. Au point de vue thérapeutique, le Congrès s'est occupé des méthodes physiques de traitement, ainsi que des méthodes psycho-thérapiques (hypnotisme et suggestion). En ce qui concerne l'étude de la psychologie infantile, le Congrès s'est occupé du problème de l'évolution de l'enfant ainsi que d'une série de questions liées à l'éducation des enfants anormaux.

Un projet d'organisation d'une Association Panrusse permanente de neurologie et de psychiatrie a été discutée à ce Congrès.

D^r A. STAROBINSKY.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 28.879

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



Chronique

*Les asiles de province et les aliénés
judiciaires de la Seine*

Le principe de transférer systématiquement en province les nombreux aliénés judiciaires des Asiles de la Seine a été exposé ici-même, il y a quelques mois, par un de nos collègues de la Seine (Article du Docteur Rodiet in *Annales Médico-Psychologiques* de février 1923).

L'idée eut une évolution rapide : M. Chausse la fit sienne près du Conseil général de la Seine en un Rapport dont *l'Informateur* (numéro de novembre 1923) a publié des extraits intéressants et présentée sous la forme séduisante d'une mesure économique elle fut acceptée et votée par l'Assemblée départementale.

Il semble toutefois qu'un côté de la question ait été jusqu'ici laissé dans l'obscurité alors qu'en

bonne logique il eût dû être examiné en prémisses car il est bien évident que la Seine ne pourra évacuer sur la province son fort contingent d'aliénés difficiles qu'autant que celle-ci sera outillée pour recevoir semblables malades.

C'est admettre que la province dispose de l'outillage spécial qui manque à la Seine : les services de sûreté.

Nous pensons au contraire que la province est encore plus mal outillée que la Seine à ce point de vue.

Cette considération présente un caractère impératif et s'il était passé outre pas ne serait besoin d'être grand clerc pour prévoir les conséquences de la mesure préconisée : les moindres seraient celles-là mêmes qu'expose en si excellents termes M. le docteur Rodiet dans son article précité en ce qui concerne la Seine, les plus habituelles seraient celles que schématise en quelques lignes le « Projet de Loi portant modifications de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés » que vient de publier l'*Informateur des Aliénistes et des Neurologistes* en son numéro de janvier 1924, page 22, et les pires seraient les scandales dont la grande Presse se montre parfois si friande.

Il n'y a aucune raison pour que la conscience professionnelle des médecins d'asiles de province s'accommodât plus aisément que celle de nos collègues de la Seine d'un état de choses aussi pénible que la promiscuité des aliénés judiciaires et des autres malades et ne s'alarmât pas à juste titre de ces inconvénients. Autant que nos confrères de la Seine, nous sommes admissibles à protéger nos malades contre les dangers de cette promis-

cuité, danger d'autant plus grave que notre proportion de délinquants, accrue de ceux de la Seine, sera plus forte et que le personnel de nos asiles, de par la nature de son recrutement, n'en impose guère à des malades à passé pénitentiaire souvent chargé.

Dans un transfert récent de la Seine où sur treize aliénées il y avait six malades judiciaires dont deux anciennes professionnelles de Saint-Lazare, nous avons pu constater une fois de plus combien la simplicité rustique de nos infirmières, issues d'un recrutement rural, rendait le rôle de celles-ci difficile en présence des roueries de ces habituées de geôle.

Que les asiles de province soient peu aptes à la surveillance de semblables malades, c'est ce que reconnaît d'ailleurs très volontiers la Préfecture de Police, loin d'être d'accord avec l'Administration de la Seine au sujet du transfert en province de malades qui furent auparavant ses clients.

Il n'y a pas de doute qu'à son point de vue spécial, la Préfecture de Police voie juste : la société est beaucoup moins protégée contre les suites d'évasion de malades anti-sociaux par l'Asile de province que par l'Asile de la Seine, ne fût-ce que par le simple fait d'une police de recherches immédiates beaucoup moins bien organisée en province qu'à Paris.

Quand on a lu et relu l'article de M. le docteur Rodiet et le rapport de M. Chausse, il est aisé de se rendre compte que la solution proposée et votée pour soulager le département de la Seine de sa population d'aliénés anti-sociaux, n'a été examinée que sous un seul angle : débarrasser les Asiles de la Seine au mieux des finances de ce département.

Singulière façon, on en conviendra, de traiter un problème et à la portée vraiment de tous les départements car tous pourraient aussi vouloir passer au voisin ses éléments encombrants. Au voisin ensuite de se débrouiller.

M. Rodiet signale d'ailleurs, en termes très précis, que sa suggestion n'a que le caractère de mesure provisoire « en attendant qu'il existe un asile assez vaste pour accueillir tous les aliénés criminels ou délinquants du département ».

Et cette remarque excellente nous semble juger la question en ce qui concerne la province : l'Asile de province dont le type est l'asile départemental, a un but bien défini qui est de satisfaire d'abord aux besoins d'assistance spéciale de la collectivité dont il est fonction. Ce n'est qu'accessoirement et en marge de cette fonction primordiale qu'il reçoit dans les limites de ses disponibilités de places, des malades étrangers à cette collectivité. Réserver ces disponibilités à une seule catégorie de malades, ceux-ci fussent-ils les plus inoffensifs des aliénés, serait fausser tout le système du classement des malades selon la nature de leurs réactions qui est la base même de l'organisation asilaire.

Notre raisonnement serait le même, *mutatis mutandis*, s'il était question pour la Seine de nous envoyer à la place d'une sélection de délinquants le choix de ses gâteaux.

Nous ne pourrions les recevoir qu'à la condition de nous organiser et de nous outiller en conséquence.

Mais puisqu'il s'agit de délinquants, c'est en fait l'obligation pour la province de créer dans ses propres Etablissements, ces quartiers spéciaux dits de

sûreté dont M. Rodiet constate l'insuffisance numérique dans la Seine. Dans nos asiles de province ces quartiers devront être d'autant plus soigneusement organisés que nous devons compter avec nos difficultés de recrutement de personnel.

C'est aux départements intéressés qu'il appartient d'apprécier si, au point de vue économique, les majorations de prix d'entretien que leur fait espérer ou entrevoir le rapport de M. Chausse seraient suffisamment compensatrices des avances nécessitées par un outillage indispensable, dépenses devant lesquelles la Seine capitule, du moins pour le moment. En tous les cas, ces frais d'outillage spécial devraient pouvoir être amortis assez rapidement puisque la Seine reste susceptible d'organiser, un jour ou l'autre, le grand Asile spécial dont M. Rodiet reconnaît l'utilité et dont la création rendrait désuètes les mesures prises en province pour satisfaire aux demandes actuelles de la Seine.

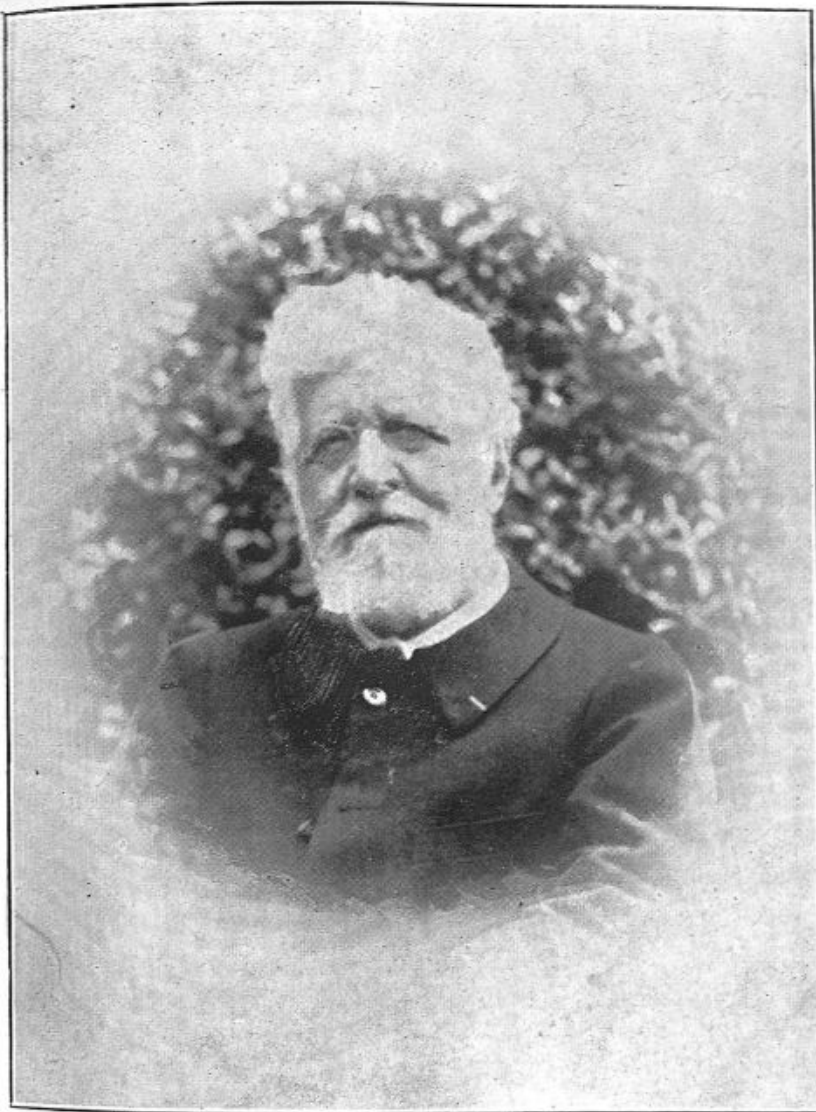
Mais tant que les Asiles de province n'auront pas « des quartiers spéciaux » offrant de suffisantes garanties contre la nocivité ordinaire et les évactions d'aliénés délinquants ou criminels de la Seine, la conception du transfert de ces derniers malades en province ne peut rester que non réalisable et utopique car combien d'asiles en province disposent à l'heure actuelle de cet outillage ? Beaucoup moins certainement que dans la Seine qui, elle du moins, a le service spécial de Villejuif.

D^r LEVET,

Médecin-Directeur, La Charité-sur-Loire.

VICTOR PARANT (1848-1924)

Le début de la séance tenue le 28 janvier 1924 par la Société Médico-Psychologique fut marqué par un petit incident, très significatif. M. le Président Truelle venait d'annoncer le décès de Victor Parant. Un des membres de la Compagnie, M. Trénel, fit aussitôt la proposition que, pour bien marquer la place considérable occupée par le défunt dans la médecine mentale française, et bien qu'il fût de province, la séance fût levée en signe de deuil. Il m'a paru, à ce moment, que cette proposition provoquait quelque surprise chez un certain nombre d'assistants, jeunes ou vieux, venus récemment à la Psychiatrie. Le nom de Victor Parant avait-il vraiment tant de lustre ? Son œuvre s'imposait-elle à ce point ? Mais voici qu'intervient M. le Secrétaire général Colin, que chacun sait averti mieux que quiconque et des hommes et des choses de la Psychiatrie : et c'est pour dire d'abord en quelle estime il tient, — il faut tenir, — et la personne de Victor Parant et ses travaux ; c'est pour proclamer ensuite sa conviction que, si Victor Parant à tous ses mérites avait joint celui d'être de Paris, il ne fait aucun doute que la Société ne l'eût appelé depuis longtemps à diriger ses débats ; et c'est pour exprimer enfin son regret d'être obligé, gardien vigilant du règlement, de rappeler que les statuts de la Société, sa tradition constante réservaient expressément l'honneur sollicité aux seuls anciens Présidents. Il ne pouvait être passé outre à l'argument de M. Colin. Mais, du fait de son intervention, la proposition de M. Trénel avait pris toute sa valeur : ce



VICTOR PARANT (1848-1924)



n'était pas seulement le geste de haute courtoisie que certains avaient pu croire ; c'était mieux et plus : le légitime hommage rendu par nos aînés, — ses pairs, — à un homme qui, pendant un demi-siècle, simplement, noblement, avait mis le meilleur de sa vie laborieuse et probe au service ingrat de notre spécialité.



Victor Parant avait eu des débuts plus que modestes, pénibles, et qu'il ne rappelait jamais sans fierté. Né le 28 mai 1848, aux Ponts-de-Cé, il n'avait pas trois ans lorsqu'il perdit son père, entrepreneur de travaux publics. Dénuée de ressources, sa mère, pour vivre et pour élever l'enfant, prit un parti héroïque : elle passa ses brevets et se fit institutrice. A onze ans, Victor Parant fut placé au Petit Séminaire d'Angers, où ses maîtres, prenant en considération sa situation et frappés de sa vivacité intellectuelle, lui firent faire ses études classiques et le conduisirent à bon compte jusqu'aux baccalauréats. Toujours énergique et avisée, sa mère demanda alors et obtint un poste en Seine-et-Oise. Victor Parant put s'inscrire à la Faculté de médecine de Paris. Survient la guerre : il s'engage et fait toute la campagne dans les ambulances. Puis, se remettant au travail d'arrache-pied, il se présente à l'internat : il est nommé premier provisoire. C'est le succès assuré pour l'année qui vient ; mais c'est aussi prolonger encore le sacrifice de sa mère, c'est remettre à bien tard le moment où il pourra, à son tour, lui venir en aide. Adieu les concours : il s'installera à la campagne, à peu de frais ; il retournera dans son Anjou, avec sa mère. La Providence l'arrêta en chemin : par une voie détournée, elle le conduisit à Toulouse et, l'ayant introduit dans une vieille famille médicale, elle fit de lui un aliéniste. Ce fut d'ailleurs au prix d'une désillusion. Victor

Parant aimait à conter qu'au cours de ses études médicales, il n'avait pas été sans rencontrer, non pas encore la fille, mais le nom des Foville : sans s'enquérir davantage et sans plus approfondir, il avait délibérément relégué ces auteurs au xvii^e siècle. Fut-ce pour le punir de sa légèreté ? N'était-ce pas plutôt pour l'éprouver ? La même Providence lui ménagea des fiançailles mouvementées. C'était en 1875. Le 2 juin, Victor Parant avait passé sa thèse sur « la possibilité des suppléances cérébrales ». Tout était réglé pour qu'il vînt à Toulouse le mois suivant, s'y marier, entrer comme médecin-adjoint dans la maison de santé de son beau-père. Mais le 23 juin la Garonne sortait de son lit et, pendant des jours et des nuits, se livrait à des débordements que, même à Toulouse, on avait peine à imaginer. Le faubourg St-Cyprien fut en partie détruit et la maison de santé à ce point endommagée qu'on douta tout d'abord qu'elle pût subsister. Le désastre. Victor Parant ne s'en maria que plus vite, et c'est dans les décombres qu'il installa son foyer.

L'œuvre qu'il devait ainsi reprendre à la base et à la perfection de laquelle il a consacré sa vie, avait eu, elle aussi, de bien modestes origines. Au cours de sa célèbre enquête de 1818, Esquirol, passant par Toulouse, y avait retrouvé, tel qu'il l'avait connu au temps où il y faisait ses études et où son père en était l'un des administrateurs, le vieil hospice de la Grave, avec « comme dans presque tous les hôpitaux généraux de France, son quartier de force, où les épileptiques, les aliénés des deux sexes, les mauvais sujets, les filles publiques, les condamnés étaient enfermés ». On sait comment, rentré à Paris, Esquirol n'eut de cesse que remède n'eût été porté à ce déplorable état de choses. Les pouvoirs publics ne restèrent pas entièrement sourds à ses appels. Mais, pour assurer le succès de la réforme,

il fallait non seulement de l'argent, mais surtout des hommes; Esquirol, pour cet apostolat, savait pouvoir compter sur le dévouement de ses élèves. Et c'est ainsi que, « signalés par lui à l'administration », partirent pour le Mans Etoc-Demazy, pour Rennes Chambeyron, pour Rouen Achille Foville, pour Nantes Bouchet, d'autres encore. Pour Toulouse, sa ville natale, Esquirol choisit Delaye : interne de Charenton, Delaye venait de soutenir, après Bayle, une thèse sur « Une espèce de Paralyse qui affecte particulièrement les aliénés » (1824). Nommé Médecin-chef de l'Hospice de la Grave, il occupa ce poste pendant plus de trente ans, jusqu'au jour (5 juillet 1858) où fut inauguré l'asile de Braqueville, dont, avec Gérard Marchant, il avait dressé le programme, établi les plans.

Mais, à peine débarqué à Toulouse, Delaye, cédant à l'élan de son cœur autant qu'aux sollicitations de parents éplorés, avait consenti à prendre chez lui, à son domicile personnel, pour la faire vivre de sa vie de famille, une malheureuse aliénée. L'essai tourna bien ; il le renouvela, il le régularisa et ce fut l'origine de la maison de santé de St-Cyprien, qui s'ouvrit dès 1828. Delaye, qui ajoutait encore à ses fonctions celles de professeur à l'École de Médecine, en assumait la direction médicale et administrative pendant plus de 40 ans. En 1869, se sentant fatigué, il fit appel à son vieux camarade de Charenton, Achille Foville, avec lequel, dès 1821, il avait publié en collaboration un mémoire sur « les causes et le siège des maladies mentales » (où il était démontré tout simplement, et pour la première fois, ce qui paraît aujourd'hui tout naturel, que la substance corticale du cerveau devait être considérée comme le siège de l'intelligence).

Achille Foville, après avoir débuté à 26 ans comme médecin-chef à St-Yon, avait fourni d'abord une brillante carrière, puisqu'en 1840, il avait suc-

cédé à Esquirol à Charenton ; mais il avait eu par la suite des malheurs. En 1848, sa fidélité à la Monarchie de juillet l'avait fait révoquer par le Gouvernement provisoire et, depuis lors, il vivait de l'exercice de la profession dans un quartier de Paris. Il accepta d'autant plus volontiers les offres de Delaye que, pour le seconder dans sa nouvelle tâche, il avait un associé tout indiqué en la personne de son gendre, M. Censier, chef d'institution à Versailles. Foville, venant à Toulouse, se réserva le service médical de l'établissement et confia à son gendre la direction administrative. Telle était la situation lorsqu'en 1875, Victor Parant, à la suite de son mariage avec Mlle Censier, entra comme médecin-adjoint à la maison de santé de St-Cyprien. Soit en cette qualité (jusqu'à la mort de Foville — 1878), soit comme médecin-chef (jusqu'à la disparition de M. Censier — 1890), soit enfin comme directeur-médecin (jusqu'à son propre décès), il devait y fournir une carrière plus longue encore que celle de Delaye et au terme de laquelle il est permis de dire qu'il a laissé sa maison sans rivale dans le Midi et, sans conteste, l'une des meilleures de France.

C'est un organisme bien délicat qu'une maison de santé pour aliénés et c'est chose moins aisée qu'on ne pourrait croire que d'en assurer le fonctionnement sans trop de heurts ni d'à-coups. Pour réussir pleinement dans cette tâche, il est besoin d'un ensemble de qualités qu'on ne rencontre pas communément chez un seul homme.

Victor Parant estima qu'il devait se recommander tout d'abord par son savoir professionnel. Et il ne se dissimula pas qu'il avait à cet égard beaucoup à faire. Bien qu'il les ait nommés quelque part ses « initiateurs », Delaye, Foville, nés l'un et l'autre avant le siècle, ne pouvaient lui être que d'un bien faible secours. Au vrai, Victor Parant s'est formé

lui-même, avec ses seuls moyens. Et d'assez singulière façon.

Qui voulait, il y a 50 ans, s'initier à la Pathologie mentale n'avait pas à sa disposition cette floraison de traités, de précis, de manuels que nous avons vu éclore depuis lors ; le Traité de Morel, bien systématique, celui de Marcé, parfait de clarté, mais bien incomplet, le livre de Dagonet, la traduction de Griesinger, par Doumic ; c'était tout et c'était peu. Mais dans la bibliothèque de la maison, Victor Parant mit la main sur deux ouvrages qui, d'emblée, le conquirent et qui le captivèrent si fort qu'ils donnèrent à toute sa vie scientifique son orientation et son unité : les « Maladies mentales » d'Esquirol et la Collection des *Annales Médico-psychologiques* depuis l'origine (1843). Ce serait peu de dire que Victor Parant goûta, qu'il aima Esquirol : la vérité est qu'il s'en éprit passionnément. Il le lut, il le relut, il en fit, jusqu'à la fin de sa vie, son livre de chevet. Je ne me souviens pas avoir rencontré une seule fois Victor Parant sans qu'il ait trouvé moyen de me parler avec admiration de son auteur de prédilection et je n'ai connu personne, fût-ce mon maître Ritti, qui pourtant la possédait à fond, à qui l'œuvre d'Esquirol fût devenue plus familière, qui ait su s'en imprégner davantage. Quant à la collection des *Annales*, Victor Parant s'est toujours plu à reconnaître qu'il avait trouvé là le meilleur des Manuels de Médecine mentale et le plus complet qu'il eût pu désirer. Année par année, tome par tome et sans désespérer, il la lut de bout en bout, la plume à la main. Et ce fut pour lui le fil d'Ariane qui lui permit de ne pas s'égarer dans le dédale où se perdent si souvent tous ceux qui veulent aborder de biais l'étude de l'aliéné.

Rappelant plus tard un incident professionnel, qui d'ailleurs avait failli lui coûter la vie (un aliéné

dissimulateur lui avait asséné sur la tête par le gros bout deux coups formidables de queue de billard), Victor Parant écrivait : « A cette époque (1876), j'étais encore un peu novice... ce qui me manquait surtout, c'était moins la connaissance des maladies que la connaissance des malades. » Tout est là ; mais cela, que les livres, même les meilleurs, ne sauraient donner, comment donc l'acquérir ? Le temps n'était pas encore venu où la question pouvait se poser de savoir s'il est mieux d'aborder l'aliéné avec le sourire ou avec la seringue. Victor Parant pour son bonheur n'eut pas à opter. Aussi bien, il était trop profondément traditionaliste pour innover. Achille Foville, à l'école de Charenton, avait appris principes et méthodes de l'observation clinique : Victor Parant lès lui emprunta ; et il prit de lui cette notion que l'observation de l'aliéné, j'entends l'observation fructueuse, — tout comme l'est de nos jours l'examen de la plaque ou de l'écran par le radiographe, — est, moins peut-être qu'une science, un art et qui exige, avec des aptitudes, patience, effort soutenu et long apprentissage. Victor Parant s'y appliqua. Dorénavant, il partagera son temps entre ses malades et ses livres, éclairant, contrôlant les uns par les autres, et l'on peut dire que son existence, dès lors, ne fut qu'une perpétuelle navette entre son cabinet de travail et ses quartiers, — sans détour jamais par le laboratoire.

Un jeune aliéniste d'aujourd'hui, réduit à ces seuls moyens, s'estimerait assurément fort dépourvu : les nécessités d'un diagnostic que l'on veut précis et d'une thérapeutique que l'on prétend active comportent des installations, une instrumentation d'une variété, d'une richesse, d'une complexité chaque jour croissantes. Nos prédécesseurs se montraient moins exigeants. Et pourtant, les buts qu'ils se proposaient, — les mêmes après tout que

les nôtres : mieux connaître l'aliéné pour le mieux traiter, — est-on bien sûr qu'ils ne les aient pas en grande partie atteints ? Victor Parant, s'il en était besoin, en ferait la preuve. Il y avait longtemps déjà, lorsque je l'ai connu, qu'il était passé maître en notre art et c'était, pour l'initié, un régal, c'était un charme que de l'accompagner au milieu de ses malades et de le voir aux prises avec les difficultés. L'examen, tel que le pratiquait Victor Parant, était dénué de toute espèce d'apparat : le meilleur est parfois celui qu'on fait sans qu'il y paraisse. Il excellait dans la prise de contact : du premier coup d'œil, il avait situé son homme et aussitôt il s'était adapté. La conversation s'engageait, banale en apparence, qu'il dirigeait, sans qu'on y prît garde, de quelques mots brefs, mais justes de fond, de forme, de ton. Peu de questions, toutes utiles. Il laissait venir, il laissait parler : ce que le malade nous livre de lui-même vaut infiniment mieux que ce qu'on lui prend. Mais déjà il avait créé, chez l'interlocuteur, l'impression d'être compris, le sentiment d'être écouté avec intérêt et sympathie. La confiance était née. Alors, l'oreille tendue derrière la main formant cornet, l'œil vif sous les lunettes, Victor Parant, à qui rien n'avait échappé, ni mot, ni geste, ni regard, ni jeu de physionomie, affectueux toujours, cordial, simple, parfois pressant, Victor Parant intervenait : ce mot, il le reprenait, il rappelait ce geste, il sollicitait une explication, il marquait un étonnement. La partie était engagée : que dis-je ? elle était gagnée. Rapidement, Victor Parant prenait l'avantage, puis il dominait nettement. Et c'en était fait désormais du malade : Victor Parant maintenant le connaissait : du premier coup il l'avait pénétré, il l'avait vidé jusqu'au tréfonds. Et le malade se savait connu : plus n'était besoin dans la suite ni de longues explications, ni d'interminables entretiens. Pour main-

tenir la communion établie, il suffira d'un mot, d'un échange de regards, d'un serrement de mains. Croit-on que connaissance plus intime puisse être autrement réalisée ? Et n'est-ce pas que, quoiqu'il advienne, quelque complément qu'y puissent apporter les recherches du laboratoire, cette manière de connaître l'aliéné restera vraiment fondamentale ?

Les mesures à prendre, la conduite à tenir, l'intervention à tenter ? Son expérience les dictait à Victor Parant, mais avouez que les choses sont bien simplifiées dès qu'on a su placer l'aliéné dans cette atmosphère de respect confiant et d'affectueuse estime aussi nécessaire à la cure des psychopathes que l'air pur à celle des tuberculeux. Bien avant qu'on eût forgé le mot, — qu'il se refusait d'ailleurs à employer (il disait : traitement moral, et il prenait l'expression dans son sens classique et non pas dans le sens spécial et restreint de Leuret), — Victor Parant avait pénétré le secret de la psychothérapie. Et il en obtenait des résultats. Il n'en a jamais tiré vanité. Mais l'un de ses fils, incidemment, les a fait connaître. Et l'on peut voir qu'entre les mains de Victor Parant, la maison de Toulouse soutenait avantageusement la comparaison, pour le nombre et pour la qualité des guérisons, avec les meilleurs de nos pensionnats d'asiles ou de nos services publics d'aliénés.

Un préfet éclairé et qui eut jadis son heure de célébrité a dit : « Dans les maisons de fous, il se forme une opinion publique, souvent plus juste que celle que nous rencontrons *extra muros*, car elle est fondée sur une observation personnelle et sur l'impression directe des traitements dont chacun est l'objet. » Rien n'est plus exact. Mais, au verdict de cette opinion publique le médecin n'échappe pas. Même il en est le principal objet. Dans ce microcosme qu'est un établissement d'aliénés, le médecin

agit au grand jour : sa vie privée aussi bien que sa vie publique, sa vie intellectuelle, sentimentale, mondaine, ses joies et ses douleurs, ses délasséments, ses défaillances, tout est connu, commenté, jugé. Notre maison est de verre. De cette sujétion qui, pour être moins soupçonnée n'en est peut-être pas moins pénible, Victor Parant n'avait rien à redouter. Au contraire. On savait sa vie de famille exemplaire, son existence toute de simplicité et de travail, et qu'il conformait scrupuleusement sa conduite à des croyances religieuses profondes, toujours et partout nettement affirmées. Aussi, cette autorité morale de patriarche, qu'il exerçait sur sa nombreuse lignée avec une fermeté bienveillante, exempte de toute solennité, égayée au contraire d'humour angevine et de verve gauloise, le suivait-elle dans son service et même le servait encore auprès de ses malades auxquels il en apparaissait grandi.

Ainsi, homme privé irréprochable, clinicien émérite, médecin instruit, que fallait-il de plus à Victor Parant pour assurer l'avenir de sa maison ? Sa réputation se répandit vite dans les milieux médicaux de la région toulousaine, et, sans qu'il l'eût cherché autrement que par ces moyens de bon aloi, sans jamais la moindre réclame, ni dissimulée, ni apparente (son prospectus est toujours resté un modèle de sobriété), le succès vint à son œuvre en même temps que s'affirmait sa haute tenue. Cependant, malgré l'absolue régularité de tous les actes de sa vie professionnelle, en dépit de son strict souci de se maintenir constamment dans la légalité, Victor Parant ne pouvait prétendre échapper aux attaques quasi-inséparables de la situation qu'il occupait et de la carrière qu'il avait choisie. Un jour vint où il se trouva quelqu'un pour porter contre lui, en plein prétoire, les accusations classiques mais toujours injurieuses de « séquestration arbitraire », de

« mercantilisme », voire « d'incapacité ». Il fut réservé à Victor Parant de remporter, en cette occasion, une satisfaction qu'il n'est pas donné à tous d'obtenir en pareil cas : il eut la joie d'entendre, dans le même prétoire, flétrir par un arrêt motivé ses insulteurs et proclamer publiquement que « c'était en vain qu'on avait essayé de diminuer la considération dont il jouissait à Toulouse et dans tout le corps médical pour son savoir, son expérience, sa prudence et sa haute probité ».

A cet arrêt de la Cour d'Appel de Toulouse, sanctionné par l'opinion publique, il manquait encore, à notre humble avis, un mot et l'on nous permettra de l'ajouter ici expressément : son désintéressement. A la tête d'une œuvre prospère et qu'il eût pu rendre éminemment productive, Victor Parant resta toujours foncièrement étranger à toute pratique, à tout esprit de lucre. Deux traits, qui le peignent à cet égard tout entier. Quand vinrent les dures années de la guerre et surtout de l'après-guerre, Victor Parant se refusa longtemps, obstinément et contre toute évidence, à modifier quoi que ce soit à ses conditions de placement et nous savons qu'il fallût lui faire violence pour qu'il les adaptât aux nécessités nouvelles de l'existence : encore ne le fit-il jamais que timidement, incomplètement. Et puis ceci : alors que, faute de places disponibles, Victor Parant se voyait à chaque instant contraint d'ajourner, de refuser des admissions, il gardait dans son établissement depuis 7 ans, entièrement à sa charge, sans aucun espoir de compensation ultérieure, une malheureuse malade dont toute la famille avait disparu dans la tourmente révolutionnaire russe. Et il a fallu que Victor Parant fût mort pour que le fait fût une fois connu.

Qu'un tel homme, satisfait du devoir accompli, n'ait jamais eu souci de rechercher honneurs, distinctions ou décorations, la chose n'est pas pour

étonner. On ne sera pas davantage surpris que décorations, distinctions, honneurs ne soient pas venus en foule jusqu'à lui. Il semble qu'il ait été surtout sensible à une marque d'estime : la Présidence de la Société des Médecins de Toulouse, à laquelle ses confrères l'avaient appelé en 1895 et par ailleurs son dernier vœu fut qu'on mît, seule, sur son cercueil une médaille qu'il n'avait pas eu besoin de solliciter, celle des Vétérans de 1870.



Victor Parant a beaucoup produit. Son œuvre, qui s'étend sur plus de 40 années, très diverse est aussi très disséminée. Il a écrit des articles dans les revues locales, dans les recueils de la spécialité, dans des périodiques étrangers ; il a donné des communications à des Sociétés Savantes, à des Congrès ; il a mis à profit la connaissance qu'il avait acquise, seul et sans maître, de la langue anglaise pour traduire des mémoires de revues britanniques et américaines, voire le livre entier de Hack Tuke sur le « Corps et l'Esprit », il a même publié, en anglais, trois articles importants dans le « Dictionary of psychological medicine » du même auteur. Pour prendre une notion suffisante, sinon complète de son œuvre, on doit se reporter à la « Revue médicale » et à « l'Echo médical de Toulouse », aux Bulletins de l'Académie des sciences et à ceux de la Société de Médecine de la même ville, au « Journal des Sciences médicales de Lille », à « l'Encéphale » de Luys, au « Journal of the medico-psychological Association » des Etats-Unis d'Amérique, dans lequel ont paru sous sa signature pendant 10 ans des « Lettres de France », aux Comptes rendus des Congrès pour l'Avancement des Sciences, des Congrès d'Aliénis-

tes, du Congrès de Chicago, etc... enfin et surtout aux « Annales Médico-Psychologiques », envers lesquelles il avait contracté une dette de reconnaissance, dont il s'est acquitté très galamment : de 1881 à 1918, il n'a pas donné à ce recueil moins d'une trentaine de mémoires originaux, de revues critiques ou de chroniques, sans compter un nombre considérable d'analyses bibliographiques (1).

Toutes les branches de la médecine mentale : pathologie et clinique pures, médecine légale, assistance et législation des aliénés ont bénéficié des travaux de Victor Parant. On n'attend pas de nous que nous les analysions ici, ni même que nous les énumérions tous : nous rappellerons seulement et succinctement les principaux.

En pathologie mentale, Victor Parant a apporté sa contribution, non négligeable, sous la forme d'observations cliniques, à la paralysie générale, dont il fut l'un des premiers à noter le début insidieux sous le masque d'une « suractivité intellectuelle, sans délire, ni démence » ; à l'Epilepsie, qui lui a inspiré une magistrale étude : « Les impulsions irrésistibles des épileptiques », à laquelle on a bien peu ajouté depuis 30 ans ; aux hallucinations et aux illusions, dont il a fouillé la pathogénie ; à la paralysie agitante, dont il montra, dès 1883, les rapports possibles avec l'aliénation mentale. Sous la forme de revues critiques, parsemées d'observations personnelles, il mit au point un certain nombre de questions controversées et il donna son avis sur des sujets alors d'actualité. Trois de ces revues, parues dans les *Annales*, sont partout citées :

(1) L'œuvre de Victor Parant étant de celles qu'il y aura longtemps sinon toujours intérêt et profit à consulter, nous nous permettons de penser que nos excellents collègues Victor et Louis Parant, fils, feraient œuvre utile et pie en réunissant en volume, d'un format pratique, tous ces travaux dispersés, ainsi qu'il a été fait, par exemple, pour Lasègue et pour Cotard.

Folie puerpérale (1888), Syphilis et Folie (1888), Folie chez les cardiaques (1889).

Médecin légiste très apprécié, Victor Parant avait retiré des nombreuses expertises qui lui furent confiées une expérience consommée. Il a publié quelques-uns de ses rapports (son premier travail, — et il le donna aux *Annales*, — est son rapport d'expertise sur l'état mental du capitaine Aymes, le meurtrier du docteur Gérard-Marchand, premier médecin-directeur de l'asile de Braqueville). Il semble, de ce point de vue, s'être particulièrement attaché à l'étude de deux catégories d'inculpés : les épileptiques et les faibles d'esprit ; il leur a consacré plusieurs rapports parus en divers endroits. En outre, la question de la responsabilité atténuée paraît l'avoir surtout préoccupé ; il y est revenu à maintes reprises et il a résumé ses idées sur le sujet en une revue critique, qui est un modèle du genre (*Annales*, 1912).

En matière d'Assistance, Victor Parant a écrit des pages bien judicieuses sur « l'Emploi des moyens de contrainte », un plaidoyer en faveur des « Sociétés de Patronage » ; il nous a donné des renseignements puisés aux meilleures sources sur « les Aliénés aux Etats-Unis » ; enfin il a laissé une très belle revue générale sur l'Assistance des Epileptiques, pour laquelle il nous a fait l'honneur de prendre comme prétexte notre thèse inaugurale (1902).

La législation des aliénés a fait, de la part de Victor Parant, l'objet de nombreuses études. Admirateur déclaré de la loi de 1838, Victor Parant la défendit de son mieux contre les projets de réforme, qu'il disséqua avec compétence et sagacité et dont il eut tôt fait de montrer « les lacunes et les inconséquences » (*Annales*, 1908). Adversaire déterminé de l'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés, il en démontra, en plusieurs articles, — le dernier dans la « Revue

Parlementaire » (1914), — les inconvénients et les dangers. Il rassembla enfin tous ses arguments et toutes ses critiques en un article spirituel et d'une belle indépendance de pensée : « Le régime des aliénés » (*Annales*, 1909), où il démolit sans pitié l'œuvre de même titre, grandiloquente, mais mesquine, de l'un des plus acharnés parmi nos réformateurs.

Cette production, par son abondance et par sa qualité, aurait suffi pour assurer à Victor Parant une notoriété enviable dans les limites restreintes de la spécialité. Un livre qu'il publia en 1888, et qui est resté son œuvre maîtresse, fit connaître son nom au grand public cultivé. Le titre seul était une trouvaille : « La raison dans la folie ». Mais l'entreprise qu'il s'y proposait était ardue ; car, c'est presque une gageure que de tenter, en ces matières, œuvre de vulgarisation et, tout en se maintenant dans les généralités, de faire connaître « aux personnes étrangères à la pratique de la médecine mentale » ce qu'est vraiment l'aliéné, « de leur apprendre qu'il faut juger la folie d'un individu, non d'après ce qui lui reste de raison, mais d'après ce qui lui en manque ». Victor Parant y réussit à force de finesse d'esprit, de sincérité et aussi d'érudition. D'une lecture aisée, d'un style limpide, émaillé d'observations et d'anecdotes qui n'ont rien de rébarbatif, c'est un livre avant tout utile, capable de dissiper bien des erreurs et bien des préjugés et que nous voudrions savoir, pour notre part, — et pour la tranquillité des aliénistes, — entre les mains de tous les magistrats.

Telle se présente, en une trop rapide esquisse, l'œuvre de Victor Parant. Si l'on nous demandait d'en dégager en deux mots les caractéristiques, nous dirions : bon sens, clarté.

C'est au nom du bon sens que Victor Parant s'est toujours élevé, — qu'il s'agit de science pure, de

médecine légale, de législation ou d'assistance, — contre les propositions et contre les thèses qu'il croyait entachées de sophisme ou d'hérésie : qu'on se rappelle, entre autres, son intervention énergique dans la discussion naguère ouverte sur « le divorce des aliénés » et sa polémique retentissante avec le professeur Grasset « A propos des demi-fous et des demi-responsables ».

C'est par souci de clarté qu'il s'est toujours et de toutes ses forces opposé à l'introduction dans la nomenclature et dans la nosologie françaises des termes barbares et des conceptions absconses de la psychiatrie allemande contemporaine ; on n'a pas perdu le souvenir, à cet égard, des attaques vigoureuses qu'il porta contre la démence précoce (Congrès de Pau) et contre la folie maniaque-dépressive (*Annales*, 1910) et de la joie, — peut-être un peu prématurée, — qu'il laissa éclater lorsqu'il crut pouvoir saluer « le retour à la médecine mentale française » (*Annales*, 1915-1916).

Ces tendances et cette tournure d'esprit, il ne fait pour nous aucun doute que Victor Parant les devait à sa formation professionnelle si particulière. Sans qu'il ait jamais eu besoin de se dégager de l'emprise que peuvent exercer, à un âge où la réceptivité est grande et l'esprit critique peu développé, la parole brillante d'un maître ou le prestige dominant d'une école, il put, autodidacte, et il sut s'élever dès le principe au point de vue historique, auquel l'on n'atteint d'ordinaire que secondairement, — lorsqu'on s'y hausse ; et par là il se mit définitivement à l'abri de tout exclusivisme et de tout engouement. Ainsi s'expliquent son mépris serein des hypothèses, des doctrines et des systèmes, toutes choses qui passent, et sa religion du fait, de la notion clinique, lesquels demeurent, s'ils résistent une fois à l'observation.

Ayant éprouvé pour lui-même les vertus et le

bienfait de l'étude et de la connaissance de l'histoire, Victor Parant, à maintes reprises, s'est efforcé de ramener l'attention et la faveur des « jeunes générations » sur cette discipline trop négligée. Ce fut, on peut le dire, sa constante préoccupation et c'est dans ce sens que se manifesta, pour la dernière fois, son activité scientifique. Avant que l'âge ait brisé sa plume, Victor Parant crut devoir jeter ce suprême appel : « Je voudrais que nous tous, aliénistes français, nous cultivions pieusement le souvenir des maîtres qui non seulement nous ont précédés dans la carrière, mais qui, en réalité, nous ont ouvert cette carrière, qui y ont été nos initiateurs... Je voudrais... que nous les connaissions dans leur vie, dans leurs œuvres, dans tout ce qu'ils ont fait de bien, de bon et de beau ; que nous ayons enfin pour eux un culte de vénération par lequel nous soyons encouragés à bien remplir nos devoirs à l'égard de la catégorie de malades à laquelle nous avons voué notre existence et à bien connaître, en la suivant dans la voie qu'ils nous avaient tracée, la science qui concerne ces malades. »

« Ayons le culte des anciens aliénistes français » (*Annales*, 1918).



Victor Parant est mort trop tôt pour pouvoir fêter, comme il se le promettait, le centenaire de sa chère maison. Depuis quelque temps déjà l'urémie le guettait. Il avait su en discerner lui-même les premières atteintes. Il tint jusqu'au bout. Puis, sans un murmure, soutenu par la foi qui avait illuminé sa vie, il supporta les souffrances d'une longue agonie. Or, quand la nouvelle se répandit que tout était fini, il se passa dans la maison quelque chose de bien curieux et d'infiniment touchant : la plupart de ses malades, — ceux-là précisément

qu'il avait si bien étudiés et décrits dans sa « Raison dans la Folie », — comprirent, sentirent la perte qu'ils venaient de faire; ils s'empressèrent d'en faire part à leurs familles. Et alors, de partout, de tous les coins de la France et même de l'étranger, avec une unanimité et une spontanéité qui en faisaient tout le prix, affluèrent à la Maison de Toulouse les témoignages de sympathie et de regrets :

« J'avais pour le vénéré docteur Parant autant d'attachement que de reconnaissance, car il m'avait été donné d'apprécier sa bonté et sa valeur... »

« Il respirait la bonté et l'honnêteté foncière... »

« Je vois encore ce bon et vénérable vieillard nous recevoir avec amabilité et nous prodiguant des paroles de consolation... »

« Celui que pendant tant d'années nous avons appris à admirer et à aimer et que j'estimais comme un ami vrai... »

« Je l'appréciais tellement que je remerciais souvent Dieu de me l'avoir fait connaître dans mon malheur... »

« Il s'était toujours montré si plein de bonté et de dévouement que nous lui avons voué avec une très profonde sympathie, toute notre reconnaissance... »

Reconnaissance, Vénération : c'est embaumé de ces parfums d'essence rare que son cercueil aura quitté sa vieille maison et que le vivant souvenir de Victor Parant s'y maintiendra.

Georges VERNET.

L'ORGANISATION DU SERVICE DES GARDES-MALADES DANS LES HOPITAUX D'ALIENÉS DE L'ETAT DU DANEMARK (1)

Par le P^r Viggo CHRISTIANSEN (de Copenhague)

Ancien conseiller de l'Administration Sanitaire
Membre de l'Académie de Médecine de Paris

MESDAMES, MESSIEURS,

Les efforts sérieux qui ont été faits — spécialement en Angleterre — pour des demandes générales et internationales qu'on doit poser pour l'instruction d'une garde-malade, présenteront encore à l'avenir, sans aucun doute, des difficultés très sensibles. L'organisation du traitement des malades dans les différents pays se trouve intimement liée à une foule de questions d'ordre national, moral ou religieux, en sorte qu'on ne saurait appliquer à tous les pays une seule et unique méthode internationale, sans y apporter des modifications et des adaptations nationales importantes.

Dans le domaine qui nous occupe — comme dans tant d'autres — les pays scandinaves possèdent une communauté de conditions primordiales et de ressources dont on pourrait supposer qu'elles constituassent un terrain propice à une solution plus égale de la question que lorsqu'il s'agit de pays plus étrangers les uns aux autres. Cependant, j'incline à croire que les différents points de départ d'où est issue, dans chacun des pays scandinaves, l'organisation des gardes-malades ainsi que les différentes orientations que celle-ci a suivies au cours de son évolution, apparaîtront sous un aspect bien divergent. Si divergente que nous constaterons l'impossibilité, même en ce qui concerne les pays scandinaves, d'introduire une organisation ratio-

(1) Discours prononcé au deuxième Congrès interscandinavien de Psychiatrie à Stockholm, septembre 1923.

nelle qui soit commune à la Scandinavie tout entière. Je crois, que lorsque vous m'aurez entendu, vous partagerez ma manière de voir dans cette question et qu'une discussion à ce sujet m'approuvera également.

Toutefois, j'ai cru qu'il y aurait quelque intérêt pour mes collègues scandinaves à voir exposer par quelles voies l'Administration sanitaire du Danemark a cherché à résoudre la question, excessivement importante, de l'organisation du personnel des gardes-malades dans nos maisons d'aliénés et quelles sont les étapes que nous avons parcourues avant d'arriver à une organisation rationnelle, répondant aux exigences de notre époque.

En 1910, dans une conférence que j'eus l'honneur de faire à la Société danoise de Psychiatrie, je soumis à l'assemblée un projet d'organisation du personnel infirmier dans les hôpitaux d'aliénés de l'Etat, organisation impliquant que l'on soumettrait les personnes destinées à soigner les aliénés aux mêmes exigences qu'à celles qui soignent les malades atteints de maladies ordinaires. En d'autres termes, il fallait confier le traitement des malades à des gardes-malades diplômées, ayant une éducation professionnelle complète et à des élèves gardes-malades. Il fallait abandonner le mauvais principe selon lequel le personnel infirmier dans les maisons d'aliénés se divise en deux catégories, l'une plus choisie se composant de gardes-malades diplômées et l'autre, moins choisie, représentant des infirmiers et des infirmières, recrutés généralement dans une classe inférieure de la population, ne possédant pas d'autre éducation que celle qu'ils ont acquise pendant leur service dans les asiles mêmes.

Mon idée était, qu'en établissant une sorte de service réciproque et alternatif entre les grands hôpitaux de Copenhague et les hôpitaux régionaux de province d'une part, et les maisons d'aliénés de l'autre, on finirait par procurer à celles-ci un corps fixe de gardes-malades professionnelles si important et un nombre si considérable d'élèves gardes-malades que les unes et les autres réunies suffiraient à soigner les aliénés de nos asiles.

Malgré tout l'appui souhaitable de la part aussi bien de l'Administration sanitaire que du Ministère de la Justice, mon projet rencontra, auprès du milieu conservateur des médecins en chef des maisons d'aliénés, une si forte opposition qu'il fallut renoncer à sa réalisation.

Ce fut notamment le docteur Helweg, le regretté médecin en chef d'Oringe, qui se fit le porte-parole du principe en vertu duquel les asiles devaient faire eux-mêmes l'éducation professionnelle de leur personnel. De ce fait, il fallait considérer comme étant plutôt nuisible qu'utile toute instruction dans l'art de soigner les malades ayant lieu en dehors des asiles. D'ailleurs, l'opposition se manifesta de la façon la plus expressive dans ces paroles, émanées d'un autre vieux médecin en chef, disant, que chaque fois qu'il avait engagé une garde-malade diplômée, il avait été forcé d'engager également une domestique pour la servir.

En 1911, on vota une loi d'après laquelle les malades d'aliénation mentale de nos asiles devaient être soignés par des personnes n'ayant, au moment de leur engagement, aucune connaissance dans cet art et qui seraient rattachées à l'asile en question, après un an d'instruction pratique et théorique se terminant par une épreuve, à titre d'infirmiers ou d'infirmières.

Une seule restriction fut faite : on projeta, en ce qui concerne le nouvel asile d'aliénés de Nyköping, une disposition qui admettait la possibilité d'utiliser, sur une plus large échelle, des gardes-malades ayant toute leur éducation professionnelle. Toutefois, là aussi, la distinction déplorable entre deux catégories de gardes-malades différentes fut maintenue.

En dépit de la déception que je ressentis du fait que le projet émis par l'Administration sanitaire ne fut pas réalisé déjà à ce moment-là, et malgré les réflexions assez amères que ceci m'inspira sur le triste sort qui est si souvent réservé aux réformes salutaires, je ne suis pas sûr, aujourd'hui, que la solution de cette question si importante n'ait été favorisée par l'échec que subit alors mon projet.

Il existe une forme d'esprit conservateur, qui diffère

essentiellement de la réaction et qui va de pair avec l'esprit réformateur du radicalisme, conscient du but qu'il faut atteindre : l'un et l'autre connaissent l'art difficile de prendre patience et d'attendre. C'est une chose qui se répète sans cesse : afin de mener à bien une œuvre de réforme importante, il s'agit de faire jouer de concert toute une série d'éléments, souvent hétérogènes et qui ne sont que rarement mûrs tous en même temps. Pour que la réforme réussisse complètement, il faut que ce qui est mûr attende que ce qui n'est encore qu'à moitié mûr et que ce qui est encore vert arrive à maturité. La tentative d'une réalisation partielle compromettrait souvent l'avenir même de la réforme tout entière : au cours des années, il se produira fréquemment certains déplacements des principaux éléments les uns par rapport aux autres, provoquant ainsi l'existence de nouvelles possibilités et de nouvelles exigences qu'il était impossible de prévoir au moment du début. En tout cas, j'incline à croire que le temps qui s'est écoulé depuis ma conférence a été, non seulement une période d'attente, mais aussi une période de croissance pendant laquelle bien des choses sont arrivées à se caser à l'endroit qu'il fallait et qui, autrement, auraient peut-être créé d'insurmontables obstacles à la réalisation de mon projet.

D'ailleurs, je crois, d'autre part, que les efforts qui se font depuis une douzaine d'années pour former et instruire, à l'intérieur même de nos asiles d'aliénés, un personnel d'infirmières satisfaisant à toutes les exigences professionnelles de notre époque et ayant cherché son éducation et ses connaissances uniquement dans une maison d'aliénés, ont eu leur importance. J'estime qu'il était nécessaire de faire cette tentative, ne fût-ce que pour démontrer l'insuffisance de la méthode. En effet, tel qu'il se présente actuellement, le résultat de cette tentative est qu'il n'existe pas au Danemark, je pense, un seul médecin chef d'aliénés qui ne voie les imperfections évidentes et graves inhérentes à ce système et qui ne comprenne, que si les asiles d'aliénés doivent répondre aux exigences que nous posons aujourd'hui à ces institutions, il est nécessaire de passer à une instruction plus rationnelle des gardes-malades.

Pour que vous puissiez vous rendre compte des éléments qui, au cours de leur développement pendant les dix dernières années, se sont frayé un passage vers la possibilité d'introduire une réforme complète du traitement des malades d'aliénation mentale au Danemark, il faut tout d'abord que je vous donne une idée des différentes institutions et organisations qui s'occupent de l'instruction professionnelle des gardes-malades. J'ai puisé les renseignements qui vont suivre, d'une part, dans le rapport de la commission médicale instituée par le Parlement danois et ayant pour objet une reconnaissance officielle de la garde-malade, et, d'autre part, dans le rapport sur l'éducation des gardes-malades de la commission instituée par le Ministère de la Justice, dont je fis partie.

Si, me bornant aux faits généraux et sans entrer dans les détails, je dois caractériser de façon précise — en tenant compte cependant de son évolution historique — la situation actuelle au Danemark de la question des gardes-malades, j'indiquerai qu'il existe deux directives et deux buts qui ont été les principaux déterminants dans l'instruction des gardes-malades. Premièrement, les hôpitaux ont tenu à s'assurer un personnel fixe, suffisamment nombreux et suffisamment capable, de gardes-malades pour *leur propre usage*. C'est là un but qu'ils ont atteint depuis longtemps.

Toutefois ce n'est qu'exceptionnellement que ces gardes-malades professionnelles d'un hôpital ordinaire, pourront être utiles aux maisons d'aliénés. Elles restent, comme autant de coralliaires, fixées sur le tronc de corail, retenues à la fois par le charme qu'a sur elles leur service d'hôpital même et par la perspective d'un avenir assuré, grâce à une retraite et à d'autres dispositions en leur faveur. Or, le nombre d'élèves gardes-malades qui entre tous les ans dans les hôpitaux pour s'instruire est si considérable qu'il dépasse de beaucoup les besoins des hôpitaux mêmes.

L'excédent de gardes-malades qui se produit ainsi doit chercher à exercer sa profession en dehors des hôpitaux, chez les particuliers, à titre de gardes-malades. Celles-ci sont, au Danemark, groupées en deux

grandes organisations, dont les méthodes respectives d'action ainsi que le point de départ diffèrent absolument les uns des autres.

De ces organisations, c'est la Réunion des gardes-malades danoises qui est la plus ancienne en date et celle qui compte le plus grand nombre de membres. Elle fut fondée en 1899, et, dix ans plus tard, elle put faire partie de : The international Council of Nurses. Pour être admis, il faut avoir reçu pendant trois ans au moins une instruction professionnelle universelle. Cette instruction a lieu, en partie dans les grands hôpitaux de Copenhague, en partie dans tel ou tel hôpital de province plus important déclaré par l'Administration sanitaire comme pouvant servir de base suffisamment complexe et étendue à l'éducation des gardes-malades.

Tandis que les gardes-malades des hôpitaux, qui sont, d'ailleurs, presque toutes, membres de la Réunion des gardes-malades danoises, peuvent se contenter de l'instruction qu'elles ont acquise pendant leur stage de trois ans, la Réunion en question exige des gardes-malades à domicile devant se soumettre à une éducation supplémentaire comprenant les accouchements et les maladies infectieuses. En outre, on a l'intention d'ajouter à ceci encore un stage de six mois dans une maison d'aliénés. Ces exigences proviennent naturellement de ce que le champ d'action qui attend la garde-malade à domicile est beaucoup plus varié et beaucoup plus vaste que celui des gardes-malades des hôpitaux. La garde-malade à domicile se verra également plus souvent que celle-ci forcée de prendre la responsabilité et l'initiative de ses actes, ce qui explique pourquoi son éducation doit être plus étendue.

La Réunion des gardes-malades danoises fonctionne notamment au moyen d'agences dont il existe plusieurs à Copenhague et une dans chacune des grandes villes de province.

La seconde organisation : la Réunion centrale des gardes-malades hors de Copenhague s'est développée d'après un principe absolument différent de celui qu'avait adopté l'autre, et, dès sa naissance, elle s'est

proposé des buts tout autres. En effet, tandis que la Réunion des gardes-malades danoises, au début, concentra tous ses efforts sur la réalisation d'une organisation solide et d'un développement heureux du service des gardes-malades des hôpitaux, laissant pour plus tard la question de l'organisation des gardes-malades en ville, c'est justement celle-ci qui intéresse, de façon exclusive, la Réunion centrale. Les hôpitaux ne sont que des espèces de couveuses, utiles seulement à l'éclosion des gardes-malades à domicile, ce n'est que considérée sous cet aspect que l'Organisation centrale s'intéresse à ce que le traitement des malades des hôpitaux soit aussi parfait que possible.

C'est parmi la population même qu'est né le besoin d'une pareille organisation du traitement des malades soignés à domicile. D'abord, pendant certaines épidémies, ensuite dans les cas de maladie à l'état normal le besoin s'imposa d'avoir, dans les paroisses, des personnes pouvant se charger de soigner les nombreux malades qui ne pouvaient, par manque de place, ou pour d'autres raisons, être soignés à l'hôpital local. Pour parer à ce besoin dans les populations, il se forma, un peu partout, dans les campagnes, un certain nombre d'infirmières fixes, choisies, la plupart du temps, parmi les gens considérés comme les plus aptes à exercer leur profession. Par conséquent, contrairement à celles qui sont attachées à la Réunion des gardes-malades danoises, ces gardes-malades à domicile ne sont pas groupées en agences d'où elles sont envoyées aux endroits où on les demande. Elles sont, au contraire, isolées, demeurant souvent toute leur vie dans la même localité et ne soignant que la population dans laquelle elles vivent.

Je ne peux entrer dans les détails pour vous exposer comment s'est développée la base économique de la Réunion centrale, formée grâce à des subventions allouées par les paroisses, par le conseil départemental et par les communes, auxquelles est venue s'ajouter une subvention de l'Etat, allant en augmentant d'une année à l'autre. Par contre, je mentionnerai brièvement comment l'éducation de ces gardes-malades à domicile, de la Réunion centrale, a changé de caractère au cours des

années. Il va de soi que, pour que les particuliers et les médecins aient le maximum d'aide de ces gardes-malades, il faut que celles-ci fassent, pendant une période plus ou moins longue, un stage d'apprentissage dans un grand hôpital. La difficulté qui s'opposait à ce que cette instruction fût aussi solide et aussi complète que possible résidait dans le fait que les moyens économiques des élèves gardes-malades, malgré les différentes bourses et subventions qu'elles pouvaient espérer, ne leur permettaient pas ce sacrifice. Ce n'est qu'à partir du moment où les hôpitaux virent l'avantage qu'ils pouvaient tirer en rétribuant les élèves après un certain temps de service à l'institution, que la situation s'éclaircit quelque peu.

Au début, l'instruction que recevait ces gardes-malades à domicile laissait beaucoup à désirer. En 1909, l'année où fut fondée la Réunion centrale et l'année où la Réunion des gardes-malades danoises avait rendu obligatoire la période d'instruction de trois ans, l'instruction ne se composait que de quelques mois de service à un hôpital. Cependant, petit à petit, la période d'instruction et les exigences que l'on posait au caractère de cette instruction furent rendues plus sévères, et, en 1920, le docteur Jacobi de Vester Skerninge, fondateur et président de la Réunion centrale, informa la Commission médicale que la Réunion centrale avait résolu de rendre obligatoire pour ses élèves gardes-malades la période d'instruction de trois ans. En d'autres termes, l'éducation exigée chez leurs élèves par l'une et par l'autre des deux principales organisations du pays était la même.

Vous verrez sans doute l'importance capitale qu'il y a dans le fait que la période d'instruction de toutes celles qui doivent se consacrer à soigner les malades soit la même dans le pays tout entier. C'est là une condition absolument inéluctable pour pouvoir faire une loi instituant la reconnaissance officielle des gardes-malades. Toutefois, il convient de faire remarquer que cette reconnaissance ne constitue pas un monopole en faveur des gardes-malades possédant une éducation professionnelle. Le métier de garde-malade au Dane-

mark — même si une loi de ce genre est votée — restera une profession libre, ouverte à toutes celles qui se croient douées pour l'embrasser. La reconnaissance a uniquement pour but de déférer à la garde-malade qui satisfait aux conditions stipulées par la loi, un certificat déclarant qu'elle possède telles connaissances, exigées par l'Etat pour que celui-ci s'en porte garant.

Cette égalité, en ce qui concerne l'instruction et les exigences qu'il faut demander notamment aux gardes-malades à domicile seront sans doute d'une importance capitale pour nos maisons d'aliénés. En effet, aussi bien le docteur Jacobi, que Mme Henny Tscherning, présidente de la Réunion des gardes-malades danoises, qui ont fait preuve l'un et l'autre de l'intérêt le plus éclairé et le plus sincère pour cette question, estiment comme une condition nécessaire pour qu'elle puisse s'acquitter avec intelligence de sa tâche si complexe auprès des malades soignés à domicile, que cette même garde-malade fasse un stage d'instruction de six mois au moins dans un hôpital d'aliénés.

Dans le projet de loi que la Commission médicale a publié on n'a pas voulu formuler d'exigence à cet égard. Je crois qu'il est à la fois sage et juste d'agir ainsi. Je crois, en effet, qu'il est de la plus grande importance que la demande d'apprendre à soigner les malades atteints d'aliénation mentale ne soit pas imposée comme une obligation aux gardes-malades mais que ce soit elles-mêmes qui expriment un vœu en ce sens parce qu'elles comprennent la nécessité de suppléer à leur instruction afin d'être encore plus sûres d'elles-mêmes et de se sentir mieux préparées à prendre la responsabilité à leur profession.

Vous comprendrez, par ce qui précède, que mon projet d'établir un service réciproque et alternatif entre les gardes-malades des grands hôpitaux et celles des maisons d'aliénés est entré maintenant, en vertu de la situation actuelle de la question, dans une toute nouvelle phase. Le seul endroit où un tel service eût pu être mis en pratique avec succès, c'est dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Copenhague. Grâce à son administration solide et uniformément applicable

à tous ses hôpitaux, la municipalité de la ville de Copenhague a, de tout temps, au point de vue sanitaire, constitué une espèce d'Etat dans l'Etat se trouvant pratiquement en dehors du domaine de l'Administration sanitaire centrale. La municipalité s'est toujours montrée digne de cette situation privilégiée : dans beaucoup de domaines, principalement peut-être dans celui de l'hospitalisation des malades. Elle s'est révélée amie du progrès et animée d'un bel esprit de sacrifice. Avec ses grands hôpitaux, dont le nombre atteint à peu près la dizaine ; possédant un personnel très nombreux de gardes-malades et d'élèves gardes-malades, la municipalité de la ville de Copenhague n'aura aucune difficulté à pourvoir, avec des gardes-malades ayant terminé leur éducation et avec des élèves, aux besoins de l'hôpital d'aliénés de Saint-Jean, l'unique asile d'aliénés de Copenhague.

Les choses se présentent tout autrement en ce qui concerne les hôpitaux d'aliénés de l'Etat. Les hôpitaux qui devraient constituer l'un des chaînons dans le service réciproque et alternatif projeté, manquent totalement de cette uniformité dans l'administration que possèdent les hôpitaux de la municipalité de Copenhague. Ainsi, l'Hôpital royal ressort d'un autre ministère que les maisons d'aliénés, et les nombreux hôpitaux départementaux et communaux, sans la collaboration desquels il serait absolument impossible de réaliser le projet, ont tous chacun leur direction et leur administration particulières. D'ailleurs, comme, d'autre part, ces hôpitaux ne voient aucun intérêt à ce que leur personnel soit au courant ou non des soins qu'il faut donner aux aliénés, on comprit rapidement, par les pourparlers qui furent entamés à ce sujet avec l'administration des hôpitaux, que la réalisation d'un tel service rencontrerait de très sérieux obstacles d'ordre pratique.

Le mécanisme d'un système pareil deviendrait trop compliqué et le grand nombre de cordages différents arriverait facilement à s'emmêler en un nœud gordien inextricable.

Grâce à la demande exprimée par les corporations

mêmes des gardes-malades de joindre à leur instruction un stage dans un asile d'aliénés, ces difficultés sont éludées sans aucune difficulté. L'organisation et la répartition des élèves gardes-malades qui cherchent à compléter leur instruction en faisant un stage à une maison d'aliénés, s'effectuent, comme pour celles qui désirent apprendre les soins qu'il faut donner aux femmes en couches et aux maladies contagieuses, par la voie de la Réunion des gardes-malades danoises. Le jour où la garde-malade sera reconnue officiellement, une garde-malade deviendra membre de l'Administration sanitaire et toutes les questions administratives se feront par l'intermédiaire de cette administration.

Une question se présente tout naturellement. Y aura-t-il un nombre suffisant d'élèves gardes-malades à domicile pour satisfaire aux besoins des hôpitaux d'aliénés ? En effet, il est évident, que si les hôpitaux d'aliénés doivent, en partie, compter sur ces élèves, il ne faut pas que le nombre de ces dernières se raréfie ou devienne nul. Or, il n'y a, à ce point de vue, aucune crainte à avoir. Si seulement les asiles peuvent, à tout moment et de façon régulière, accueillir les élèves qui s'y présenteront, il n'est pas douteux qu'ils pourront obtenir autant d'élèves gardes-malades qu'ils le désireront. Ce qui contribuera encore à ceci, c'est le fait que le besoin de gardes-malades à domicile se fait de plus en plus sentir. On le voit, entre autre, à ceci : la municipalité de la ville de Copenhague entretient en ce moment une vingtaine de gardes-malades à domicile envoyées par la municipalité, réparties dans les différents quartiers de la ville. D'autre part, les Caisses de secours médicales ont, elles aussi, pris la question en considération et elles instituent, de façon de plus en plus étendue, des gardes-malades à domicile chargées d'aller donner les soins en ville. Toutefois, pour que les gardes-malades à domicile attachées à ces différentes institutions puissent bénéficier des subventions de l'État, il faut qu'elles satisfassent aux conditions qui sont posées pour leur admission dans l'une ou dans l'autre des deux grandes corporations de gardes-malades. Parmi ces conditions se trouve également celle

d'avoir fait une période d'instruction de six mois dans une maison d'aliénés.

On a formulé la critique qu'une période d'instruction de six mois est trop courte : à peine l'élève s'est-elle acclimatisée dans son nouvel entourage qu'elle doit le quitter. J'avoue qu'il serait peut-être désirable de prolonger la période d'instruction ; mais, d'une part, je ne crois pas que cela soit réalisable, et, d'autre part, j'estime qu'il existe différentes circonstances qui s'unissent pour rendre cet inconvénient moins grave qu'il ne semble au premier abord.

En effet, il convient de faire remarquer, premièrement, que le stage d'instruction de six mois dans une maison d'aliénés se fera, pour un grand nombre de gardes-malades, c'est-à-dire pour toutes celles qui appartiennent à la Réunion des gardes-malades danoises, à la suite de la période triennale d'instruction. En ce qui concerne les élèves faisant partie de la Réunion centrale, le stage en question aura lieu lorsqu'elles auront terminé la seconde année de leur apprentissage. En d'autres termes, cela revient à dire que les élèves qui sont mises à la disposition des asiles ne sont pas novices dans leur métier ; ce sont des personnes qui ont l'habitude de l'hôpital et qui ne tarderont donc pas à s'adapter aux nouvelles conditions qui leur sont offertes. Ce sont des personnes qui viennent de terminer leur éducation pratique et théorique d'infirmières et qui se trouvent de ce fait bien armées pour s'attaquer aux cas spéciaux et pour répondre aux nouvelles exigences qu'elles rencontrent auprès des malades atteints d'aliénation mentale. On ne saurait guère douter que, pour les asiles ce nouvel élément d'élèves apportera avec lui un air vivifiant, un renouvellement des forces morales et spirituelles.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que, dans la proposition dont il s'agit, il y aura à l'avenir, dans les maisons d'aliénés, comme dans tout autre hôpital, un nombreux personnel fixe et immuable de gardes-malades d'aliénés. Celles-ci constitueront les cadres, qui protégeront et qui sauvegarderont les traditions de leurs asiles ; elles apprendront bientôt, sans aucun doute, à communiquer aux équipes d'élèves de passage l'esprit

et le rythme du service dans les différentes sections, qu'il faut respecter jusque dans les moindres détails, condition essentielle pour tirer le plus de profit possible de la collaboration des élèves.

Ce flux et reflux continu amenant sans cesse dans nos hôpitaux d'aliénés de nouvelles arrivées d'élèves ayant leur instruction professionnelle complète, présente un double avantage. D'un côté, il permet à nombre d'élèves qui, autrefois, ne franchissaient jamais le seuil des asiles, d'acquérir des notions dans cette branche spéciale de la profession. Il est naturel de supposer que ceci aura sa répercussion bien au delà des murs de l'asile, jusqu'au sein de la population même. D'autre part, il arrivera, pour certaines de ces élèves de passage, que le séjour dans une maison d'aliénés leur dévoilera peut-être qu'elles possèdent une personnalité et des facultés les rendant particulièrement aptes à prodiguer leurs soins, avec le maximum de satisfaction pour leur individualité, aux malades appartenant à la catégorie des aliénés.

Or, également, à un autre point de vue, le renouvellement incessant des élèves aura de l'importance : les maisons d'aliénés se trouveront, lorsqu'il s'agira de faire le choix entre leur personnel supérieur, en présence d'un nombre d'individus beaucoup plus riche et varié qu'ailleurs. Actuellement, le choix parmi celles qui peuvent prétendre à être élues est souvent très restreint et la connaissance des capacités et de l'expérience de la postulante dans le domaine spécial dont il s'agit est insignifiante et souvent absolument défectueuse. Ces conditions, peu satisfaisantes pour le choix heureux des gardes-malades surveillantes qui resteront souvent pendant le reste de leur vie à l'hôpital d'aliénés, se trouveront incontestablement modifiées par les nouvelles dispositions.

Toutefois, si c'est la demande de l'uniformité dans l'instruction de toutes les gardes-malades à domicile du pays qui a été, de façon incontestable, l'élément le plus efficace dans une orientation nouvelle et rationnelle de l'organisation du personnel de nos asiles, il existe également d'autres facteurs qui ont contribué à créer les conditions favorables à une orientation pareille. Pour

une administration centrale ce ne sont que rarement les exigences d'ordre idéal qui décident de la facilité avec laquelle les réformes trouvent grâce à ses yeux. Une politique des réalités est une nécessité pour elle, et les sacrifices d'ordre économique qu'entraîne la réforme, jouent un rôle prépondérant dans sa manière d'envisager la réalisation de celle-ci. Or, par bonheur, on a pu constater que la nouvelle organisation du personnel infirmier de nos maisons d'aliénés que je viens d'exposer sera moins coûteuse que l'ancienne. En effet, progressivement, les appointements des infirmiers et des infirmières ont augmenté dans des proportions qui les rapprochent des rétributions que touche une garde-malade ayant sa complète instruction professionnelle. D'autre part, comme on est d'avis que les élèves gardes-malades, pendant leur stage semestriel ne doivent toucher que des appointements relativement peu élevés, un arrangement, selon lequel les soins seront donnés uniquement par des gardes-malades professionnelles et par des élèves gardes-malades, sera moins coûteux que l'arrangement actuellement en vigueur. Les gros travaux ne faisant pas partie des soins proprement dits devront être effectués par un nombre suffisant de femmes de service.

A ceci viendront s'ajouter, à l'intérieur même des hôpitaux, certaines circonstances d'ordre politique et social qui ont pris, au cours des années, un caractère de plus en plus insupportable. C'est notamment parmi le personnel masculin que ceci s'est manifesté avec le plus de crudité. Après que les infirmiers se fussent groupés en une corporation spéciale comprenant le personnel masculin de la totalité des maisons d'aliénés de l'Etat, qui agit complètement sous les formes d'un syndicat socialiste, les dirigeants ont compris avec une clarté de plus en plus grande qu'il faut, dans une mesure aussi large que possible, restreindre le nombre de ces infirmiers. Leurs demandes réitérées de nouvelles augmentations de salaire, leurs représentations incessantes des frais qu'a entraînés leur instruction « longue et coûteuse » — il s'agit du stage d'un an comme élève infirmier, pendant lequel ils sont défrayés de tout et où ils touchent en plus un salaire — ; leur mauvaise

volonté à se subordonner aux gardes-malades professionnelles ; le fait qu'ils comprennent si peu qu'une corporation de gens dont la tâche est de soigner les malades doit avoir d'autres visées qu'une corporation syndicale ordinaire ; et, enfin, leurs tentatives isolées de faire accepter par la violence, en menaçant de cesser le travail, leurs revendications ; tout cela a eu pour résultat qu'il n'existe guère au Danemark un seul médecin en chef qui ne reconnaisse qu'une modification de cet état de choses s'impose. De façon générale les soins donnés aux malades par un personnel masculin seront inférieurs à ceux que donne un personnel féminin. Il existe dans la personnalité de la femme, dans toute sa mentalité, et, en partie, dans son physique, certains traits et nuances caractéristiques qui la rendent particulièrement apte à soigner les malades et qui ne peuvent être remplacés même par les meilleures qualités de l'homme. Toutefois, les hôpitaux d'aliénés ne peuvent pas se passer complètement d'infirmiers. Il sont indispensables dans les ateliers et aux chantiers. Même dans certains services de surveillance de malades hommes agités, la plupart des médecins estiment que l'on doit pouvoir disposer d'un certain nombre d'infirmiers. Cependant, leur nombre doit être réduit, ils ne devront jamais agir par leur propre initiative mais uniquement sous la direction d'une garde-malade professionnelle et il faut choisir avec le plus grand soin. Le va-et-vient continuel de jeunes paysans qui se remplacent sans cesse et qui sont d'une ignorance complète doit cesser. Les quelques infirmiers d'élection que l'on désirera garder à l'hôpital devront y être rattachés de façon fixe et durable ; ceci ne pourra se faire que si on leur donne l'occasion de s'installer avec leur famille à l'hôpital même.

Toutefois, ne croyez pas, Messieurs, que la réforme dont je vous parle ici soit une chose qui se réalise en un tour de main. Rien que le seul fait que, selon nos lois actuelles, un infirmier ou une infirmière ayant trente ans révolus ne pourront être congédiés sans toucher une retraite, constitue une sérieuse entrave à ce que l'état de chose actuel subisse une transformation rapide. Cependant, en ce qui concerne les infirmières, il y aura la pos-

sibilité d'effectuer la transition à la nouvelle situation. En effet, sans aucun doute, l'Administration Sanitaire fera preuve d'une grande bienveillance à l'égard de telles ou telles infirmières qui seront considérées comme étant particulièrement aptes à soigner les aliénés et qui désireraient, par une instruction supplémentaire, arriver à satisfaire aux conditions requises pour faire partie d'une des grandes organisations de gardes-malades. De cette manière, il y aura la possibilité, pour les plus capables parmi les infirmières de revenir, après avoir reçu l'instruction en question, à leur ancien asile à titre de gardes-malades d'aliénés professionnelles.

D'autre part, il ne semble pas qu'il y ait de raison pour essayer de retarder plus que d'urgence l'institution de la nouvelle organisation. Dans un avenir très proche, on ouvrira dans plusieurs de nos maisons d'aliénés de nouveaux services d'observation et de surveillance. Un de mes derniers actes en ma qualité de conseiller de l'Administration Sanitaire fut de suggérer aux directeurs de ces asiles l'idée d'établir à titre d'essai, l'organisation modifiée dans les nouveaux services en question. En effet, c'est spécialement dans les services de ce genre ainsi que dans le service des débiles et des faibles que la réforme devra être introduite.

Je termine ici cet exposé, tout sommaire, d'une des questions qui me préoccupent le plus depuis les treize années que je suis conseiller psychiatre de l'Administration Sanitaire. Je ne suis pas sans voir que si cette question, d'une importance capitale pour l'organisation des soins aux malades aliénés aux Danemark, se trouve actuellement aussi près de sa solution, c'est dû plutôt à un concours heureux de circonstances et à une pression exercée par le développement général qu'à aucune action personnelle. Toutefois, même si ce que je viens de vous exposer ne doit pas avoir d'influence sur l'organisation des maisons d'aliénés dans les autres pays scandinaves, il se peut que mes paroles aient suscité certaines pensées chez quelques-uns de mes auditeurs, pensées qui apparaîtront dans la suite comme ayant fait leur chemin de façon utile. En tout cas, Messieurs, je tiens à vous remercier de l'attention soutenue avec laquelle vous avez bien voulu suivre ma conférence.

LES RÊVERIES MORBIDES

par MM. A. BOREL et G. ROBIN

(Travail de la Clinique du Professeur H. Claude)

On connaît les remarquables travaux de Dupré et de Logre sur les troubles morbides de l'imagination. Etudiant d'abord la tendance constitutionnelle qu'ont certains sujets à l'altération de la vérité et à la fabulation, au mensonge et à la simulation, Dupré isolait, dès 1905, la mythomanie, ou *constitution mythomaniacque*. Quelques années plus tard (1910), avec Logre (1), il décrivait une forme spéciale de psychose intéressant « d'une manière élective l'imagination reproductrice, et surtout créatrice ». Il montrait, d'autre part, que cette affection se développait précisément sur un terrain de déséquilibre imaginatif, qui n'était autre que la mythomanie. L'entité ainsi créée, le délire d'imagination a maintenant pris place dans la nosographie psychiatrique et sa légitimité a été admise par tous.

On pouvait penser, après ces remarquables études, qu'il n'y avait rien à ajouter à la pathologie de l'imagination. Il semble cependant que ce ne soit là qu'un des aspects divers qu'elle peut revêtir en clinique et qu'il existe en outre toute une série d'états très différents, certes, et à de multiples points de vue, mais qui paraissent également relever d'un trouble primaire de l'imagination. D'une façon générale, les malades étudiés par Dupré et Logre sont pour ainsi dire doués d'une imagination active, se traduisant par des fabulations, extemporanées le plus souvent, auxquelles ils ajoutent une croyance totale, et pouvant de ce fait, aller jusqu'à l'idée délirante et au délire constitué.

(1) DUPRÉ. — *La mythomanie*, 1905.

DUPRÉ et LOGRE. — *Congrès des aliénistes et neurologistes* (Bruxelles-Liège, 1910).

DUPRÉ et LOGRE. — *Les Délires d'Imagination. L'Encéphale*, 1911.

Leurs créations imaginaires, d'autre part, rejaillissent sur le monde extérieur et s'y mêlent activement. Les malades que nous avons en vue se présentent très différemment. Ils n'imposent pas leurs conceptions comme le font les précédents. Souvent même ils ne les extériorisent jamais, mais au contraire les enferment dans leur moi. On pourrait dire, à l'opposé, qu'ils supportent passivement leur trouble. Tout se passe dans leur vie intérieure.

D'ailleurs, le terrain de déséquilibre imaginatif, la mythomanie, ne se retrouve pas chez eux. On ne voit pas chez ces sujets la tendance au mensonge et à la fabulation. Ce qui est manifeste, au contraire, c'est une attitude spéciale, véritablement constitutionnelle, à s'absorber dans la vie intérieure, une préférence marquée pour l'imaginaire, pour les constructions chimériques et consolantes échafaudées au cours de longues rêveries, un détachement enfin pour les réalités extérieures.

Aussi bien, le comportement de ces malades est-il entièrement différent des imaginatifs de Dupré et de Logre. Tout l'effort de leur imagination, souvent, ne se devine qu'à peine objectivement. D'autres fois même, ils vivent d'une façon qui paraît entièrement normale, cachant avec un soin jaloux le dérèglement de leurs rêveries. Beaucoup sans doute, la plupart peut-être, restent ainsi toute leur vie des rêveurs et des distraits et passent entièrement inaperçus. Mais, dans d'autres circonstances, sous l'influence de facteurs variés, dont la discrimination reste encore entourée d'obscurité, ils franchissent le seuil du pathologique. Leur activité, tiraillée par le double jeu qu'il leur faut mener, la vie réelle d'une part, les créations morbides de leur imagination de l'autre, se dissocie. Il se forme alors chez eux une vie imaginative d'un type spécial : une sorte de monde imaginaire, dans lequel ils évoluent et dans lequel ils se complaisent. Oublieux du monde extérieur, ils s'absorbent dans leurs conceptions, les varient, les enrichissent, les transforment, sans avoir besoin de les communiquer ou de les imposer à leurs proches, parfois même sans s'en ouvrir jamais.

L'observation que nous allons maintenant rapporter fournira, pensons-nous, une première démonstration de cette manière de voir. Déjà, d'ailleurs, l'un de nous, à la Société Médico-psychologique, avait présenté avec notre maître, le professeur Claude, un certain nombre de malades de ce type, moins purs, peut-être, moins démonstratifs également (1). Nous insisterons aujourd'hui surtout sur la profonde différence existant entre nos sujets et ceux décrits par Dupré et Logre, et principalement sur cette constatation essentielle : l'existence dans chacun des deux groupes d'une constitution particulière, constitution mythomaniacale d'une part, constitution schizoïde de l'autre.

Marie B... est internée à l'Asile Clinique depuis le mois de février 1921. C'est son deuxième internement. Quatre ans auparavant, elle a fait un premier séjour à Sainte-Anne, où elle est restée 8 mois. Elle avait alors 23 ans. En réalité, il s'agissait dès cette première entrée de troubles mentaux déjà anciens, dont l'état actuel n'est que l'aboutissement.

Voici d'ailleurs son histoire :

Née de parents normaux, on ne trouve à signaler dans ses antécédents héréditaires qu'un grand-oncle paternel qui aurait eu des crises d'épilepsie. Une tante paternelle aurait également présenté, à la fin de sa vie, quelques idées de grandeur. Elle a un frère âgé de 19 ans, normal. Son enfance fut un peu souffreteuse. D'une santé délicate, elle eut de fréquentes bronchites, et une pleurésie à l'âge de 8 ans. Elle était sujette enfin à des crises de dyspnée, vraisemblablement liées à de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Intelligente, elle apprenait facilement à l'école et travaillait avec assiduité. C'était, au dire de ses parents, une enfant affectueuse et douce, n'aimant pas

(1) *Une curieuse discordante*. — HENRI CLAUDE et A. BOREL (S. M. P. 1923).

Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté. — HENRI CLAUDE et A. BOREL (S. M. P. 1923).

Voir également : *Délire de rêverie*. — G. HEUYER et A. BOREL (*Société de psychiatrie*, 1922).

les jeux bruyants et vivant volontiers seule. Dès l'enfance, en effet, se manifestait chez elle un penchant à la rêverie, à la vie intérieure, qui lui faisait déjà préférer la solitude à la compagnie d'enfants de son âge. Elle se plaisait à rester à la maison — à lire et à songer — et il était souvent difficile de la décider à sortir ou à s'amuser.

Les premiers troubles apparurent à la puberté, en 1907, peu après l'établissement des règles. Elle avait alors 14 ans. A ce moment survint une crise d'excitation psychique au cours de laquelle se manifestèrent des idées de grandeur : brusquement, elle déclare à ses parents qu'elle est la Reine d'Espagne, prend des attitudes hautaines, se drape dans un rideau, rit, chante, paraît s'amuser, et commande, ordonne, veut qu'on lui obéisse ainsi qu'à une souveraine, s'irritant quand on ne cède pas à ses caprices. Cet état s'exaspère pendant les périodes des règles et dure, plus ou moins accentué, pendant près de deux ans. Peu à peu cependant tout se calme, et une nouvelle période de vie normale se produit qui va s'étendre de 15 à 23 ans (jusqu'en octobre 1915).

Pendant ces 8 années, elle semble avoir oublié toute idée mégalomane. Elle reprend ses études, s'y intéresse. On lui fait donner des leçons particulières. Elle arrive ainsi à avoir une instruction supérieure à celle de bien des jeunes filles. Cependant elle reste rêveuse comme autrefois. Elle aime à s'étendre sur son lit pour penser à son aise. Elle préfère rester à la maison, où d'ailleurs elle s'occupe de couture et de broderie. Elle est en effet coquette, veut avoir l'air d'une jeune fille du monde, être distinguée. Elle n'a pas d'amies, et cela ne la prive guère. Car ce qu'elle préfère, c'est toujours la solitude. A 18 ans, on veut la faire marier. Elle refuse, sans donner aucune raison, et ses parents n'insistent pas. Il semble, d'ailleurs, que ce soit parce que le jeune homme qu'on lui présentait n'avait pas une position suffisante. Elle ne cache pas, en effet, son goût pour le luxe et dit souvent avec amertume : « Je suis la fille d'un employé. »

En octobre 1915 — elle a 23 ans — un nouveau

changement survient. Progressivement, et sans cause appréciable, elle devient apathique, parle peu, refuse de se lever, passe la plus grande partie de sa journée au lit. Elle s'occupe à peine de sa toilette. Si on lui parle, elle répond d'un ton excédé, s'irrite facilement et jette même des objets à la tête de ses parents. Eten due sur son lit, elle ne dort pas, mais a l'air de penser ou de rêver. Elle est d'ailleurs parfaitement consciente de tout ce qui se passe autour d'elle et, quand elle le veut, se conduit tout à fait normalement. Ses paroles sont adaptées, pertinentes. Mais son humeur devient de plus en plus acariâtre. Elle paraît mépriser ses parents et avoir surtout une réelle aversion pour son père et son frère, sur lesquels s'acharne sa méchanceté. Elle les oblige à accéder à tous ses désirs, est hautaine, arrogante avec eux, les considère ironiquement et leur dit parfois : « Voyez ma puissance. Je vous fais marcher comme je veux. » Elle ne prétend pas, comme la première fois, qu'elle est encore la Reine d'Espagne, mais on retrouve à certains moments des attitudes et des paroles montrant qu'elle garde d'identiques conceptions ambitieuses.

A d'autres moments, elle reste sombre, devient extrêmement renfermée, refuse de voir qui que ce soit, se dit fatiguée, épuisée. Son état général, en effet, laisse fort à désirer. Elle est très amaigrie, se nourrit mal et paraît dépérir progressivement.

Ce n'est qu'au bout de deux ans cependant, en octobre 1917, que sa famille se décide à la faire admettre à Ste-Anne, où elle fait un premier séjour de 8 mois. Elle en sort non guérie en mai 1918 et, revenue chez elle, montre la même inactivité, la même indifférence ironique vis-à-vis des siens, la même irritabilité, en un mot, un état absolument semblable à celui ayant précédé l'internement. Elle passe ainsi près de 3 ans dans sa famille, restant presque continuellement au lit, désagréable, méchante, capricieuse, violente, inoccupée, faisant mener à tous autour d'elle « une véritable vie d'enfer ».

Elle est finalement ramenée à Ste-Anne le 6 février 1921 et n'en est plus sortie depuis. Voici le certificat du D^r Genil-Perrin, rédigé à son sujet lors de son entrée :

« Inversion des sentiments affectifs, aversion à
« l'égard de certaines personnes de sa famille,
« qu'elle accuse de ne pas s'occuper suffisam-
« ment d'elle, de la maltraiter. Nonchalance, paresse,
« dérochement devant l'effort mental. Attention spon-
« tanée suffisante. Mémoire bonne. Annonce qu'elle ne
« s'intéresse plus à rien, sans d'ailleurs en souffrir.
« Préoccupations hypochondriaques. Conscience par-
« faite de sa situation, Pas d'idées délirantes. Pas de
« troubles psycho-sensoriels. Asthénie physique. »

Depuis cette époque (février 1921), l'état de la ma-
lade est resté sensiblement le même. Elle garde le lit,
ne fait rien ou presque. A peine, de temps en temps,
entreprend-elle un petit ouvrage, broderie ou couture,
qu'elle n'achève généralement pas. Elle ne lit pas, ne
s'intéresse à rien de ce qui se passe au dehors. Quand
on vient près de son lit, elle feint de dormir, élude en
général les réponses aux questions qu'on lui pose, ou
bien refuse nettement de se prêter à aucun interroga-
toire ; d'autres fois, au contraire, elle parle avec bonne
grâce, mais le plus souvent sans manifester grand inté-
rêt à la conversation. Elle ne se plaint pas, paraît mê-
me se plaire à l'Asile et n'exprime aucun désir de re-
tourner dans sa famille. Elle garde d'ailleurs la même
indifférence vis-à-vis de ses parents, et ne cache pas
parfois l'aversion qu'elle a pour son père ou son frère.
Elle se rend entièrement compte de son état, est luci-
de, cohérente. Elle n'a aucun trouble de la mémoire
ni de l'idéation, et certains jours, où elle est particu-
lièrement de bonne humeur, paraît absolument nor-
male. Ces jours-là, elle accepte d'avoir des entretiens
suivis et s'exprime correctement, raconte sa vie, la
commente, est consciente de son état, analyse ses trou-
bles souvent avec finesse, mais se refuse à dire pour-
quoi elle agit ainsi vis-à-vis des siens, ni pourquoi,
à tant d'autres moments, elle se montre désagréable
avec chacun, ou s'emporte et s'irrite, refusant alors de
parler à qui que ce soit. C'est ainsi, en effet, qu'elle
se présente le plus souvent, étendue dans son lit, tour-
née vers le côté le plus sombre, et paraissant suivre
une longue rêverie. A ces moments, la moindre chose

déchaîne sa mauvaise humeur, elle jette l'assiette que l'infirmière lui présente, ne veut pas qu'on touche à son lit, se plaint d'obsessions et, pendant toute une période, déclara même ne pouvoir supporter la vue d'un peigne. Elle tient à ce que tous les objets, sur sa table de nuit, soient rangés dans un ordre déterminé. Au contraire, abandonnée à elle-même, elle paraît plongée dans une véritable méditation, et parfois semble sourire à ses pensées.

Pendant plusieurs mois, elle garde ce même aspect. Puis l'on voit survenir des périodes — semblant d'ailleurs correspondre aux époques menstruelles — où se manifeste une certaine excitation. Elle se lève, se drape dans ses couvertures, prend des attitudes théâtrales, des « poses », fait des sourires aux médecins ou les regarde ironiquement. Ses propos expriment souvent un certain érotisme, et son attitude hautaine trahit des conceptions mégalomanes. Ces périodes sont en général très courtes, passagères même. Très vite elle retombe dans son inertie coutumière. Peu à peu cependant, l'affection progressant, on voit la malade s'enfoncer, pour ainsi dire, dans la maladie.

Elle devient plus indifférente encore, paraît complètement détachée du monde extérieur. Elle se livre à d'interminables rêveries, au cours desquelles elle donne l'impression d'être heureuse, et des sourires de satisfaction passent sur son visage. Elle ne fait plus aucune toilette et refuse qu'on la lui fasse. Elle gâte même parfois dans son lit. Elle s'irrite quand on la dérange, devient violente à certains moments, si bien qu'elle doit être placée dans une salle d'agités. Elle accepte d'ailleurs ce voisinage sans aucune répugnance et, sans jamais s'occuper de ses compagnes de chambre, continue à vivre dans ses pensées.

Depuis quelques mois, elle arbore des ornements bizarres. Sans chemise, souvent sans draps, roulée dans ses couvertures, quand elle ne s'expose pas nue à la vue de tout le monde, sa tête est ornée d'un diadème en papier d'étain, ses bras, ses poignets, ses épaules, ses chevilles portent d'innombrables bracelets en ficelles et rubans. Des bagues de même sorte ornent ses

doigts. Cependant elle ne se lave pas, et le personnel doit lutter avec elle pour l'obliger à se tenir à peu près propre. Son humeur est variable. La plupart du temps, silencieuse et inactive, elle s'alimente mal et frapperait l'infirmière qui insisterait pour la faire manger. D'autres fois elle se montre aimable, minaudière, hardie dans ses gestes et ses paroles, provoquant quiconque à des actes obscènes, demandant des baisers, des caresses, sur un ton affecté, faubourien. Durant ces périodes elle dévore gloutonnement.

Et cependant, s'opposant au tableau de ce comportement, qui ne peut que faire penser à un état démentiel progressivement constitué, lorsque l'on pratique un interrogatoire de la malade (les jours où elle veut bien s'y soumettre) on reste étonné de la pertinence de ses réponses. Marie B., en effet, est toujours orientée, lucide. On ne décèle dans ses discours aucun trouble du jugement ou du raisonnement. Sa mémoire paraît entièrement conservée, son attention suffisante ; l'effort mental reste possible et productif. Nous avons déjà dit que toujours nous l'avons vue consciente de son état et même capable d'en faire la critique, mais se dérochant quand on lui demandait les raisons profondes de son attitude. Nous avons pu cependant, à la suite de très nombreux interrogatoires, obtenir d'elle, enfin, de véritables confidences. Comme elles nous paraissent de nature à éclairer la genèse aussi bien que le mécanisme de l'état que nous lui voyons présenter, nous transcrivons en les réunissant l'essentiel des conversations et des aveux qu'elle nous a faits.

Parlant tout d'abord de l'accès d'excitation qu'elle eut à l'âge de 14 ans, voici ses propres paroles : « Je me rappelle la crise que j'ai eue autrefois : j'ai dit qu j'étais la Reine d'Espagne. *Dans le fond je savais bien que ce n'était pas vrai. J'étais comme un enfant qui joue à la poupée et qui sait bien que sa poupée n'est pas vivante, mais qui veut s'en persuader...*

« Je me coiffais, je me drapais... Cela m'amusement... et puis, peu à peu, cela fut malgré moi... Je ne peux pas dire que j'étais normale ou anormale... « *j'étais*

comme enchantée... C'était comme un rêve que je vivais. »

Plusieurs fois, revenant sur cette période, elle nous a fait les mêmes déclarations. Jamais, du reste, elle n'a varié dans ses explications. « Oui, tout me paraissait enchanté. J'avais l'impression d'être ailleurs, et je reconnaissais cependant toutes les choses autour de moi. J'étais comme une comédienne qui aurait joué en rôle et qui se serait mise dans la peau de son personnage. — J'étais convaincue... pas tout à fait... J'étais dans un monde imaginaire. C'étaient plusieurs vies que je vivais et, de toutes ces vies, j'étais le personnage principal. »

...« Avant cette crise, j'allais au cours, comme tous les enfants. Après, on m'a gardée à la maison. On me faisait donner des leçons, mais, chaque mois, cela me reprenait un peu avant mes règles... Toutes mes idées me revenaient pendant 8 jours... Mais c'était moins agréable que la première fois, car je me rendais mieux compte que ce n'était pas réel. J'avais cependant encore l'impression de vivre dans un rêve... Et cela a duré ainsi pendant 2 ans : une semaine par mois je retrouvais mes rêves. »

« Tout cela est passé, continue-t-elle, mais j'y songe encore parfois. »

Parlant de ses parents et de l'indifférence qu'elle montre à leur égard : « C'est vrai, ce n'est pas eux que j'aurais dû avoir comme parents. Moi, c'est une autre vie que celle qu'ils me donnaient que j'aurais dû avoir. J'aime les fêtes, le luxe... Ce sont des employés. Ils ne me comprenaient pas. »

Et comme on lui fait observer que, pourtant, c'est elle qui ne voulait jamais sortir, elle reprend : « Ah ! j'ai eu tant de vies différentes, une fois, je me suis mariée avec un Américain, très beau, qui portait des lunettes d'or. Il m'a emmenée faire un grand voyage avec lui et j'ai fait naufrage... Nous avons été sauvés par un paquebot qui nous a ramenés chez nous. Nous avons un grand hôtel et chacun notre chambre. Quelles fêtes j'ai données ! »

Pressée de questions au sujet de ce récit, elle con-

vient en souriant : « Et bien ! non, ce n'est pas vrai... mais... »

Et il y a dix autres récits semblables. Chacun est celui d'une existence fictive qu'elle vit en imagination. « J'ai vécu dans l'antiquité, nous dit-elle, j'étais une reine célèbre... j'ai vécu au temps de l'homme des cavernes... », etc..., etc...

Depuis quelques mois, ses historiettes revêtent une teinte érotique. D'ailleurs, elle ne consent plus à donner de renseignements que si on la tutoie ou qu'on lui donne des noms d'amitié, tels que : « mon petit lapin ». Dès que la conversation perd ce caractère, le mutisme réapparaît. Elle s'exprime avec aisance, insolence, tutoyant tout le monde, ironique, douée d'un sens aigu d'observation. Si elle ne parle pas, en général, dit-elle, c'est parce qu'elle vit avec une bande de sauvages. Et cependant la société lui plaît, elle est mondaine. Mais il n'y a ici personne de son rang, sinon les médecins. Elle aime l'un de nous, dont elle se déclare la maîtresse depuis très longtemps. Elle aurait eu avec lui une fille qui aurait actuellement 3 ans et serait entre les mains du père présumé. Elle a aussi une autre fille de 6 ans, très fortunée, qui voyage. Son père est un homme ultra-chic.

Voici encore d'autres récits : « J'ai fait la noce autrefois, déclare-t-elle. Je n'ai pas compté tous ceux avec qui j'ai couché. Ici, je m'em..., comme on dit vulgairement, je n'aime pas être seule. On est un peu en retard ici. On ne comprend pas que je me mette nue avec un bracelet d'or aux cuisses. »

Et elle nous explique que son diadème de papier, ses bagues et ses bracelets de ficelle représentent les bijoux qu'elle voudrait avoir. « C'était mon genre de vie d'être très élégante dehors et chez moi de me mettre toute nue. C'est de l'art. Autrefois j'étais bien foutue, blanche, parfumée, tandis que maintenant je suis maigre, j'ai la peau jaune, je suis bonne à mettre à la fourrière. Autrefois, j'avais des amis que j'aimais beaucoup. On donnait des fêtes chez moi. Il y avait des fleurs, des parfums, des fourrures

« d'hermine. Mes amis me donnaient des objets d'art, « des statues, des autos. C'est quelqu'un de jaloux qui « m'a fait enfermer ici... Si tu m'avais connue autre- « fois tu ne te serais pas embêté avec moi. Tu serais « venu à mes fêtes. »

Nous lui demandons pourquoi elle n'est pas restée la femme qu'elle était autrefois.

« Les idées sont toujours les mêmes, mais je suis « épuisée. Je ne suis plus bonne que pour me reposer « et ne peux plus donner des fêtes. Je suis dégoûtée « de la vie, je ne fais même plus ma toilette parce « que le lavabo me dégoûte. Chez moi, j'avais une jolie « cuvette en verre sculpté, avec un cercle en or et « puis les flacons assortis. »

Elle explique en riant qu'elle est gâteuse parce qu'on ne la soigne pas : « Jamais ne j'aurais pensé, mon « petit lapin, que je ferais dans mon lit, mais ce n'est « pas ma faute. J'en ai honte. Une femme souffre de « ces choses. C'est déjà vexant quand on est bien por- « tant d'aller aux W.-C. »

Elle ne mange pas, dit-elle, « parce que la vie la « dégoûte. »

Elle nous a dit encore : « Je n'aime pas qu'on me « dérange quand je suis en train de penser, de pen- « ser à ma vie d'autrefois... Je ne m'intéresse pas « ici, au présent, alors je me reporte sur les choses « intéressantes d'autrefois. Quand je me mets nue « dans mes draps, ça me rappelle ma vie d'autrefois. « Je m'adorais dans la glace, en artiste. »

Elle rêve parfois, la nuit, qu'elle tombe dans un précipice, ou bien qu'elle se promène dans la campagne, qu'elle se baisse pour cueillir des fleurs, mais qu'au moment de les saisir elles sont fanées, et, sans faire ici d'analyse des songes, on pourrait presque y voir un symbole de son existence manquée, qui ne se satisfait que par des vies imaginaires.

Elle n'accorde d'ailleurs qu'une foi très limitée à tous ces récits. Il n'est pas besoin de beaucoup la pousser pour lui faire avouer qu'il ne s'agit que d'histoires. C'est ce qu'elle appelle *l'enchantement*. Et ce mot semble répondre pour elle à ce pouvoir qu'elle a

de vivre en rêve. « Dans l'enchantement, nous dit-elle, « j'ai été tout ce que j'ai voulu. J'ai même fait des « bêtises, j'ai été morphinomane, cocaïnomane. J'ai « eu des amants. L'un d'eux s'appelait Emile X. » (C'est justement le nom du jeune homme qui la demanda en mariage.) « Je ne l'aimais pas. Il était dans « le commerce. C'était un bon cœur, mais j'ai des « goûts de richesse. Je suis difficile à contenter. Je « suis peut-être d'essence royale... »

Parlant d'un autre amant supposé, qui l'a, dit-elle, demandé en mariage : « Il était millionnaire et habitait les Champs-Élysées. J'ai été sa maîtresse. « J'allais chez lui. Je l'avais connu en allant conduire « mon frère au lycée. J'avais 20 printemps. »

Et comme on s'étonne qu'elle ait pu faire de telles frasques : « Naturellement pas, il ne m'a pas demandée en mariage, mais dans l'enchantement, oui. L'enchantement, c'est le résultat d'une puissance, de manœuvrer choses et êtres comme on veut... Par l'enchantement, j'avais une vie qui se déroulait frivole et « légère et l'on m'attribuait d'avoir des amants. Ils « s'introduisaient chez moi la nuit. Ils venaient deux. « Ils amenaient des coiffeurs et l'on regardait des « cartes postales. » (1).



Nous avons rapporté cette observation avec d'assez longs détails. Elle nous paraît, en effet, particulièrement représentative du groupe de cas que nous avons en vue. Elle a l'avantage également de faire toucher du doigt, pour ainsi dire, le mécanisme profond qui préside à la genèse des troubles constatés.

Si nous essayons d'en résumer le tableau clinique, nous trouvons, d'une part : une intégrité intellectuelle complète, en même temps qu'une affectivité perturbée, ou plutôt orientée vers d'autres mobiles que ceux que l'on est accoutumé de rencontrer, mais qui n'est ni abolie, ni probablement même diminuée ; d'autre part un comportement paraissant au premier abord para-

(1) Nous tenons à remercier M. le docteur Ceillier qui a bien voulu nous communiquer les notes prises par lui sur cette malade.

doxal et qui ressemble à celui que l'on observe chez les déments précoces. Si l'on s'en tenait à ce seul comportement il est bien évident que c'est de ce côté que ne manquerait pas de s'orienter le diagnostic et que l'on n'hésiterait pas non plus à affirmer un affaiblissement intellectuel qui, nous le savons, n'existe pas.

Or, ce comportement est expliqué, logiquement commenté, critiqué même par la malade. On voit aussi qu'il peut être considéré comme une réaction volontaire, choisie, et qu'en somme on pourrait presque dire que finalement il représente l'existence la plus adéquate à ses désirs et à ses besoins. Cette vie, en effet, n'est pas aussi vide qu'elle peut le paraître à un examen superficiel. Elle est emplie de rêveries, longuement méditées, agréables et compensatrices sans doute d'une réalité jugée mauvaise ou insuffisante. C'est un véritable refuge, un « enchantement » selon son expression. Il semble donc manifeste que le trouble dominant soit bien, ici, ce débordement imaginaire, ces créations chimériques, élaborées successivement et qui envahissent à ce point le psychisme de notre malade qu'elles finissent par supprimer toute activité utile.

S'agit-il alors d'une forme atypique peut-être de Délire d'imagination de Dupré et Logre. Nous ne croyons pas que l'on puisse s'arrêter à cette hypothèse. Et c'est en étudiant le mécanisme même des créations imaginaires dans le cas que nous apportons, que nous avons été amenés à la rejeter.

Les lois psychologiques qui président au Délire d'imagination sont en effet bien différentes de celles que l'on observe ici : chez les sujets de Dupré et Logre, l'activité créatrice résulte de l'association spontanée des idées et des images. La construction se fait extemporanément, sur-le-champ. « Les affirmations jaillissent spontanément par intuitions ». Au contraire, les créations de notre malade se sont accomplies lentement et ont été longuement méditées. Elle n'a pas accueilli toutes les images, ni toutes les idées et celles qu'elle a retenues, elle les a patiemment caressées et embellies. Il n'est donc pas entré d'intuition dans l'élaboration de ses thèmes favoris.

Un autre trait important, c'est que pour un sujet de Dupré et de Logre « l'imagination émet des affirmations à la réalité desquelles, en dehors de toute expérience, il attache immédiatement sa croyance. » Cette croyance fait le délire. Il existe une conviction très arrêtée, « le malade réalisant d'emblée ses associations d'idées, transporte dans le monde extérieur ses créations subjectives, en leur conférant les caractères de l'objectivité ». Mlle B... n'affirme pas la réalité du monde qu'elle s'est créé : « En réalité, nous disait-elle, il ne m'a pas demandé en mariage, mais dans l'enchantement, oui... Par enchantement, j'avais une vie qui se déroulait fragile et légère... » Il y a là ce que Séglas et Logre nomment une « activité de jeu » laquelle est la règle chez ces malades, tandis qu'elle semble constituer pour Séglas et Logre (1) un épiphénomène, un épisode dans un système délirant solidement ancré.

Ce caractère d'objectivité existant chez l'imaginatif fait qu'il porte dans le monde extérieur les produits de son excitation psychique : il ajoute à la vie. Notre sujet, loin d'agir sur le monde extérieur, s'en retranche. Elle n'ajoute pas, elle transforme et, loin de porter sa subjectivité sur le monde extérieur, enferme jalousement ce monde transformé dans son moi profond. L'imaginatif continue à vivre dans la réalité « en homme éveillé et non point en rêveur ». Notre malade est une rêveuse, l'autre est un homme d'action. Il agit sur la réalité. Elle existe, il l'aime. Ici, au contraire, la réalité tend à s'abstraire, à devenir une image. Le premier attaque de front la réalité. La deuxième la fuit.

D'un autre côté, pour Dupré et Logre : « le délire dès son éclosion s'entretient et s'accroît ». Le roman s'enrichit sans cesse de fables inventées. Il se propage « par voie d'extension ». Aussi les événements imaginés par les malades du type Dupré et Logre sont-ils « rares, singuliers, extraordinaires », particu-

(1) SÉGLAS et LOGRE. — Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. *Encéphale* 1912.

lièrement propres à frapper l'esprit du sujet et de son entourage. Leurs récits rappellent les scènes d'un roman d'amour et d'un roman d'aventure. Cette fabulation fantastique atteint facilement des proportions énormes, invraisemblables. Les malades ne parlent que de millions, de princes, de rois, etc... Marie B..., au contraire, ne tend pas à étendre aussi démesurément ses conceptions. Elle les enrichit sans doute, mais c'est à la suite d'une élaboration lente. Et, de plus, il n'y a pas de construction centrale, de roman formant comme une sorte d'armature sur laquelle viendront se disposer les diverses péripéties. Ce sont plutôt de simples historiettes formant chacune un tout, sans lien les unes avec les autres, et qui tour à tour suffisent à l'occuper. « J'ai été une reine de l'antiquité, une courtisane... J'ai été morphinomane, éthéromane... » On sent qu'il s'agit là d'épisodes successifs créés par un mécanisme comparable à celui qu'on trouve dans les rêveries des enfants, qui se racontent de « belles histoires » dont ils sont les héros. Chaque histoire dure ce qu'elle peut. Certaines, plus belles, sont plus souvent reprises. Puis, oubliées à leur tour, elles cèdent la place à d'autres, plus nouvelles.

Ce mécanisme nous paraît bien différent de celui du Délire d'Imagination. D'ailleurs, ce n'est même pas à un délire que nous avons affaire. Les conceptions de Marie B. ne méritent pas ce titre. Et aussi bien la conviction, la croyance en leur réalité n'existe pas. Ce ne sont que des rêveries anormalement et morbidelement développées et abondantes. Notre malade s'y complait et borne là son activité. « Je n'aime pas que l'on me dérange lorsque je pense ». Inactive, passant presque tout son temps étendue sur son lit, elle paraît heureuse et s'amuse, pourrait-on dire, à vivre ses vies imaginaires dont elle est l'héroïne.

Un dernier élément va encore séparer les états dont notre cas est le type d'avec les Délires d'imagination vrais de Dupré et de Logre. En effet, l'examen du comportement et des réactions médico-légales de ces malades va nous donner des constatations bien différentes. Comme nous le disions, l'imaginatif est un homme

d'action. Les sujets de Dupré et de Logre, « dans leur activité délirante, ne sont nullement indifférents ou béats. Ils sont éveillés, lucides, s'intéressent au milieu qui les entoure, réclament leur sortie ». De plus, ils « conforment leurs actes à leurs fabulations. Ils se répandent non seulement en paroles, mais en actes de toutes sortes. Les conséquences seront multiples : faux témoignages, revendications d'ordre familial et surtout filial, intrigues politiques, escroqueries, vagabondage ». Nous avons sous les yeux des « fables en marche » (1). L'internement s'impose la plupart du temps. Ici l'auteur joue son rôle jusqu'au bout. Il y a loin de ce type à Mlle B... : encore avons-nous choisi pour mettre en valeur de telles conceptions imaginaires une malade qui les extériorise plus que les autres du même genre. Elle consent à se couvrir de bracelets et de bagues, à prendre des poses hautaines, parfois elle veut bien nous raconter son rêve intérieur, mais l'aspect clinique dominant chez de pareils sujets, c'est l'indifférence à l'ambiance, le retrait de la réalité. Mlle B... ne se soucie pas d'avoir un public, de nous révéler le roman qui l'occupe. C'est à l'intérieur de l'individu, dans son moi, que se passe l'action. Aussi la plupart de nos malades de ce type restent-elles au lit, l'air distrait, lointain, souriant d'un air vague, paraissant suivre des pensées qui échappent à l'observateur, ne répondant pas aux questions, semblant désorientées, réalisant le type des pseudo-confusions mentales, inertes, insoucieuses de la réalité, ne s'alimentant qu'à peine, parfois gâteuses, ne s'occupant pas de leur toilette, ravies enfin au monde extérieur par une rêverie qui suspend toute activité.

Une importante question reste à se poser. Pourquoi chez les malades de Dupré et Logre et chez les nôtres les produits de l'imagination sont-ils si différents, du point de vue clinique et du point de vue psychologique ? L'imagination porte des fruits divers, selon le terrain qui la nourrit. C'est dans la constitution même

(1) DUPRÉ. — Rêves, rêveries et états morbides de l'imagination. *Revue hebdomadaire*, 22 octobre 1921.

de l'individu qu'on trouvera l'explication des différences cliniques.

Pour Dupré et Logre, le terrain par excellence de déséquilibre imaginatif, c'est la mythomanie. Le délire d'imagination se présente « comme l'exagération morbide de la mythomanie constitutionnelle du sujet.

La mythomanie, dans ses formes cliniques, se montre, suivant les cas, « maligne et perverse, de défense et surtout vaniteuse et de luxe ». Le sujet, « tantôt fabule par hâblerie, pour se vanter, tantôt même sans motif plausible ni appréciable ».

Il est suggestible. La naïveté puérile, l'absence de jugement et de sens critique qu'il présente sont en rapport avec la débilité mentale : « comparé dans sa « signification nosologique au délire d'interprétation, « le mode d'activité délirante de l'imaginatif semble « répondre en général à une plus grande infériorité « psychique, constitutionnelle ou acquise. Aussi l'observe-t-on de préférence chez les débiles et chez les « déments. » Nous nous expliquons ainsi que mythomane, hâbleur ou pervers, suggestible et débile, il s'abandonne à un délire d'imagination désordonné, anarchique, qu'il cherchera à mettre en action. D'où les troubles de la conduite et les réactions médico-légales que nous avons signalées.

Considérons notre malade. Dans l'enfance, c'était une enfant charmante, bonne, affable, gaie, se plaisant à des jeux simples et peu bruyants. Ses parents n'arrivaient guère à la faire sortir. Un naturel rêveur lui donnait le goût de la vie intérieure. La tendance au recueillement, à la méditation, est générale chez ces sortes de sujets. Les conceptions imaginaires s'élaborent dans la solitude et restent intérieures, enfouies dans le moi intime. Le sujet ne se livre pas volontiers. La réalité n'existe qu'en rêve, transformée, embellie. Alors que le monde extérieur reste tel qu'il est pour l'imaginatif de Dupré, pour nos malades, l'imaginaire seul existe. L'imaginatif de Dupré n'a qu'une existence. Il s'impose au monde extérieur. Il ne peut vivre sans lui. Il l'aime d'une passion excessive, le dotant de toutes les qualités. Mlle B. et nos malades de ce genre mènent

nent deux existences, l'une imaginaire, dans laquelle elles se complaisent, l'autre, la vraie, qu'elles dédaignent, ne se donnant même pas la peine de vivre, en négligeant les obligations et les devoirs, absorbées qu'elles sont dans la chimère. Il s'agit d'une sorte de dédoublement, non de la personnalité, mais de l'existence même, l'une normale, terre à terre, jugée souvent banale ou incomplète, l'autre embellie d'ordinaire, plus conforme aux goûts secrets des sujets, véritable dilection de leur part.

La construction imaginaire du type Dupré et Logre est centrifuge, se déversant du sujet sur le monde extérieur. La construction imaginaire de notre malade est, selon nos conceptions, centripète, Mlle B. enfermant dans sa subjectivité un monde extérieur transformé en monde imaginaire.



Il devient plus facile maintenant de marquer la place du type que représente Marie B. Il s'agit bien d'un trouble intéressant électivement l'imagination, mais d'un trouble particulier qui se caractérise essentiellement par des rêveries morbides. Si l'on voulait s'en tenir au simple point de vue descriptif, on pourrait lui appliquer le nom de Délire ou psychose de rêverie que d'ailleurs l'un de nous, avec le D^r Heuyer (1) avait proposé au sujet d'une malade de cet ordre. Mais il nous semble que l'on peut aller plus loin et que ce qui constitue le plus grand intérêt des états que nous avons essayé d'isoler, c'est la constatation du terrain constitutionnel qui leur sert de base. L'ensemble des caractères que nous trouvons là appartient en effet à la constitution schizoïde. Dans un prochain article (2) nous préciserons ce que nous entendons par cette appellation et en quoi nous nous séparons de Bleuler qui, à notre avis, lui donne une extension trop grande.

(1) HEUYER et BOREL. — Délire de rêverie, *Société de Psychiatrie* (1921).

(2) CLAUDE, BOREL et ROBIN. — La constitution schizoïde à paraître dans *l'Encéphale*, avril 1924.

Le schizoïde, pour nous, se caractérise avant tout par ses tendances à l'intériorisation, à la rêverie, à la songerie. Dès l'enfance, la recherche de l'isolement fait négliger par ces sujets les jeux habituels à cet âge. De nature réfléchie et contemplative, ils préfèrent l'activité intellectuelle à l'activité pratique. Toute leur vie sera marquée par cette discordance entre les deux formes d'activité : La vie imaginaire, conçue en général sur un plan d'embellissement, est délibérément préférée à la vie extérieure. La même personnalité a créé un dédoublement de l'existence. Dans les cas extrêmes, dans les cas d'asile, toute attache est rompue avec le monde extérieur. Les malades sont tout entiers dans leur « autisme » et ils ont toute l'apparence de déments précoces.

Marie B., dont nous rapportons ici l'histoire, est en chemin sur cette évolution. Elle a dépassé déjà le stade qu'avec le Professeur Claude nous appelons schizomaniaque (1) pour arriver au seuil de la schizophrénie. Il est rare d'ailleurs qu'à une pareille étape les sujets de cet ordre aient une telle conscience de leurs troubles ; il est exceptionnel également que l'on arrive à les leur faire exposer aussi clairement. C'est pourquoi nous avons pensé intéressant de publier ce cas tout à fait typique et qui nous a permis d'attirer l'attention sur une forme de l'imagination morbide qui n'avait pas encore été très explicitement signalée. Avant de faire entrer un processus imaginatif constaté, dans telle ou telle psychose classique en psychiatrie, l'analyse de sa nature et de ses caractères empêchera dans certains cas de la confondre avec le processus décrit par Dupré et Logre. Il pourra, enfin, être utile au clinicien de reconnaître à cette construction imaginaire spéciale les traits que nous avons indiqués et de se rendre compte si cette forme de l'imagination morbide n'est pas le symptôme le plus expressif des états de rêverie, chez des sujets à constitution schizoïde.

(1) CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Démence précoce, schizomanie. schizophrénie (*Encéphale*, mars 1924).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 FÉVRIER 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Borel, Demay, Collet, Minkowski, Rayneau, D. Santenoise, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 28 janvier.

La *Correspondance manuscrite* comprend :

le programme du 2^e Congrès international de pathologie comparée qui se tiendra à Rome du 27 avril au 4 mai 1924.

M. TRUELLE, Président, annonce la vacance d'une place de membre titulaire. La Commission sera nommée dans la séance de mars.

Rapport de Candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, H. Colin et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et les travaux scientifiques de M. le D^r Prince, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin) qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

M. le D^r Prince a commencé ses études médicales à l'Ecole de Besançon ; puis, des circonstances l'ayant amené à changer de résidence, il vint dans le département de la Sarthe et fut interne à l'asile d'aliénés du Mans, dans le service du D^r Bourdin.

Ensuite assistant du D^r Delagénère, sous les auspices de ce Maître en chirurgie, il composa sa thèse de doctorat sur « L'anesthésie générale avec circulation

réduite ». Thèse particulièrement complimentée par son Président M. le Professeur Paul Segond.

M. le D^r Prince, de plus en plus attiré vers l'étude des maladies mentales, fut interne à l'Asile de Vaucluse, dans le service de mon ami très regretté Auguste Vigouroux, et c'est à Vaucluse que j'eus le plaisir de faire sa connaissance. Laborieux, très assidu à ses fonctions d'interne, dévoué aux malades et curieux aussi de se perfectionner dans la Clinique psychiatrique il fréquentait chez les services de nos collègues des autres asiles de la Seine : MM. Henri Colin, Leroy, Truelle et Arnaud à la Maison de Santé de Vanves.

Cette persévérance dans le travail fut couronnée d'un succès justement mérité, et au concours des médecins des asiles publics, en l'année 1912, M. le D^r Prince fut reçu le troisième. Je faisais partie du jury et je puis parler en connaissance de cause de la haute valeur des candidats.

M. le D^r Prince fit ses débuts à l'Asile de Limoux, au pays de la langue d'Oc. Malgré les beautés de la vallée d'Aude, le pittoresque du défilé de Pierre-Lys, et le voisinage de Carcassonne, il quitta cette méridionale sous-préfecture pour faire choix d'une ville, moins joyeuse assurément, mais plus proche de Paris : Alençon. Il demeura sept ans dans cet asile de l'Orne, que les gens du pays appellent encore Bicêtre. C'était le gîte d'étapes de la chaîne des forçats allant au bagne de Brest, d'où l'homonymie populaire avec la sinistre prison, bâtie sur le coteau de l'autrefois riante vallée de la Bièvre, point de départ, comme on sait, des condamnés marqués au fer rouge.

Pendant la guerre, l'ancien assistant du chirurgien Delagénière assura le service des grands blessés à l'hôpital N° 23 au Lycée d'Alençon, accomplissant ainsi, dans la mesure de ses forces, son patriotique devoir.

Lorsque l'Alsace-Lorraine, enfin délivrée, redevint terre de France, M. le D^r Prince fut envoyé d'abord à l'Asile de Sarreguemines, puis chargé des fonctions médicales et administratives de l'Asile de Hoerdt. Quelques uns d'entre vous, Messieurs, se souviennent d'avoir visité cet asile lors du Congrès de Strasbourg. Ajour-

d'hui M. le D^r Prince est médecin en chef de l'Asile de Rouffach, non loin de Colmar. Notre collègue entend et parle le dialecte des Alsaciens, il n'a pas besoin de recourir à un interprète pour interroger ses malades et causer avec eux. Il invoqua ce fait en faisant sa demande de mutation et satisfaction fut donnée.

M. le D^r Prince est licencié ès sciences naturelles ; il possède aussi le diplôme d'études supérieures de botanique agricole, ce qui lui a valu d'être membre correspondant de la Société Linnéenne de Normandie.

En ce qui a trait à notre spécialité, M. le D^r Prince, a publié de très nombreux travaux de psychiatrie et d'anatomie pathologique ; quelques-uns en collaboration avec son excellent maître Vigouroux. — *Automutilation chez les aliénés*, — *Rhumatisme tuberculeux et stupeur*, — *Persécuté délirant à réactions dangereuses*, — *Alcoolisme chronique avec épilepsie*, — *Deux cas d'aphasie avec autopsie*, — *abcès du lobe frontal*, — *Porencéphalie*, — *Folie communiquée*, — *Hémiparésie infantile avec héli-athétose*, — *Paralyse générale juvénile*, — *Folie simulée*, — *Hallucinations lilliputiennes*, — *Divorce et aliénation mentale*, et combien d'autres. Une analyse même sommaire des publications de M. le D^r Prince occuperait plusieurs pages de nos *Annales*. D'ailleurs un grand nombre d'entre elles ont été faites à cette tribune. Les autres observations ont été publiées dans le *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, dans l'*Encéphale*, dans la *Revue de Psychiatrie*, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, au Congrès des aliénistes de Tunis, à la Société médicale d'Alençon, de Caen. Toutes ces publications présentent de l'intérêt. Une parue dans l'*Encéphale* (novembre 1923) attira plus spécialement l'attention : elle est illustrée d'images représentant les curieuses fantaisies décoratives de la façade d'une vieille église de la Normandie, exécutées par un curé hypomane, qui, à l'inverse du curé de Montlhéry, dont parle Ambroise Paré, n'était pas un déprimé mélancolique.

J'ai terminé, Messieurs, et malgré ces notes succinctes, je pense avoir réussi à vous faire apprécier l'important bagage scientifique de notre candidat. Vous

pouvez faire confiance à votre Commission qui vous propose, à l'unanimité, de décerner à M. le D^r Prince le titre de membre correspondant de la Société Médico-psychologique.

Après lecture de ce rapport, M. le D^r Prince (de Rouffach) est nommé membre correspondant national à l'unanimité des 14 suffrages exprimés.

De l'utilité d'un carnet médical individuel pour les aliénés

Par le Docteur E. DABOUT

Médecin-légiste de l'Université de Paris
Membre de la Société Clinique de Médecine Mentale

C'est à la demande de M. Colin que je suis venu faire cette communication à la Société Médico-psychologique, une discussion a déjà été entamée sur ce sujet à la Société clinique de médecine mentale par une intervention de M. Beaussart, à la suite d'une communication de M. de Clérambault.

M. Beaussart a fait connaître à la Société clinique que les aliénés, transférés du département de la Seine dans les asiles de province, arrivaient sans dossier ou avec des dossiers incomplets, ne mentionnant pas leurs réactions dangereuses antérieures et que, par suite, certains d'entre eux avaient été libérés. Dès leur sortie ou très peu de temps après, ces aliénés commettaient des attentats qui nécessitaient à nouveau leur internement.

Depuis la séance de décembre dernier où furent signalés ces faits, des malades sortis récemment des asiles, ont eu des réactions violentes sur la voie publique. Certains ont tiré des coups de revolver sur des passants inconnus d'eux, qui ont été ou grièvement blessés ou tués.

En présence de ces faits répétés où la sécurité du public est manifestement en danger, comment les médecins peuvent-ils agir utilement et empêcher le retour de semblables attentats ?

La réponse est simple : aucun aliéné à réactions violentes ne doit sortir d'un asile. Mais pour empêcher la sortie d'un malade dangereux, le médecin doit au moins connaître les actes délictueux ou criminels qu'il a commis, les attentats qu'il a perpétrés, les menaces qu'il a proférées ou mises à exécution avant son internement et ce n'est que par l'étude du dossier de l'interné qu'il peut trouver semblables renseignements. Or, ce dossier n'arrive pas toujours à l'asile-hospitalisateur. Pourquoi n'y arrive-t-il pas ? Comment peut-on compléter à son absence ?

Régulièrement chaque aliéné transféré d'un asile dans un autre asile, changeât-il de département, devrait être accompagné de son dossier complet. Une circulaire du ministère de l'Hygiène, en date du 14 juin 1922, à tous les Préfets des départements, prescrit d'exiger des différentes autorités qui sont intéressées à l'internement des aliénés, c'est-à-dire des maires, commissaires de police, directeurs d'hôpitaux-hospices, directeurs d'asile, que la copie de toutes les pièces qui ont servi de base à l'admission du malade soit toujours jointe au dossier qui le concerne dans l'établissement où il reçoit des soins et l'accompagne dans tous ses déplacements.

Il y a également intérêt, dit la circulaire, lorsque ces dossiers sont communiqués par nos soins à l'un de nos collègues ou à mon administration, à ce que copie soit jointe de toute correspondance précédemment engagée au sujet du malade.

Cette circulaire me satisfait complètement et je n'aurai pas à vous proposer la création d'un carnet médical individuel pour chaque aliéné si elle pouvait être exécutée à la lettre.

A la vérité, le dossier que l'on envoie au médecin ne contient pas tous les renseignements que possède l'Administration préfectorale qui a fait procéder à une enquête sur la conduite de l'intéressé avant son internement. Les alcooliques qui menacent leurs proches au cours de leurs hallucinations, les persécutés qui ont dressé des embûches à des voisins qui seraient leurs persécuteurs, nient avoir proféré des menaces et avoir

commis des attentats. Ces faits ne sont souvent connus que par des dépositions faites sous forme de procès-verbaux et sous la foi du secret par les familles. Ces documents ne peuvent être envoyés à l'asile, mis dans un dossier que compulsent plusieurs personnes, que peut lire le personnel infirmier et dont le malade lui-même peut arriver à avoir connaissance. Beaucoup de malades, en effet, dans les asiles, travaillent dans les bureaux ou font de la copie. Le premier acte du malade sorti de l'asile, ayant eu connaissance qu'un de ses proches a fait une déposition contre lui, sera d'aller exercer sa vengeance sur lui. Le secret de certains documents s'impose pour la sécurité publique.

Je sais bien que le médecin de l'asile a toujours le droit d'aller consulter à la Préfecture le dossier du malade qu'il soigne et qu'avant de signer sa sortie il peut s'entourer de tous renseignements utiles, mais cette facilité de se renseigner présente dans la vie moderne une difficulté matérielle qui, par les longs et souvent coûteux déplacements qu'elle provoque, ne peut raisonnablement être imposée au médecin traitant. C'est dans son service qu'il doit avoir tous les documents nécessaires à éclairer son jugement.

D'autre part, on ne saurait demander à un médecin-chef de service de se démunir des feuilles d'observation qu'il a écrites, du résultat des réactions humérales qu'il a recherchées, de certains faits cliniques ou bactériologiques qu'il a consignés et qui peuvent être pour lui des documents précieux pour des travaux scientifiques qu'il a en cours. A mon avis ces travaux documentaires sont sa propriété personnelle, il peut les garder de par devers lui ; l'histoire seule de la maladie appartient au malade. Mais si le médecin a des droits, il a aussi, de par sa fonction, une responsabilité vis-à-vis du malade et de la société. Il doit empêcher qu'un malade dangereux ne soit remis en liberté et c'est pour lui une obligation de le faire connaître à ceux qui prennent le malade en charge après lui. La plupart du temps ces renseignements sont mentionnés dans le certificat de quinzaine et certificats suivants, mais faut-il encore que la copie de ces documents accompagne le malade dans son transfert.

Cette notion de responsabilité n'est pas plus spéciale au médecin d'asile qu'au médecin de médecine générale. Je vous rappelais à la séance de la Société Clinique de Médecine Mentale le sentiment d'inquiétude de notre responsabilité médicale que nous éprouvions à la Compagnie du chemin de fer métropolitain avant la création du carnet médical individuel. Les agents de cette Compagnie sont soignés à domicile par des médecins de secteur, ils peuvent venir à la consultation chaque jour dans les usines à un service de consultation assuré par d'autres médecins, si bien qu'un individu soigné à son domicile par un médecin pour une pleurésie, une colique néphrétique ou un ictus cérébral, vient dès sa première sortie consulter un autre médecin à la consultation médicale de l'usine. Avant la création du carnet médical individuel, aucune liaison n'existant entre les deux médecins, ils ignoraient les diagnostics posés, les réactions humorales recherchées au cours de la maladie. Maintenant, et ce carnet existe depuis plus de 15 années, le second médecin connaît les phases de la maladie observée par son confrère ; il n'a qu'à continuer une médication appropriée quand on vient le consulter.

Sur ce carnet médical le médecin écrit lui-même le diagnostic plus ou moins détaillé suivant le cas d'espèce, il note à la colonne observations, si le Wassermann a été positif, si l'urine contient de l'albumine, etc... et ce carnet est alors enfermé dans une armoire dont il ne sort que pour être mis entre les mains des seuls médecins. Le secret médical est ainsi observé, il n'y a pas de fuite possible.

Voilà plus de 15 années que j'utilise ce carnet, je l'emploie sans fatigue et sans perte de temps pour moi, avec beaucoup de profit pour mes malades, ayant toujours sous les yeux l'histoire de leur passé pathologique et m'y reportant fréquemment.

Aussi, je me permets de vous proposer la création d'un semblable carnet médical individuel pour les aliénés. A l'arrivée à l'asile, le médecin-chef de service, et *non son interne*, écrirait lui-même son diagnostic. Dans la colonne observations, il mentionnerait les réactions

dangereuses présentées par le malade et ajouterait son avis personnel sur la possibilité ou non d'une sortie. Quand le malade quitterait le service, à nouveau les colonnes diagnostic et observations seraient remplies, datées et signées de la main du médecin-chef de service. Ces carnets seraient enfermés dans une armoire dont le médecin-chef de service aurait la clef. Le carnet médical, mis sous enveloppe fermée, accompagnerait le malade lors de son transfert dans un autre asile et serait remis en mains propres au nouveau médecin, prenant le malade dans son service. Les médecins seraient donc renseignés par eux-mêmes, le carnet médical individuel serait leur agent de liaison. Actuellement ce carnet serait de la plus grande utilité pour l'aliéné puisqu'il pourrait éviter de voir remettre en liberté un malade prêt à recommencer ses actes dangereux pour lui-même (suicide) ou pour autrui (coups, assassinats). Il serait une sécurité pour le public, puisque l'aliéné dangereux resterait à l'asile. Avec le nouveau projet de loi complétant la loi de 1838, ce carnet pourrait être la sauvegarde du médecin.

Vous savez que l'article 39 du nouveau projet prévoit la responsabilité civile des aliénés et de ceux qui en réclament la garde. C'est la porte ouverte aux actions en dommages-intérêts. Ce n'est que justice. Aussi, cet article 39 devra-t-il éviter dans l'avenir les demandes de sortie pour des malades dont les actes délictueux ne sont actuellement jamais sanctionnés par une amende pécuniaire parce que le délinquant était en état d'irresponsabilité au moment de son acte délictueux. Ne pourra-t-on pas craindre alors que celui qui a pris la responsabilité de garder le malade ne se retourne contre le médecin qui a signé la sortie, si le malade commet à nouveau un attentat entraînant par la suite sa responsabilité civile. Le carnet médical individuel pourra être alors un document irréfutable pour dégager la responsabilité du médecin, en dehors même des pièces administratives où le médecin aura déjà consigné son avis motivé.

De cette étude de la transmission des pièces servant à l'internement des aliénés, il ressort nettement de la

circulaire du 14 juin 1922 que tous les renseignements relatifs aux aliénés devraient être transmis aux médecins traitants, mais qu'il y a dans la pratique des cas d'espèce où les dépositions faites sous la foi du secret par les familles ne peuvent quitter les dossiers administratifs et par suite restent ignorées des médecins. Il apparaît non moins clairement que ces dossiers administratifs sont bien à la disposition des médecins traitants, mais qu'il n'est inscrit nulle part que ces médecins soient dans l'obligation de se déplacer pour prendre connaissance de ces documents ; d'ailleurs, en ont-ils le temps matériel, est-ce bien leur rôle ?

Aussi, pour éviter la sortie intempestive d'aliénés dangereux qui commettent et ont commis récemment des attentats et assassinats, la création d'un carnet médical individuel serait à souhaiter dans l'intérêt des malades, de la société et du médecin lui-même.

DISCUSSION

M. Henri COLIN. — La communication de M. le Dr Dabout doit son origine à une présentation faite par M. de Clérambault à la Société clinique de Médecine Mentale, au mois de décembre dernier. Une discussion eut lieu au sujet de ce malade et les problèmes soulevés par son internement et ses mises en liberté successives sont résumés dans une note de M. Beausart que je vous demande la permission de vous lire.

« Le malade présenté par M. de Clérambault, interné d'office dans les Asiles de la Seine et transféré, pour des raisons d'ordre administratif, dans un asile de province, y avait obtenu sa mise en liberté. A l'occasion d'un nouvel internement dans les Asiles de la Seine, M. de Clérambault, pour des raisons d'ordre psychiatrique et médico-social, terminait le libellé de son certificat en énonçant que le malade atteint d'affection mentale incurable avec réactions extrêmement dangereuses, devait être maintenu à l'asile d'une façon constante. M. de Clérambault se faisait scrupule de paraître vouloir imposer ainsi une décision aux médecins d'asiles qui, par la suite, auraient le malade

dans leur service. J'ai signalé, qu'au contraire, les médecins d'asiles de province — car il était à craindre que le malade y fût envoyé de nouveau — ne pouvaient, à mon avis, que se féliciter de posséder un semblable élément d'appréciation médicale, basé sur des considérants particuliers que seul un dossier et une enquête complets étaient en mesure de fournir. Mon vœu tendait à souhaiter que toutes les fois que pareille appréciation et affirmation comme celles émises par M. de Clérambault, pourraient être portées sur un certificat, il en fût fait mention. M. Dabout prit l'initiative de réclamer le livret sanitaire qui, à tout bien considérer, dans nos Asiles, existe déjà sous la forme de l'ensemble des certificats légaux dont a fait l'objet chaque malade. Désirons que ces certificats, tout en conservant l'abondance de la symptomatologie clinique qui les caractérise, soient augmentés en plus de toute la série des réactions dangereuses auxquelles s'est livré, ou dont a fait montre, l'aliéné, tant au dehors que pendant son internement.

Il va sans dire que pour la plupart des aliénés dangereux et difficiles — à moins de création d'asiles de sûreté d'Etat — les nécessités sociales devraient inciter à éviter des transfèrements dans des Asiles de province offrant moins de sécurité et de personnel de surveillance que certains services de la Seine, où leur sortie — et au besoin leur réintégration en cas d'évasion — sont entourées de plus de garantie, de facilité et de sécurité. »

Pour ma part, j'appuie entièrement la thèse de M. Dabout et je rappellerai que la création du carnet individuel est inscrite dans le projet de loi portant modification de la loi de 1838 dont le rapporteur était M. le sénateur Paul Gérente.

L'article 10 *bis* de ce projet était ainsi conçu :

ART. 10 *bis*. — Le médecin est tenu de consigner sur un livret individuel les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et

ultérieurement au moins chaque trimestre. Le médecin constate également sur ce livret la date de la sortie et l'état mental au moment où elle a lieu, la date et les causes du décès.

Il y a dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire sur lequel sont immédiatement inscrits les nom, prénoms, profession, âge, domicile et état civil des personnes qui y sont placées ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom du tuteur ; la date de leur placement, les nom, prénoms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandée.

Sont également transcrits sur ce registre : 1° la demande d'admission ; 2° en cas de placement d'office, l'arrêté motivé du ou des préfets ; 3° le certificat médical de vingt-quatre heures et le certificat de quinzaine ; 5° la décision du président ou du tribunal civil ou de la Cour ; 6° la copie des notes inscrites sur le livret individuel.

Ce registre est exclusivement communiqué aux personnes qui, d'après l'article 29, ont le droit de visiter l'établissement ; après chacune de leurs visites elles doivent apposer sur le registre, avec la date, leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

En cas de transfèrement, le livret individuel accompagne le malade dans ses déplacements.

M. A. MARIE. — Nous apportons à l'appui de la discussion de ce jour le résumé d'une expertise relative à un nommé Jourd., assassin d'enfants. 5 fois interné et 5 fois inculpé avant l'expertise finale qui l'a fait réinterner définitivement.

Interrogé par nous, J., Louis-René, âgé de 40 ans, s'est dit journalier.

Il est né, déclare-t-il, à Bur, près de Conches (Eure), le 1^{er} janvier 1879.

Sa famille habiterait Evreux, il ne l'a pas vue depuis dix ans.

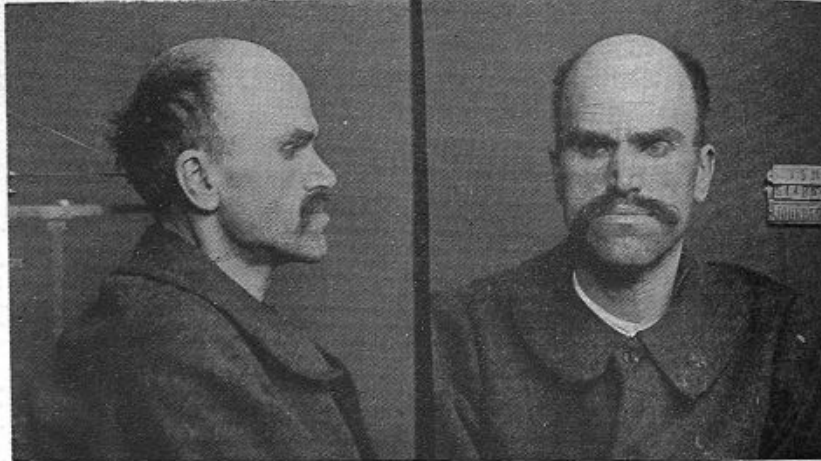
Son grand-père paternel aurait été interné à Navarre.

Sa mère, méchante, suivant le dire d'une expertise, avait une aversion marquée pour les enfants. Il a six

sœurs et un frère, dont aucun ne serait atteint de maladie.

En dernier lieu, il fut employé chez un marchand de bestiaux, près Auxerre. C'est là qu'il a été inculpé d'assassinat et tentatives diverses en conduisant une vache à Maligny, nous avoue-t-il.

A l'inspection, Jourdan, de taille élevée et un peu voûtée, présente une déformation du crâne qui est démesurément allongé, du type fortement dolichocé-



phale.* La mâchoire inférieure forme une saillie anormale ; c'est du prognathisme très accentué qui, ajouté à l'allongement du crâne, donne à l'ensemble du massif crânio-facial un aspect franchement bestial. Le massif facial est plus développé du côté gauche et cette asymétrie s'accompagne d'une voûte palatine ogivale. Du côté des organes génitaux, on constate l'existence d'une hydrocèle droite, du volume d'une énorme poire ; du même côté nous trouvons une cicatrice de cure radicale d'une hernie inguinale. La coexistence antérieure de l'hydrocèle et de la hernie inguinale droites indique que Jourdan présentait une anomalie congénitale caractérisée par la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Toutes ces malformations crânio-faciales et génitales

constituent autant de stigmates d'une organisation congénitale défectueuse.

Bestial par sa conformation physique, le visage de l'inculpé frappe l'observateur par la brutalité et l'obtusion de son expression. Les bras, trop longs, se terminent par des mains énormes, osseuses, aux mouvements à la fois puissants et lourds.

Illettré, Jourdan passe ses jours dans une cellule de la Santé, se tenant souvent dans un coin et ne s'animant un peu qu'aux heures des repas. Doué d'un appétit vorace, il engloutit en un clin d'œil toute sa ration et accepte ensuite tous les restes que son gardien lui offre à cause de son regard avide qui suit la distribution des gamelles.

Brute au physique et brute au moral, l'inculpé répond difficilement aux questions, même à celles qui ne se rattachent pas aux actes incriminés. A la longue, cependant, on finit par obtenir de lui des renseignements sur ses antécédents familiaux, ses maladies, ses occupations. Il répond alors par des phrases courtes, comme s'il les lâchait à contre-cœur, avec un souci non déguisé de se présenter sous le jour d'un malade, fils ou parent de quelque fou... Même sur les faits incriminés, il s'explique gauchement par bribes :

D. — Pourquoi avez-vous été arrêté ? lui demandons-nous.

R. — J'ai tué un gosse.

D. — Pourquoi l'avez-vous tué ?

Cette question est suivie d'un silence interminable. Il faut la renouveler pour obtenir finalement un de ces mots :

R. — Une passion, une manie.

D. — Que faisiez-vous avec les casquettes, les chapeaux et autres coiffures de petits garçons que vous aviez volés ?

R. — Je les déchirais en petits morceaux, ça me faisait m'amuser, ça me faisait « bander » (*sic*), quelquefois ça me faisait « jouir » (*sic*).

D. — Pourquoi vous attaquiez-vous aux petits garçons ?

R. — Moi j'ai toujours aimé « taper sur les gosses »

de les taper, ça excitait chez moi l'envie d'aller avec. Plus ils résistaient plus cela m'excitait... Je m'acharnais sur eux, comme un chien sur un os..., et plus je m'acharnais, plus cela me donnait de l'agitation dans la verge, plus ça me faisait bander... Je ne pouvais pas aller avec les femmes et les filles. Avec ma hernie, ce n'est pas facile... Quand j'apercevais un gosse qui me plaisait, je tâchais de l'attirer. Le vin, le café me chauffaient (*sic*) et me poussaient à aller avec les gosses ; j'avais alors envie de les étrangler car de les étrangler ça me faisait « jouir. »

Toutes nos investigations, tous nos interrogatoires aboutissent, en résumé, à nous présenter Jourdan comme un être bestial atteint, depuis son enfance, de perversions instinctives graves, parmi lesquelles domine le goût inné de la cruauté. Tout petit, il aimait à torturer les animaux. Adolescent, il s'attaque déjà aux petits garçons vers lesquels il se sent attiré en vertu d'une aversion sexuelle motivée par l'hydrocèle et la hernie, rendant difficile ou impossible le coït normal. Avec les années se développe chez lui une véritable obsession homosexuelle pour « des gosses ». La coiffure des « gosses », leurs casquettes, leurs chapeaux, lui procurent des jouissances de fétichisme sexuel : de manier ces objets, de les déchirer en petits morceaux, de se frotter avec eux la verge, tout cela provoque chez lui des érections. Mais le fétichisme seul ne lui suffit point. Pour mieux jouir, il lui faut saisir le gosse pour l'embrasser et se livrer sur lui à des violences. Ce sadisme commence par des coups de poing et de pied donnés par Jourdan sur la tête de ses victimes. Ces actes cruels, exécutés d'une façon impulsive, le font « jouir » d'autant plus que ses victimes en souffrent davantage... et qu'elles en meurent. Le sadi-fétichisme homosexuel de Jourdan va jusqu'au meurtre, atteignant ainsi l'ultime expression de cette perversion pathologique complexe, à la fois obsédante, impulsive et consciente. Dans le cas de l'enfant Ch..., dernière victime de l'inculpé, cette perversion est allée jusqu'au dépeçage tardif du cadavre, réalisant ainsi un véritable « vampirisme. »

Interné, Jourdan n'a qu'une idée impérative : s'éva-

der pour aller retrouver des « gosses » sur lesquels il pourrait se livrer à son sadi-fétichisme. Comme le constate le D^r Charpentier lui-même, Jourdan a pu s'évader à cinq reprises différentes et cela, comme le dit dans son rapport cet expert, dans le but de satisfaire à tout prix ses instincts pervers. Quand une obsession et une impulsion atteignent ce degré d'irrésistibilité, ce besoin d'aboutir à tout prix, elles ne peuvent être que psychopathologiques et rentrent, dès lors, dans l'ordre des troubles mentaux prévus par l'article 64 du Code Pénal.

Psychopathe constitutionnel, extrêmement dangereux pour l'ordre et la sécurité publics, Jourdan qui s'est déjà évadé à cinq reprises des asiles d'aliénés, doit être interné, cette fois, dans un établissement spécialement consacré à la séquestration des aliénés criminels, et notamment dans la section aménagée à cet effet à l'Asile de Villejuif-Seine.

Paris, le 29 septembre 1921.

Signé : D^r Claude, D^r A. Marie, D^r Roubinovitch.

M. Aug. MARIE. — MM. le P^r Claude et le D^r Colin se souviennent certainement de ce malade, et peuvent donner leur avis sur l'opportunité de réclamer un système de casier asilaire analogue au casier judiciaire afin de repérer plus sûrement ces cas.

M. Henri COLIN. — Je connais très bien le malade auquel fait allusion M. Marie. Il se trouvait dans mon service, à la 3^e section de l'asile de Villejuif. A côté de l'intérêt qu'il présente pour le sujet actuellement en discussion, il offre un exemple typique de l'influence des vices de conformation des organes génitaux et de l'alcoolisme sur les perversions sexuelles, influence que j'ai eu si souvent l'occasion de signaler.

M. le Professeur CLAUDE. — Je confirme les faits rapportés par M. Marie. L'homme que nous avons examiné a pu commettre son dernier crime parce que, après plusieurs séjours dans les asiles, il était en liberté, et il avait pu passer un grand nombre de fois devant les tribunaux, pour des tentatives d'agression à l'égard d'enfants, à qui il dérobaient leurs casquettes. Chaque fois il encourait une légère condamnation et était relâché.

Si le tribunal avait été informé du caractère dangereux de ce sujet on l'aurait fait examiner et on l'aurait réinterné. Aussi me semble-t-il que la meilleure mesure consisterait comme l'a proposé M. Raynaud de constituer en plus du carnet qui resterait au dernier asile, un fichier central pour toute la France qui permettrait de fournir rapidement aux magistrats et aux médecins experts, des indications sur le passé pathologique : ce passé constituant un danger social, il y a intérêt à le faire connaître à toute personne chargée d'assurer la sécurité des personnes.

M. SEMELAIGNE signale que Chambard avait déjà demandé la création d'un carnet médical individuel qui suivrait chaque malade.

M. TOULOUSE demande à M. Dabout quelques explications complémentaires et, en particulier, si le carnet a été *imposé* aux agents et s'ils s'y sont soumis.

M. DABOUT. — Les agents ne voient jamais ce carnet. Il ne leur est jamais communiqué. C'est un document médical permanent que les seuls médecins consultent dans l'intérêt même du malade.

M. VALLON fait préciser comment est établi ce carnet individuel à l'entrée des agents à la Compagnie et demande ce que deviendrait le carnet individuel lors de la sortie du malade d'un asile.

M. TOULOUSE demande si dans un service comme le sien, il faut donner des renseignements sur les malades.

M. VALLON. — Dans un service comme le vôtre, service d'hôpital, vous êtes lié par le secret professionnel.

M. TRUELLE. — Il s'agit ici d'un carnet individuel pour les *aliénés*.

Après intervention de MM. Toulouse et René Charpentier, l'assemblée décide de maintenir la question à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. DABOUT. — Il y a lieu de distinguer entre le rôle du médecin-expert et celui du médecin-chef d'asile, agissant comme médecin traitant. Le médecin-expert doit s'entourer de tous renseignements utiles et en faire état dans son rapport pour éclairer les décisions de justice. C'est son devoir d'aller consulter les dossiers administratifs des aliénés et de se les procurer même par la voie du parquet. Ce n'est pas à mon avis le rôle

du médecin traitant qui doit posséder tous les renseignements dans son service. Aussi n'ai-je envisagé que le point de vue purement médical du carnet individuel. Ce carnet doit renseigner le médecin d'asile, qui reçoit un malade provenant d'un autre asile, il n'a pas à être communiqué au Médecin-expert en raison du secret professionnel. Je le répète: le carnet médical individuel doit être l'agent de liaison entre les différents médecins traitants.

Il faut absolument que les attentats, commis par des aliénés sortis des asiles, cessent. Les quotidiens relatent au moins hebdomadairement un attentat criminel commis par un malade dangereux qui circule librement. Certains journalistes se sont justement émus de ces faits graves trop souvent répétés et si la Presse n'était pas occupée par les questions si importantes de nos relations extérieures et de notre change, elle serait dans la possibilité de s'occuper un peu plus des aliénés et des médecins aliénistes. C'est donc, à mon avis, à nous, médecins, de nous préoccuper de la sécurité du public, en soignant les malades mentaux, et en ne les rendant à la libre circulation qu'une fois guéris. Le médecin, en possession du carnet médical individuel de l'aliéné qu'il a en traitement, renseigné sur les réactions antérieures violentes et dangereuses de son malade, évitera de signer une sortie prématurée et dangereuse pour la sécurité publique.

Je suis du même avis que MM. Vallon, Claude, Toulouse, sur la création d'un fichier central. La création de cet organisme administratif complètera heureusement le carnet médical individuel obligatoire. J'aurais voulu qu'un vote de la société sanctionnât ma proposition de création de carnet médical individuel, mais je me range très volontiers à l'avis du Président et suis heureux de voir continuer, dans la prochaine séance, une discussion plus élargie du sujet même de ma communication.

La séance est levée à 17 h. 30.

Le Secrétaire des séances,
René CHARPENTIER.

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 28 MAI 1923

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'Assemblée générale s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

S'étaient fait excuser : MM. Alaize, Brissot, Charuel, Cullerre, Jacquin, Latapie, Mourgues, Nageotte, Prince, Salin, Sizaret.

Le Président donne la parole au Secrétaire, M. Delmas.

M. DELMAS. — Messieurs, nous avons à déplorer la perte de trois de nos membres : MM. Conso, Boidard et Dericq.

Conso, après avoir été interne des Asiles de la Seine, était devenu le collaborateur de notre collègue Meuriot, à la Maison de Santé de Passy. Il y était resté en fonction plus de 10 ans. En 1911, il succéda au D^r Comar, comme co-directeur avec notre collègue Buvat, de la Maison de Santé de la rue de la Glacière. C'est là que la mort est venue le prendre après une longue maladie, supportée stoïquement. Conso était unanimement apprécié pour sa grande bonté, son affabilité si simple et son robuste bon sens. Les nombreux médecins qui lui confiaient leurs malades, les malades eux-mêmes, tous ceux qui l'approchaient, avaient appris à le connaître et à l'aimer.

Notre collègue Dericq, ancien interne des asiles de la Seine, a dirigé pendant de longues années l'Asile de Bonneval, dans l'Eure-et-Loir. Il avait été mis à la retraite après une longue vie de travail et de dévouement à ses malades ; il n'en a joui qu'un an à peine.

Le D^r Boidard n'avait que 44 ans quand il est mort. Il était médecin à l'Asile de Blois, où il avait pris un service à la démobilisation. Pendant la guerre, il avait fait héroïquement son devoir, et avait été décoré de la Croix de la Légion d'honneur, après avoir obtenu les citations les plus brillantes.



Nous avons le très grand plaisir de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux adhérents : MM. Boutet et Perussel. Vous avez à connaître notre situation financière. Je cède la parole à M. Dupain, trésorier.

✻

M. DUPAIN, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1922.

RECETTES DE L'ANNÉE 1922

En caisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1922	1.054 67
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'Asiles	2.475 »
Cotisations des Membres de l'Association	1.185 »
Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1922	8.073 05
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	7.234 93
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier..	24 75
Intérêts sur Bons de la Défense	67 25
	<hr/>
	20.614 65
	<hr/> <hr/>

DÉPENSES DE L'ANNÉE 1922

Secours distribués	9.100 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	154 40
Frais de garde et autres au Crédit Foncier.....	72 10
	<hr/>
	9.326 50
	<hr/> <hr/>
Recettes	20.614 65
Dépenses	9.336 50
	<hr/>
Excédent de recettes	11.288 15
Cet excédent de recettes est représenté par :	
1° l'Encaisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1923	310 27
2° le Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1923	10.977 88
	<hr/>
	11.288 15
	<hr/> <hr/>

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Le solde créditeur de 10.977,88 au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier résulte des opérations en recettes et en dépenses effectuées au Crédit Foncier en 1922.

Recettes

Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1922	8.073 05
Revenus des rentes et titres	7.234 93
Intérêts des fonds en dépôt	24 75
Intérêts sur Bons de la Défense	67 25
	<hr/>
	15.399 98

Dépenses

Chèques	4.350 »
Frais de garde et autres	72 10
	<hr/>
	4.422 10
Recettes	15.399 98
Dépenses	4.422 10
	<hr/>
Différence	10.977 88

Cette différence 10.977 fr. 88 cent. représente le solde créditeur au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier au 1^{er} janvier 1923.

DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

Recettes

Encaisse en deniers au 1 ^{er} janvier 1922	1.054 67
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'Asiles	2.475 »
Cotisations des Membres de l'Association	1.185 »
Retraits du Compte courant du Crédit Foncier (chèques)	4.350 »
	<hr/>
	9.564 67

Dépenses

Secours distribués	9.100 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	154 40
	<hr/>
	9.254 40

Recettes	9.564 67
Dépenses	9.254 40
Excédent de recettes	<u>310 27</u>

Cet excédent de recette, 310 fr. 27, représente la situation de l'encaisse en deniers du Trésorier au 1^{er} janvier 1923.

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 31 DÉCEMBRE 1922

Encaisse en deniers du Trésorier	310 27
Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier	10.977 88
4.660 fr. de rente française 3 0/0.	
340 fr. de rente française 5 0/0 amortissable 1920.	
360 fr. de rente française 6 0/0 1920.	
20 obligations Ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.	
48 obligations Ch. de mer Midi anciennes 3 0/0.	
38 obligations Ch. de fer P. L. M. anciennes 3 0/0.	
34 obligations Ch. de fer P. L. M. fusion nouvelle 3 0/0.	

BUDGET DE 1923

Prévisions de recettes :	
Cotisations	2.000 »
Souscriptions d'Asiles	1.500 »
Subvention du Département de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	7.000 »
	<u>11.000 »</u>
Prévisions de dépenses :	
Secours à distribuer	10.000 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	500 »
Frais relatifs au Legs A. Ritti	500 »
	<u>11.000 »</u>
Prévisions des recettes	11.000 »
Prévisions des dépenses	11.000 »

Balance

A la suite de l'Assemblée Générale le Conseil se réunit conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.
Vice-Président, M. SEMELAIGNE.
Secrétaire, M. DELMAS.
Trésorier, M. DUPAIN.



LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Charon, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Lalanne (G.), Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne (René), Vallon, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély, Adam (Aloïse), Adam (F.), Alaize, Albès, Ameline, Allamagny, Anglade, Archambault (Paul), Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin Bécue, Bellat, Belletrud, Benon, Bertoye, Bessière, Bessière (R.), Billet, Boiteux, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bourilhet, Boutet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus (Paul), Capgras, Carrier (H.), Castin, Charpenel, Charpentier (René), Charpentier (Joseph), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Choceaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin, Collet, Collin (A.), Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas, Demay, Depoux, Desruelles, Deswarte, Devaux, Devay, Dodero, Dubois, Dubourdiou, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dujuin, Dupouy.

Eissen, Euzières.

Fassou, Fenayrou, Frankhauser, Frey.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guiard, Guyot (Aug.).

Halberstädt, Hamel (Jacques), Hamel (Maurice), Haury, Hesnard, Heuyer.

Jacquin, Janet, Journiac.

Kahn (Pierre).

Lachaux, Lafage, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Larrivé, Latapie, Latreille, Lautier, Legrain, Lépine (Jean), Leroy, Lerat, Levet, Livet, Logre, Loup, Lévy-Valensi, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie, Maupaté, Meilhon, Mercier, Mézie, Mignard, Mignot, Monestier, Mourgues.

Nageotte, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pain, Paris, Pasturel, Péliissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pichenot, Pochon, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Raffegaue, Ramadier, Raviart, Raynier, R. d'Allonnes, Renaux, Riche (André), Ricoux, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Sollier, Suttel.

Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védie (Henri), Vernet, Viel, Vieux, Vignaud, Vinchon, Viollet, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membres fondateurs	21
Membres sociétaires	204
	<hr/>
TOTAL	225

CONGRÈS

Soixante-cinquième réunion de la Société Suisse de Psychiatrie

(Compte rendu par le D^r Bernard FREY)

Les 17 et 18 novembre dernier, s'est tenu, à Berne, une session de la Société suisse de psychiatrie, à laquelle nous avons eu la bonne fortune de pouvoir assister. La psychanalyse avait les honneurs de l'affiche et deux questions concernant la Science nouvelle étaient seules à l'ordre du jour : « Psychanalyse et psychiatrie » et « De l'application des méthodes psychanalytiques à la psychiatrie. »

Au début de la première séance le Président, M. Repond, déclare qu'il s'agit au cours de cette réunion d'établir le bilan de la psychanalyse. Celle-ci est reconnue dans ses principes. Il s'agit d'examiner ce qu'elle vaut au point de vue pratique.

Le Docteur Christoffel, chargé du premier rapport, avait intitulé son travail : « De l'importance pratique de la psychanalyse pour la médecine et spécialement la psychiatrie ». L'auteur considère que la méthode psychanalytique a conquis une place définitive dans la science médicale. Les causes de l'hostilité, dont elle est encore environnée ne peuvent résider que dans l'esprit de routine des uns, dans les idées philosophiques préconçues des autres. Examinant ensuite d'une façon très objective la valeur thérapeutique et diagnostique de la psychanalyse, l'auteur exprime le vœu que l'enseignement de cette méthode soit désormais rattaché à l'enseignement psychologique à donner aux médecins.

Le D^r Flournoy, de Genève, parle de quelques difficultés d'application de la psychanalyse. Pour lui, ces difficultés résident surtout dans la longue durée du traitement.

Après une communication du D^r de Montet de Vevey intitulée : « Psychologie générale et psychanalyse », M. Ber-

sot de Burghölzli expose le résultat de ses recherches sur les temps de réactions dans la méthode des associations provoquées, méthode utilisée couramment dans la recherche des complexes. L'auteur nous montre, à l'aide de nombreux schémas que cette méthode n'est pas encore au point. Si la psychanalyse veut prendre rang parmi les sciences, il faut qu'elle devienne objective.

Dans une communication intitulée: « Le médecin comme facteur thérapeutique dans la psychanalyse » M. Maeder s'élève contre une conception trop intellectualiste de la médecine. D'après lui, le médecin n'est pas avant tout un technicien, mais un artiste. L'homme exerce l'art de guérir. Le technicien n'est qu'un auxiliaire. L'auteur développe ce thème d'une façon fort originale.

Des adversaires très résolus de la méthode psychanalytique prennent alors la parole. Ce sont M. Strasser, de Zurich et Mme Vera Strasser. M. Strasser prononce un réquisitoire des plus violents contre les théories de Freud, dont il conteste le principe. D'après lui, la psychanalyse, avec ses conceptions d'un inconscient exerçant une influence considérable sur le psychisme de l'individu, du refoulement, du pansexualisme, de l'activité efficiente des complexes, etc..., est une doctrine erronée reposant sur une conception radicalement fautive des fonctions psychiques. Cette doctrine se distingue par un enchaînement d'interprétations plus ou moins spirituelles et subtiles auxquelles on peut croire ou ne pas croire. Son utilisation pour le diagnostic et la thérapeutique des psychoses et des psychonévroses est très dangereuse pour toutes sortes de raisons. Si les suppositions des psychanalystes reposaient sur la moindre parcelle de vérité, on ne pourrait naturellement pas faire autrement que de se résigner et d'obvier dans la mesure du possible à leurs dangereuses conséquences. Mais le devoir du médecin ne consiste pas à faire naître artificiellement des dangers. La psychanalyse étant une erreur, la question de son enseignement et de diffusion ne se pose naturellement pas. C'est le devoir de la psychologie médicale d'attirer l'attention sur ses dangers.



Dans la deuxième séance, il devait être question « de l'application des méthodes psychanalytiques à la psychiatrie clinique ». Mais nul n'avait accepté de présenter un rapport. Nous devons à notre grand regret renoncer à en-

tendre un exposé de la question dans le genre de celui présenté la veille par M. Christoffel. L'assemblée écoute avec beaucoup d'intérêt un rapport spécial très complet de M. de Muralt sur « la conception psychanalytique dans la schizophrénie » ; puis un travail de M. Tramer intitulé : « Casuistique sur les rapports psychodynamiques entre la psychanalyse et la schizophrénie » ; enfin, une communication de M. Kielholz sur l'acoolisme et la psychanalyse.

**

Ce qui nous a beaucoup frappé c'est le degré de vulgarisation qu'ont atteint, en Suisse, les méthodes psychanalytiques. Beaucoup de nos confrères suisses sont installés dans les grandes villes, à Zurich, à Bâle, à Genève, comme neurologistes et y pratiquent couramment la psychanalyse. Quelques-uns d'entre eux, avant d'analyser les autres se sont eux-mêmes soumis à l'analyse des grands maîtres, Freud, Jung, etc... C'est à croire que bientôt les populations des villes helvétiques se diviseront en deux catégories : les analysés et les analysants.

Nous nous sommes demandés comment une méthode de thérapeutique appliquée depuis un certain nombre d'années sur une si vaste échelle pouvait encore soulever des objections de principe dans le genre de celles qui furent posées par M. Strasser. Si la doctrine psychanalytique est une erreur, les résultats satisfaisants constatés à la suite de son application sont dus à des causes qui lui sont étrangères. Les nombreux médecins qui l'appliquent journellement, depuis plusieurs années, seraient donc journellement les victimes d'une immense suggestion à laquelle auraient, seuls, échappé quelques êtres quasi surhumains tels que M. et Mme Vera Strasser.

Si, au contraire, la doctrine psychanalytique repose sur des bases rationnelles les succès complets ou partiels consécutifs à son application, lui sont réellement dus, et M. et Mme Strasser seraient les victimes d'un scepticisme exagéré.

Quoi qu'il en soit, un fait est certain, c'est que, contrairement à notre première impression, le principe de la méthode psychanalytique n'est pas encore universellement admis, même en Suisse. Or, nous pensons que, malgré tout, il serait bon et utile d'essayer de résoudre ce problème. Nous comprenons parfaitement que des psychanalystes éprouvés trouvent fastidieux de consacrer un temps

précieux à l'éducation et à la conversion d'élèves hésitants ou de négateurs récalcitrants.

Il nous semble cependant que la psychanalyse ne pourra que bénéficier des efforts faits par ses partisans pour confondre leurs adversaires ; et nous croyons qu'il est parfaitement possible d'aborder la question de principe en évitant de s'égarer dans la psychologie théorique. Comme nous l'avons vu plus haut, le conflit entre les psychanalystes et leurs adversaires pourrait être ramené à la question suivante : « Les guérisons ou les améliorations constatées à la suite d'un traitement psychanalytique sont-elles dues à ce traitement ou à des causes qui lui sont étrangères. » On ne s'entend pas sur « l'étiologie des succès thérapeutiques » (si l'on veut bien nous permettre cette expression).

Pourquoi n'organiserait-on pas des réunions où les psychanalystes viendraient présenter leurs cas les mieux établis. On y discuterait certainement avec profit « l'étiologie des succès » et on arriverait peut-être à convaincre les sceptiques de l'existence des complexes, de leur influence sur le psychisme, de l'efficacité thérapeutique du transfert, etc....

Nous souhaitons vivement qu'il nous soit permis d'assister un jour à une réunion de ce genre.

Il nous reste maintenant à remercier bien chaleureusement nos confrères suisses de leur si bonne hospitalité. Au cours du banquet qui a réuni les congressistes à l'hôtel Schweizerhof, le Président, M. Repond et le Professeur Bleuler ont bien voulu nous adresser, en tant que représentant, bien modeste, de la psychiatrie française, les paroles les plus aimables. Nous engageons vivement nos collègues de France à suivre la prochaine fois notre exemple, et nous pouvons leur assurer qu'ils ne regretteront pas d'avoir accepté l'invitation de la Société Suisse de Psychiatrie.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PHILOSOPHIE

L. DUGAS, *Le Philosophe Théodule Ribot*. Un volume in-16 de la *Collection des Grands Hommes de France*, 5 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Dugas raconte la vie de Ribot, fait sortir de l'ombre sa personnalité discrète, fine et nuancée, dont les traits saillants sont la netteté, la fermeté et la discipline de la pensée, le besoin de voir dans ses idées et de les approfondir, de les pousser jusqu'au bout, le souci de prendre loyalement parti sur chaque question et de laisser toutes les questions ouvertes — dont les traits moins apparents, mais plus profonds sont la sensibilité esthétique et la largeur de vues philosophiques.

Les œuvres se classent d'elles-mêmes en groupes naturels d'après leur ordre d'apparition (ouvrages historiques : Psychologie anglaise, allemande, contemporaine — Monographies de la mémoire, de la volonté, de l'attention, etc. — Série d'ouvrages consacrés à la psychologie affective). Elles sont riches de contenu, pleines de vues neuves, originales ; elles touchent à tous les points de la psychologie ; le plan en est simple, nettement tracé ; elles s'ordonnent et forment un système ; le point de vue y va s'élargissant et se précisant ; l'empirisme, le goût des faits, la curiosité en tous sens s'allient à l'esprit philosophique, trouvent leur emploi et viennent à leur place dans des constructions régulières et systématiques.

L'œuvre de Ribot est intimement liée au mouvement philosophique de son temps, qu'elle suit attentivement, qu'en partie elle dirige, qu'elle résume, tamise et éclaire.

Ce volume fait partie de la *Collection des Grands Hommes de France* où ont déjà paru : *Gambetta*, par Paul Matter, *Descartes*, par Louis de Launay, *Watteau*, par Gabriel Séailles, *Pierre Curie*, par Mme Curie.

PSYCHIATRIE

Sur la guérison tardive des maladies mentales, par le D^r Eugène BRAVETTA, médecin-chef de l'Asile provincial de Milan (Extrait des *Annales de Psychiatrie de l'Asile Royal d'Aliénés de Turin*, vol. XXI, fascicule 4, année 1911, brochure de 52 pages).

Cette question, à l'ordre du jour de l'un des prochains Congrès, revient d'actualité.

Le devoir le plus difficile de l'aliéniste est d'établir le pronostic. Dans ce sens, la psychiatrie ne s'est guère enrichie ; elle a cependant fait quelques progrès depuis que l'on étudie davantage l'évolution des maladies mentales, mais nos connaissances sont encore bien déficitaires en ce qui concerne l'état terminal des psychoses, spécialement de celles de longue durée. Le critérium clinique des entités nosologiques est insuffisant ; les données anatomiques et physiologiques se réduisent à peu, car le mécanisme de la pensée est inconnu. Il faut donc procéder avec beaucoup de prudence et de circonspection, et maintenir son jugement-pronostic dans de larges limites pour ne pas s'exposer à des surprises. On voit des malades dont le pronostic paraît favorable tomber dans la démence ; par contre, d'autres, considérés comme incurables, se rétablissent contre toute attente avec les seules forces médicatrices de la nature. Même lorsqu'une psychose dure depuis longtemps et semble passer à la démence, on ne doit pas désespérer de la guérison, car cette dernière peut se présenter chez des malades considérés comme absolument incurables.

Le D^r Bravetta passe ensuite en revue une nombreuse littérature. Certains cas peuvent être critiqués, mais il en est d'indiscutables qui laissent perplexes celui qui juge sans parti pris.

Il admet comme critérium de la guérison d'une psychose : 1° la disparition des symptômes ; 2° la conscience de l'état morbide passé ; 3° la confirmation de la catamnèse.

Dans les archives de l'Asile d'aliénés de Milan, pendant une période de 30 ans, de 1878 à 1908, il a recherché les malades qui ont guéri tardivement. Après avoir éliminé environ 200 cas qui sortirent améliorés ou guéris à la suite d'une longue période de traitement, il n'a retenu que 11 cas de guérisons complètes et durables, conformes à la clinique et à la catamnèse ; guérisons véritablement scientifiques et non pas uniquement sociales. Il s'agit de 4 hommes et de 7 femmes, parmi lesquels 4 cas étaient des psy-

choses maniaques-dépressives dues à une intoxication pellagreuse, et 7 autres des psychoses maniaques-dépressives selon la formule de Kraepelin.

La guérison est survenue après 5 ans, dans 4 cas, après 6 ans, dans 3 cas, après 7 ans dans 1 cas, après 8 ans dans 1 cas, après 14 ans dans 1 cas, après 24 ans dans 1 cas. Six fois l'hérédité psychopathique était positive ; dans les 5 autres cas, elle était négative.

En résumé, la durée d'une maladie mentale est beaucoup plus longue que celle d'une maladie interne. Les guérisons se produisent plus généralement après une durée de 2 mois à 2 ans ; au delà de 2 ans, les guérisons sont assez rares ; plus rares encore après 3 ans ; très rares après 4 ans ; exceptionnelles ou merveilleuses après 5 ans, 10 et plus.

Ce travail, très documenté, comporte 74 importantes références bibliographiques de différents pays parmi lesquels les auteurs français occupent une place honorable (Azémar, Blanche, Chatelain, Esquirol, Giraud, Goldsmith, Labruyère, Lays, Maraudon de Montyel, Paris, Rousseau, Sizaret, Thore, Voisin). Il porte en exergue cette phrase de Chatelain: « Il faut se garder d'oublier dans les asiles, les aliénés même les plus incurables en apparence, de les condamner, en quelque sorte, à l'internement perpétuel. »

A. PRINCE.

Le Syndrome hétéphréno-catatonique dans l'Encéphalite Epidémique, par le Dr G. PADEANO, Thèse de Paris, 1923, 201 p., Ollier-Henry, éditeur.

Le Dr G. Padeano a consacré une importante thèse de plus de 200 pages à l'étude du syndrome hétéphréno-catatonique dans l'Encéphalite épidémique et à ses rapports avec la Démence précoce. Ce travail, très consciencieux, personnel et impartial, est divisé en 3 parties. Dans la première on trouve rapportées *in extenso* toutes les observations publiées et quelques-unes inédites d'E. E. avec syndrome hétéphréno-catatonique. Ces 14 observations constituent à elles seules une précieuse documentation. La seconde partie contient un parallèle entre l'aspect clinique du syndrome hétéphréno-catatonique et de la D. P. Il est résumé en un tableau synoptique très clair et très complet (page 126). On y trouvera mis en relief la somnolence, les troubles oculo-moteurs, les altérations du liquide céphalo-rachidien spéciaux à l'E. E. ainsi que la curabilité habituelle. Dans l'ensemble cependant on est frappé du nombre

de symptômes physiques ou mentaux communs. La comparaison entre les lésions histologiques des deux affections était plus délicate. M. Padeano a eu bien raison de ne pas se borner à établir un contraste facile entre la périvasculite de l'Encéphalite aiguë et l'atteinte exclusivement neuro-épithéliale de la D. P. Claude et Schaeffer, I. Bertrand et Mlle Lévy ont montré que l'Encéphalite prolongée est souvent exempte de réaction lymphocytaire ou plasmatique périvasculaire. Inversement, on peut observer dans des D. P. anciennes des plages de désintégration et des altérations dans la paroi des vaisseaux.

Dans la troisième partie, l'auteur expose les arguments en faveur du passage possible à l'état de chronicité de l'hébéphrénocatatonie encéphalitique. Les observations typiques de syndromes démentiels encéphalitiques sont encore rares et discutables, mais, à voir la ténacité des syndromes parkinsoniens et bradyphréniques, il est bien probable que les catatonies chroniques ne doivent pas être exceptionnelles. Les formes de transition entre ces deux états sont du reste fréquentes.

Ces considérations conduisent naturellement M. Padeano à poser le problème des rapports de la D. P. et de l'E. E. D'abord, en pratique, il faut toujours penser à la possibilité d'E. E. chez un malade présentant un syndrome hébéphrénocatatonique et rechercher soigneusement les antécédents. Mais, de plus, d'après l'auteur, ce que nous avons appelé jusqu'ici Démence précoce ne doit plus être « considéré comme une entité morbide, mais au contraire comme un état reconnaissant les causes les plus diverses » (syphilis, tuberculose, virus encéphalitique, intoxication puerpérale, etc...). Quand ces agents pathogènes provoquent des lésions à prédominance vasculo-conjonctive, ils réalisent une psychose toxi-infectieuse. Quand, atténués, ou après extinction de la période inflammatoire, ils déterminent des lésions à prédominance neuro-épithéliale, on a affaire à la D. P. proprement dite.

L'auteur ne nie cependant pas le rôle classique de l'hérédité dans la D. P. ; il admet, de plus, comme nous l'avons soutenu avec Dide, qu'il s'agit d'une hérédité spéciale, caractérisée par « la fragilité toute particulière de certaines régions du cerveau ». L'analyse de ses observations d'E. E. à forme hébéphrénocatatonique, la revue générale des recherches anatomo-pathologiques françaises et étrangères (en particulier celles de Buscaino sur les lésions expérimentales des cellules des ganglions de la base et du

mésencéphale par l'histamine) le conduisent à soutenir comme nous que le syndrome catatonique, quelle qu'en soit la cause, résulte de l'atteinte des régions sous-optique et opto-striée.

P. GUIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 18 Février 1924

Présidence de M. le D^r DUPAIN

Actes complexes et coordonnés accomplis au cours de crises épileptiques d'automatisme cérébral, par MM. TOULOUSE, MARCHAND et LITVAK. — Une femme âgée de 38 ans, atteinte d'épilepsie depuis l'âge de 33 ans, présente, outre des crises épileptiques convulsives, des accès d'automatisme cérébral pouvant durer un quart d'heure et plus, au cours desquels elle accomplit des actes compliqués, coordonnés, ne différant pas objectivement de ceux exécutés pendant l'état normal. Pendant les crises, la parole est rare, monosyllabique, mais les réponses sont justes. Amnésie complète portant sur toute la période de l'accès d'automatisme.

Un cas de diagnostic délicat d'épilepsie, par M. DESPORT (Service de M. Pactet). (Présentation de malade). — Le malade présenté paraît intéressant en ce sens qu'il est un exemple de la difficulté qu'on peut éprouver, dans certains cas, à préciser un diagnostic et par suite à prendre une décision suffisamment avertie au sujet de la sortie.

Entré à l'Asile de Villejuif le 16 juillet 1923 à l'occasion d'une crise délirante hallucinatoire, il ne présentait plus alors qu'un certain degré d'obtusion intellectuelle. Il pouvait sortir guéri de l'Asile après un séjour de huit semaines. Le 2 octobre il revenait à l'Asile dans les mêmes circonstances que la première fois ; le rétablissement fut encore rapide. En l'absence de renseignements, il était permis de se demander si l'alcool n'était pas à l'origine de la perturbation mentale.

Le 24 novembre, le malade est pris brusquement d'excitation au cours de laquelle il se livre à des actes automatiques et, en l'espace de deux mois, les mêmes incidents se

renouvelèrent à 6 reprises différentes. Le caractère de ces nouvelles manifestations : le début brusque, l'accomplissement d'actes automatiques, l'obtusion intellectuelle les accompagnant, la cessation brusque des accidents, firent considérer ce malade comme épileptique, les manifestations comitiales relevant de ces actes décrits par Falret sous le nom de grand mal et de petit mal intellectuel. D'après les renseignements recueillis auprès de sa mère, le malade avait présenté chez lui quelques accès d'agitation, identiques à ceux qui furent observés à l'Asile. Jamais il n'eut d'accès convulsifs, jamais il n'urina au lit ; il n'a pas de cicatrice de morsure à la langue.

La décision relative à la sortie sera évidemment différente de celle qui pourrait être prise à l'égard d'un cas d'alcoolisme subaigu amélioré.

Syndrome paralytique sans réactions humorales (Présentation de malade). — Malade placé volontairement à l'Asile pour affaiblissement psychique très accusé, troubles physiques tels que : grande paresse des réflexes pupillaires à la lumière, dysarthrie, etc., et réaction de B.-Wassermann négative dans le sang et dans le liquide C.-R.

Dans le service, on observe un affaiblissement intellectuel global, les signes physiques précédemment énumérés et, de nouveau, l'absence de la réaction de B. W. dans le sang et dans le liquide C. R. De plus, on ne note que 0 g. 22 d'albumine, 5 lymphocytes par mm³ et la réaction de Guillain négative.

La maladie a débuté par une grande fatigue en juillet 1922 ; le malade se plaignait aussi de céphalée. Il n'eut jamais d'ictus. Rétention d'urine en 1921.

Les troubles démentiels et physiques observés, l'absence de réactions humorales nous autorisent à porter le diagnostic de syndromes paralytiques, sans réactions humorales.

Un cas de diagnostic délicat d'épilepsie, par Mlle SERIN (Service de M. Henri Colin) (Présentation de malade). — Mme L..., 57 ans, domestique, divorcée. Admise pour : « Dépression psychique, idées mystiques, tentative d'empoisonnement. » Se montre à l'entrée confuse, sans idée délirante. Le surlendemain éclate un accès hallucinatoire à teinte mystique, accompagné d'agitation violente, qui cesse brusquement huit jours après. La malade devenue tout à fait normale, ne conserve aucun souvenir de cet accès.

Elle ne présente pas de trouble du caractère.

Renseignements pris, Mme L... a depuis l'âge de douze

ans des crises épileptiques absolument typiques, se reproduisant tous les mois et dont elle ne garde aucun souvenir. En avril 1923, la crise habituelle a été remplacée par un court accès hallucinatoire, également amnésique. Le début des troubles actuels est survenu trois semaines environ avant l'internement, à la suite d'un pèlerinage à Lourdes qui avait vivement impressionné la malade. L'hérédité de cette femme est chargée.

Depuis l'entrée, elle a eu sous nos yeux un vertige très net, avec morsure de la langue, perte des urines, dont elle n'a pas non plus conservé le souvenir.

Syndrome paralytique sans réactions humorales, par Mlle SERIN (Service de M. Henri Colin (Présentation de malade). — Madame P., marchande, mariée, 47 ans. Deux fausses couches. Syphilis ancienne traitée.

Depuis deux ans, cette malade présente un affaiblissement intellectuel progressif, vole de l'argent à son mari, le perd. Elle devient malpropre. Entrée à Ste-Anne, elle se montre apathique, puérile, mais ne présente pas de gros troubles de la mémoire. Elle est gâteuse. Ses troubles neurologiques sont ceux d'une paralytique générale. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre un Guillain faiblement positif, pas de lymphocytose, pas d'hyperalbuminose.

Reprise par son mari, elle revient deux mois après. Elle avait pu, dans cet intervalle, l'aider dans son métier de marchand de volailles. Mais celui-ci ayant été frappé d'hémiplégie, elle devenait incapable de vivre seule au dehors.

Son état est stationnaire.

Il faut penser à une syphilis cérébrale ou à une paralysie générale.

Trois cas de délire raisonnant d'invention (Présentation de documents). — M. Hoven (Asile de Mons, Belgique), communique les observations de deux malades inventeurs.

Il s'agit de ces malades observés si fréquemment au cours de la guerre. L'un décrit, avec dessins à l'appui, une machine blindée pour attaques, des appareils de défense contre les avions, un harnachement spécial permettant aux chevaux de défoncer les fils de fer barbelés, l'autre un changement de vitesse automatique s'appliquant aux hélices d'avion.

A cette occasion, M. le D^r Auguste Marie présente des documents et des dessins analogues.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Nominations. — M. Raoul Strauss, préfet en disponibilité, directeur du cabinet du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, nommé directeur administratif de l'asile public d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. Ténot, décédé, n'ayant pas accepté le poste, M. Gustave Rivet ancien Sénateur est nommé à sa place.

Distinctions Honorifiques. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'Honneur : M. le D^r Raymond Mallet, membre de la Société médico-psychologique ; M. le D^r Olivier (de Dinan), médecin-chef de l'asile privé de Lehon. Toutes nos félicitations à nos collègues et en particulier à notre ami et collaborateur le D^r Mallet.

ASILE D'ALIÉNÉS DE DURY

AMIENS, 11 mars. — Le tribunal correctionnel vient de juger les regrettables incidents de l'asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens. Dans son jugement, rendu cet après-midi, le tribunal déclare que l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, la mort de l'ingénieur de Witasse a des causes inconnues, malgré la présence inexplicable du mouchoir enfoncé dans la gorge de la victime.

Le surveillant de nuit Pruche, poursuivi pour homicide par imprudence, est acquitté. Mais les infirmiers Barnabès et Cloué, inculpés de violences exercées sur des malades, sont reconnus coupables. Barnabès, qui fait défaut et est, en outre, inculpé d'outrages aux mœurs, est condamné à treize mois de prison et 50 francs d'amende ; la dame Bourdet-Ledur, surveillante, inculpée de sévices pour avoir enfermé des démentes nues dans des cellules non capitonnées, est acquittée, le tribunal ne jugeant pas que ce fait soit une violence.

Le docteur Charon, directeur de l'asile, n'est pas reconnu civilement responsable. (*Journal*).

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le concours pour sept places de médecin-chef des asiles publics d'aliénés vient d'avoir lieu sous la présidence de M. le D^r DEQUIDT, Inspecteur général des services administratifs. Le jury comprenait comme membres titulaires, MM. les Docteurs LALANNE, VERNET, CORNU, DADAY, DESRUELLES, DEMAY, comme membres suppléants, MM. les D^{rs} TOULOUSE et MIGNOT.

Le concours a été particulièrement brillant et s'est terminé le 25 mars par la nomination de MM. les Docteurs LAUZIER, MERLAND, REBOUL-LACHAUX, ABÉLY, TARGOWLA, SCHUTZENBERGER, FREY.

COMMISSION DE SURVEILLANCE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

AFFAIRES D'ADMINISTRATION DE BIENS

A la séance du 17 novembre 1923, une discussion intéressante s'est engagée au sujet de la procédure à suivre en cas de poursuites judiciaires contre un aliéné. Des faits analogues pouvant se reproduire, nous pensons que les lecteurs des *Annales* ont intérêt à connaître cette discussion.

AFFAIRE MOS... — OPPOSITION A UNE ACTION EN FOLLE ENCHÈRE

M. CULAUD, administrateur provisoire des Biens des aliénés. — J'ai à soumettre à la Commission une affaire assez délicate. Il s'agit d'une malade contre laquelle est intentée une action en folle enchère. Bien que l'instruction ne soit pas tout à fait terminée et que quelques points aient besoin d'être précisés, j'ai voulu, en raison de l'urgence, tenir la Commission au courant de l'affaire et lui demander un premier avis sur la suite à lui donner.

Une malade, Mlle Mos..., est entrée à l'Asile le 29 juin dernier. Quelque temps après son internement, j'ai su qu'elle s'était rendue acquéreur, par voie d'adjudication, le 25 février précédent, d'une maison située à Asnières, moyennant le prix principal de 30.100 francs. Les frais se sont élevés à 5.704 fr. 42. Mlle Mos. n'ayant pu verser qu'un acompte de 6.094 fr. 10, et la revente de l'immeuble ne pouvant avoir lieu depuis son internement, j'ai examiné avec mes Conseils quelle attitude il convenait d'adopter pour sauvegarder ses intérêts.

Si des parents de la malade demandaient interdiction, par application de l'article 503 du Code civil, l'adjudica-

tion pourrait être annulée, mais il faut prévoir un délai d'un an environ pour obtenir la nomination du tuteur, et pendant ce long délai, qu'il paraît très difficile d'abrégé, en raison de multiples formalités, les poursuites exercées contre la malade produiront leur effet.

En admettant que l'interdiction ne puisse être demandée, on peut estimer, étant donnée la précision du certificat du médecin traitant, que la nullité de l'adjudication aurait quelque chance d'être obtenue par voie principale. En effet, les ayants cause d'un aliéné peuvent demander pour cause de démence la nullité des actes qu'il a passés en prouvant qu'il était, au moment de la passation de ces actes, privé de l'usage de ses facultés intellectuelles.

Il semble donc, d'après les consultations que j'ai prises, que je puisse demander par voie principale la nullité de l'adjudication, afin d'éviter que les quelques économies de la malade ne soient englouties dans la procédure de folle enchère. L'annulation donnerait déjà le résultat important de lui faire restituer les droits d'enregistrement qu'elle a versés pour l'acte de vente et qui dépassent 3.000 francs.

M. THOREL estime que le résultat de cette procédure serait tout à fait incertain. La demande d'annulation d'un acte passé devant notaire doit être justifiée par des raisons tout à fait exceptionnelles. Dans le cas présent, quels motifs pourraient être invoqués ?

M. CULAUD. — Il y a d'abord le fait pour la malade d'avoir acheté un immeuble qu'elle ne pouvait payer, puis, invitée à verser le prix d'achat, de s'être constamment refusée à signer un nouvel acte de vente qui avait été préparé par le même notaire, M^e Gauvain, pour la revente de la maison dans des conditions très acceptables. Cette attitude, qui lui a valu de conserver à sa charge les frais d'enregistrement et les frais de l'adjudication, s'élevant ensemble à 5.704 fr. 42, témoigne évidemment d'un réel déséquilibre.

Il y a enfin les certificats de situation délivrés par les deux médecins traitants depuis l'internement, qui contiennent des déclarations catégoriques sur l'état mental de la malade. Le premier certificat, en date de 17 août, conclut : « Il est tout à fait vraisemblable de rapporter sa dernière acquisition à l'état pathologique, qui paraît être un état chronique devant entraîner un long internement. »

M. THOREL craint que ces raisons ne soient pas considérées par le Tribunal comme suffisantes, la procédure d'annulation sera longue et coûteuse. Elle donnera lieu à

une enquête, peut-être à une expertise médicale : il faut s'attendre à aller en appel... Un délai de quatre à cinq ans est à prévoir. A cette procédure incertaine, longue et onéreuse, M. THOREL préférerait la voie de l'interdiction : le tuteur désigné demanderait l'autorisation de remettre l'immeuble en vente.

M. L'ADMINISTRATEUR craint que le vendeur ne poursuive pendant ce temps sa procédure de folle enchère.

M. THOREL espère que le Tribunal accordera des délais. La loi veut que l'on accorde terme et délais au débiteur malheureux et de bonne foi. Le Tribunal ne pourra que favoriser une opération de sauvetage, à laquelle le vendeur lui-même aura intérêt à s'associer.

M. HENRI MICHEL signale qu'il est parfois difficile d'obtenir la réunion d'un Conseil de famille et, par suite, l'interdiction. Dans le cas présent, il n'est pas certain que la famille de la malade veuille prendre l'initiative de cette mesure ; et il n'est rien moins qu'assuré que le Procureur de la République consente à se substituer à elle. De toute façon, la procédure de l'interdiction exige le plus souvent des délais de dix-huit mois à deux ans.

M. THOREL estime qu'en faisant diligence, ce délai peut être réduit à six mois.

Dans ces conditions, la Commission émet l'avis qu'il y a lieu de poursuivre l'interdiction de Mme Mos... en vue de la remise en vente de l'immeuble.

ERRATUM

Le compte rendu de la séance de la Société Médico-Psychologique du 23 décembre 1923, paru dans les *Annales Médico-Psychologiques*, n° de janvier 1924, me fait dire, dans ma réplique à la Communication de M. Revault d'Allonne (Psychose Verbo-Motrice, etc.), page 87, lignes 33, 34 et 35 : « M. Revault d'Allonne a été lui-même, au début de 1922 (*sic*), pendant quatre mois, un assidu de ma visite, et il connaît autant que personne mes conceptions ».

J'ai dit en séance : « .. au début de 1923 » (dix-neuf cent vingt-trois). J'aurais pu dire pour plus de précision : « .. fin 1922 et début de 1923 ».

D^r de CLÉRAMBAULT.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 28.994

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

Chronique

Les Aliénés devant la Loi

En 1914, la Société Médico-psychologique était priée par le sous-Secrétaire d'Etat du Ministère de l'Intérieur, M. Raoul Péret, de donner son avis sur la portée et les conséquences de la « substitution dans le texte du projet Strauss portant révision de la loi de 1838, à l'expression de « malades aliénés » de celle de « malades atteints d'affections mentales », dont il conviendrait en tout cas, de préciser la signification pratique ».

Une Commission fut nommée et le 8 mars 1914, M. René Charpentier, rapporteur, proposait la réponse suivante dont nous reproduisons la première partie, ainsi que la discussion dont elle fut l'objet.

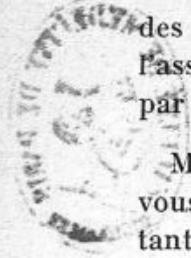
M. René CHARPENTIER. — « L'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même, à l'article



premier de la proposition de loi sur le régime des aliénés dans les termes suivants :

« Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile.

« Cette définition nous paraît bonne. A ces malades pourraient s'appliquer, en même temps que l'assistance obligatoire, les formalités proposées par le rédacteur du projet de loi. »



M. Gilbert BALLEET. — J'accepte la définition que vous donnez de l'aliénation mentale, tout en émettant le regret que cette définition implique que nous mettons dans le même groupe les malades dangereux pour la société et ceux *qui ne sont dangereux que pour eux-mêmes*. Je répète qu'il me paraît inutile et nuisible d'appliquer des mesures judiciaires à certains malades tels que *le mélancolique qui est simplement dangereux pour lui-même*.

M. PACTET. — L'observation clinique nous montre cependant que souvent les mélancoliques sont amenés par leur complexe délirant à commettre des actes dangereux pour les autres : suicide collectif, etc.

M. Gilbert BALLEET. — Cela est vrai : mais il me semble néanmoins que la loi doit prévoir des mesures différentes pour les uns et pour les autres de ces malades. Les uns, aliénés dits criminels, par exemple, sont un danger permanent pour la sûreté sociale et des mesures d'ordre judiciaire me paraissent tout indiquées pour eux, tandis que pour les

autres des mesures administratives analogues à celles de la loi du 30 juin 1838 me semblent très suffisantes.

M. COLIN. — J'appuie la remarque de M. Pactet. Je me proposais de la faire lorsqu'il a pris la parole.....

M. René CHARPENTIER. — Il serait possible d'indiquer la distinction proposée par M. Gilbert Ballet d'une façon plus explicite dans la seconde partie du premier paragraphe, en le rédigeant de la manière suivante, — je reprends la lecture des articles de la réponse qui doit être faite à M. le Ministre : — Premier paragraphe : « L'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même à l'article premier de la proposition de loi sur le régime des aliénés dans les termes suivants : « Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile. »

« Cette définition nous paraît bonne. A ces malades s'appliqueraient l'assistance obligatoire et, en même temps : aux uns (*malades dangereux simplement pour eux-mêmes*), les formalités administratives actuellement existantes et seules légitimes dans ce cas, et aux autres, les formalités que nécessiterait leur caractère d'aliéné protestataire ou dangereux. »

M. COLIN. — Je ne puis croire que la Société Médico-Psychologique consente à accepter un texte aussi contraire aux données de la clinique. Je suis certain qu'aucun de nos collègues ici présents ne voudrait prendre la responsabilité de certifier qu'un

malade n'est dangereux que pour lui-même, risquant ainsi de recevoir des événements un cruel démenti. C'est pourquoi je déclare qu'en tout cas, je voterai contre le texte.

Ce premier paragraphe de la réponse est mis aux voix et adopté, à l'unanimité des votants moins deux voix contre.

La guerre est venue et la révision de la loi de 1838 fut oubliée, comme elle l'avait été au moment des événements de 1870. Théophile Roussel aimait à rappeler que, demandant à Gambetta (1), après 1870, s'il comptait reprendre la question de la révision de cette malheureuse loi, devenue sous l'Empire un prétexte à manifestations politiques, au moment de l'affaire Sandon, il reçut la réponse suivante : « Bah ! c'était avant le déluge ! »

Aujourd'hui, le projet de révision voté par la Chambre est déposé devant le Sénat. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de reproduire la discussion qui précède et de la faire suivre d'extraits de journaux relatifs à des événements tout récents.

Affolé par la crise financière, un clerc de notaire tue à coups de fusil sa femme, sa fille et se suicide

Il ne peut être de drame plus douloureux et plus atroce que celui qui s'est produit hier matin. Poussé par une folie soudaine, un homme qui, jusqu'alors, s'était montré aussi bon époux que bon père, M. M. F., principal clerc de notaire chez M^e B., a tué à coups de fusil sa femme Madeleine, âgée de trente-cinq ans et sa fillette Françoise, âgée de onze ans ; ce double meurtre accompli le malheureux s'est fait justice.

(1) Proposition de loi sur les aliénés présentée par MM. Gambetta et Magnin, députés, au Corps Législatif, dans la séance du 21 mars 1870. (Voir *Annales médico-psychologiques*, 1870, t. 3, p. 533).

De ce drame personne n'a rien vu ni entendu ; rien ne l'avait révélé lorsque vers 6 h. 30 la bonne des F., à leur service depuis quelques années, pénétra dans l'appartement qui est situé au sixième et comprend deux chambres spacieuses, un salon et une salle à manger, donnant sur un corridor long et étroit.

A peine la jeune femme eut-elle poussé la porte qu'elle recula épouvantée. Dans la demi-clarté du jour commençant, un terrible spectacle s'offrait : celui de deux corps à demi nus étendus dans leur sang. Sur les murs, des débris de cervelle avaient jailli, maculant de taches rosées le papier clair. Terrifiée, la domestique appela à l'aide. Des voisins accoururent. On prévint un médecin qui habite la maison, le docteur L. F., tandis qu'on avisait M. Murat, commissaire de police. Tous les soins, malheureusement, étaient inutiles : Mme F., étendue près de la porte, avait reçu presque à bout portant une chevrotine dans le cœur ; M. F. avait la boîte crânienne fracassée.

Mais le drame était plus effroyable encore. On découvrit, en effet, dans la chambre de Mme F. le cadavre, gisant sur le lit inondé de sang, de la pauvre petite Françoise, qui avait la tête littéralement en bouillie. L'enfant, sans doute en esquissant un geste de défense, avait eu le pouce de la main droite arraché.

Cependant on avait trouvé auprès du cadavre de M. F. un fusil Hammerless et dans les poches du malheureux trois chevrotines encore intactes. M. Murat put ainsi reconstituer la tuerie : M. F., qui couchait seul, dans une chambre voisine de celle de sa femme, qui avait l'habitude de reposer avec sa fillette, s'était levé et, chargeant son fusil, avait pénétré dans la pièce où dormaient encore Mme F. et son enfant.

Quoique surprise dans son sommeil, Mme F. dut essayer d'échapper à son destin. On sait, en effet, qu'on découvrit son corps dans le couloir ; c'est là, sans doute, que M. F. la tua d'une seule chevrotine qui, traversant le cœur, ressortit par le dos. Revenant ensuite vers la chambre où la petite Françoise était demeurée, le malheureux, d'un autre projectile, tua son enfant, puis, sortant dans le couloir, se fit sauter la cer-

velle en se tirant une dernière chevrotine dans la bouche.

M. F. n'avait laissé aucune lettre pour expliquer son acte auquel seule la folie l'avait poussé.

Depuis quelques mois, M. F. était assez souffrant ; taciturne, il accusait une dépression nerveuse assez forte pour que son entourage s'en inquiétât ; à plusieurs reprises il avait à ce sujet consulté M. L. F. qui était un de ses amis et sur le conseil de celui-ci avait, voici un mois, interrompu son travail chez M^e B. La mélancolie de M. F. avait trouvé dans l'actuelle crise financière et les difficultés incessantes de la vie une sorte de pessimisme aigu, qui lui faisait entrevoir l'avenir sous un jour très sombre pour lui-même et pour les siens.

C'est en vain qu'on lui rappelait sa situation brillante chez M^e B., où il gagnait, dit-on, près de 60.000 francs par an, et sa fortune, évaluée à 500.000 ou 600.000 fr. ; il voyait, malgré tout, se dresser devant lui le spectre de la misère. C'est ainsi que, peu à peu, s'ancrait en lui l'idée fixe d'échapper à ce qu'il considérait comme une chose impossible à éviter. *M. L. F. s'était adjoint voici quelques jours un psychiatre, afin de poursuivre avec plus d'efficacité encore le traitement qu'il avait prescrit à son malade. Une consultation avait eu lieu avant-hier.* M. F. paraissait y avoir trouvé quelque réconfort et rien ne pouvait laisser à penser qu'il deviendrait tout à coup le meurtrier de ceux dont il avait tant souci.

Journal, 21 mars 1924.

**Une jeune mère jette son enfant par la fenêtre
et se tue à son tour**

Mariée depuis deux ans avec un employé modeste, Mme Blanche D., âgée de vingt-huit ans, avait mis au monde un enfant, il y a vingt et un mois. Les couches, qui s'étaient passées à la Maternité, particulièrement pénibles, imposèrent au système nerveux de la maman un dérangement sérieux. Les effets ne s'en manifestèrent pas immédiatement, mais un jour la pensée lui vint, qui peu à peu s'ancra en elle, que son enfant avait

été substitué à un autre au moment de sa naissance. Tout d'abord, elle ne fit part à personne de cette obsession, mais souvent elle questionnait son mari avec anxiété : « Trouves-tu, lui demandait-elle, que ce petit me ressemble ? » Il lui répondait en riant, ne s'apercevant pas de la profondeur de son trouble.

Un soir, voici quatre mois, rentrant chez lui, il la trouva étendue sur le lit, l'enfant auprès d'elle, l'un et l'autre à demi asphyxiés. Il eut à peine le temps de fermer le robinet à gaz et d'ouvrir les fenêtres. Consultés, les médecins diagnostiquèrent une anémie cérébrale, *conseillèrent les distractions*, et d'éviter la solitude à la malheureuse.

Justement inquiet, M. D. emmena sa femme et leur enfant chez ses beaux-parents, espérant qu'une présence assidue aurait d'heureuses conséquences sur l'état mental de la malade. En effet, l'entourage bienveillant de son père, de sa mère et de son jeune frère parut, dans les premiers temps, apaiser sa fièvre. Mais bientôt les hantises passées la reprirent. Autour d'elle on redoubla d'attention et de soins. Hélas ! elle semblait guetter un instant de distraction comme un fauve en cage guette une issue. Il y a huit jours, son frère Gabriel, qui s'était un instant absorbé dans une lecture, releva la tête et poussa un cri. Debout sur l'appui de la fenêtre, l'enfant dans ses bras, Mme D. allait se précipiter du haut du quatrième étage. Il s'élança, la saisit dans ses bras. Elle éclata en larmes : « Ah ! dit-elle, pourquoi hésite-t-on au dernier moment ! »

Le geste fatal, elle devait pourtant l'accomplir. Hier matin, vers 10 h. 30, sa mère était passée dans une pièce voisine. L'enfant jouait, assis sur le parquet. Hagarde, elle courut à lui, l'éleva dans ses bras, et poussant la fenêtre, sans un cri, d'un seul coup, le jeta dans le vide.

Puis, avant même que l'enfant se fût écrasé sur le sol, elle enjamba la fenêtre et s'élança.

A ce moment, sa mère revenait. Elle n'avait rien entendu, mais elle vit la pièce déserte, la fenêtre béante. Un groupe de passants et de voisins était réuni sur le trottoir. Une rumeur montait. Elle poussa un cri de frayeur et s'évanouit.

Cependant on relevait Mme D. et son enfant. Celui-ci, la colonne vertébrale brisée, respirait encore. Il geignait doucement. On les transporta en hâte à l'hôpital Broussais, mais tous deux étaient morts en y arrivant.

(*Journal*, 26 mars 1924).

**Un Neurasthénique tente de se suicider
après avoir grièvement blessé sa femme**

Souffrant depuis trois ans d'une maladie de poitrine, J. J., marbrier, s'était peu à peu laissé aller à une neurasthénie si aiguë que, désespérant de guérir, il avait maintes fois annoncé son intention de se suicider, non sans ajouter qu'il tuerait auparavant sa femme, bien que le ménage fût des plus unis.

Dans la soirée de mercredi un ami, venu chez le marbrier, le trouvait particulièrement déprimé. Un peu plus tard, dans la nuit, J. éveillait sa femme et manifestait une telle angoisse de mourir qu'un médecin fut appelé sur-le-champ. Le praticien, ayant ausculté le malade, essayait, mais en vain, de le rassurer sur son état. Après son départ, les époux se rendormaient, J. ayant paru un peu calmé par une potion. Mais, éveillé vers 7 heures du matin, il se sentait de nouveau en proie à une terreur irraisonnée et l'obsession du suicide envahit son cerveau enfiévré. Saisissant alors le revolver placé dans la table de nuit, le malade, après avoir tendrement embrassé sa femme à demi-éveillée, lui tira à bout portant deux balles dans la tête, puis tournait son arme contre lui-même.

Bien que l'état des blessés, qui ont été transportés à l'hôpital Bichat, soit sérieux, on ne désespère pas de les sauver.

(*Journal*, 2 mai 1924).

J'ai choisi avec intention ces trois exemples au milieu de cent autres. En effet, il ne s'agit pas, dans l'espèce, de cas fortuits ayant échappé à l'attention de l'entourage. Il s'agit de malades avérés, de prétendus neurasthéniques, disons mieux, de ces mé-

lancoliques soi-disant *dangereux seulement pour eux-mêmes, non protestataires et non internables* suivant la formule du Professeur Ballet.

Ces faits ne sont pas passés inaperçus. Ils ont fait l'objet d'articles de presse, et, chose incroyable au premier abord, ils ont servi de prétexte pour attaquer la loi de 1838 qui, paraît-il, offre des obstacles insurmontables au placement des malades, et pour faire l'éloge des services ouverts.

En réalité, si on n'avait à plaisir exagéré le préjugé de la tare de l'internement, si les médecins possédaient sur la folie des notions plus précises et ne redoutaient pas autant les responsabilités dont on les menace, si, au lieu de considérer le malade comme un « psychopathe » inoffensif on voyait en lui ce qu'il est vraiment, *un aliéné* (*alienus*, différent, étranger à la vie sociale), un individu dont la maladie n'affecte pas seulement sa propre personne mais le rend antisocial au premier chef, les différents praticiens qui ont examiné ces malades auraient demandé à la loi de 1838 les moyens de les rendre inoffensifs en les internant.

Les services ouverts, quoi qu'on dise, ne sont pas faits pour ce genre de malades, même et surtout s'ils comportent les distractions ordonnées par les médecins à la jeune femme meurtrière de son enfant dont nous rapportons plus haut la déplorable histoire. Il y a là une erreur de psychologie et de thérapeutique sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Nous n'ignorons pas que les services ouverts répondent à certaines préoccupations légitimes, de même que la formule des maisons de santé ouvertes ne recevant ni contagieux, ni aliénés est certainement des plus heureuses. Mais à moins d'être

pourvus d'aménagements spéciaux qui les font singulièrement ressembler aux asiles fermés, les services ouverts ne peuvent être d'aucune utilité pour les malades dont nous venons de parler.

Ceux-ci relèvent directement de la loi de 1838, loi excellente sous tous les rapports (1). Cela est si vrai que la Société Médico-Psychologique clôturait ainsi la séance du 3 mars 1914 dont nous avons reproduit le début :

Sur la proposition de M. Pactet et de l'assentiment général la considération suivante est ajoutée :

« Du reste, la Société Médico-Psychologique considère que les dispositions de la loi du 30 juin 1838, qui, déjà, fait intervenir d'une façon régulière l'action de la magistrature, garantissent complètement la liberté individuelle, et qu'il suffirait, pour protéger la société avec plus d'efficacité, d'ajouter à cette loi des mesures judiciaires concernant les aliénés dits criminels. »

Henri COLIN.

(1) Le 14 février 1870, au nom d'une Commission composée de MM. Béhier, Brière de Boismont, Chaudé, Choppin, Hémar et Guérard, M. Horteloup lisait un rapport sur l'examen du projet de loi Gambetta-Magnin sur les aliénés. — Le 11 avril 1870, Béhier faisait un résumé magistral de la discussion soulevée par ce rapport. Nous conseillons à nos lecteurs de relire cette belle défense de la loi de 1838 dont les conclusions furent adoptées par la Société de Médecine légale. (*Annales médico-psychologiques*, 1871, tome 6, p. 423).

LE DÉMEMBREMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par J. LAUTIER

Médecin chef à l'Asile d'Alençon

La conception de la démence précoce subit depuis quelques années, en France, une transformation, un morcellement de la plus grande importance. La plupart des auteurs, à l'heure actuelle, s'accordent pour enlever à l'édifice de Kraepelin, une ou plusieurs de ses parties constituantes. Ce ne sont pas toujours les mêmes. On peut se demander si la démence précoce n'est pas « un groupe hétérodoxe destiné à s'éparpiller le jour où la pathogénie des accidents sera connue », (Chavigny, *Presse Médicale*, 30 janvier 24).

A l'heure actuelle, toute tentative de classification pathogénique est impossible, mais peut être peut-on demander à la Clinique toute seule de faire un premier triage entre les différentes psychopathies habituellement réunies dans le cadre de la démence précoce.

Il y a quinze ou vingt ans, pour une bonne part des aliénistes français, la démence précoce était devenue la maladie mentale de beaucoup la plus fréquente. Certains tenants de la doctrine kraepelinienne portaient ce diagnostic chez plus de la moitié des malades de leur service. Un certain nombre de symptômes étaient regardés par eux comme à peu près caractéristiques de la démence précoce et emportaient toujours ce diagnostic : l'inertie, l'inaffectivité, le barrage ou l'égarment de la pensée, les absurdités, les délires fantastiques, les stéréotypies, les bizarreries du langage, la catalepsie, l'agitation catatonique, le négativisme et le maniérisme. Ces symptômes sont si fréquents en pathologie mentale qu'on ne s'étonnera pas que la démence précoce parût aussi répandue à

ceux qui se contentaient de la constatation de l'un ou de quelques-uns d'entre eux. Elle jouait trop souvent, pour les esprits soucieux du moindre effort, le rôle qu'avait joué la dégénérescence mentale pour leurs prédécesseurs, celui d'un diagnostic à tout faire, prêt à accueillir les cas difficiles, qui se laissent malaisément placer dans les autres cadres.

**

La part que les auteurs français contemporains s'entendent le mieux à retrancher à la D. P., ce sont les délires hallucinatoires systématisés, qui constituaient à peu près complètement l'ancienne démence paranoïde. Si Deny, dans son article du *Traité de Pathologie* de Sergent, maintenait une description de la paranoïde, M. Rogues de Fursac, dans la plus récente édition de son *Manuel*, supprime complètement le titre de démence paranoïde, et réunit lesdits délires hallucinatoires au délire de Magnan, dans un même chapitre.

Pendant, certes, l'absurdité et le caractère fantastique du délire, les stéréotypies, les néologismes et les bizarreries du langage, le maniérisme, sont la règle, plutôt que l'exception, dans ces délires hallucinatoires. Mais les malades qui en sont atteints expriment leurs conceptions, à l'inverse des hébéphréniques, ils répondent aux questions qu'on leur pose, abondamment, au lieu de s'enfermer dans le mutisme ou de répondre à côté ; ils s'intéressent à ce qui les environne, et en tirent des éléments qui viennent enrichir leur thème délirant ; l'affectivité ne me paraît pas, en général, abolie chez ces malades, à moins qu'ils ne soient arrivés à une phase de démence caractérisée, ce qui, le plus souvent, ne se produit pas avant de longues années. Il est vrai que les sentiments affectifs peuvent être perturbés par le délire. Une malade, par exemple, se refuse à répondre aux lettres de ses enfants et à les recevoir, mais c'est parce que, ceux-ci ne répondant pas à ses demandes de sortie, elle en a conclu qu'elle avait affaire à des « apaches » qui ont pris

la pensée de ses véritables descendants. C'est là quelque chose de très différent de l'abolition essentielle de l'affectivité dans l'hébéphrénie.

L'activité utile, « pragmatique » (c'est le mot à la mode), de ces malades reste longtemps très grande, souvent toute leur vie. C'est parmi eux que se recrutent une bonne part des travailleurs des asiles. Leur affection débute, en moyenne, beaucoup plus tard que l'hébéphrénie, à l'âge adulte.

On observe tous les degrés de transition entre les plus fantastiques de ces délires et le délire de Magnan, avec lequel ils ont beaucoup plus de points de ressemblance qu'avec l'hébéphrénie.

**

Une fois ces délires mis hors du cadre de la démence précoce, est-il nécessaire de conserver le nom de démence paranoïde, pour les cas où l'on observe, en même temps qu'un thème délirant présentant quelque fixité, une profonde désagrégation de la personnalité avec l'indifférence, l'apathie et l'inaffectivité de l'hébéphrénie ?

Je crois que ces « délires à évolution démentielle précoce » ou « à évolution démentielle rapide » », n'ont pas de titres à former un groupe particulier, et que M. Rogues de Fursac a parfaitement raison de les réunir, sous le nom « d'hébéphrénie délirante », aux délires incoordonnés, absurdes et variant d'un jour à un autre. Dans certains cas, la systématisation se trouve beaucoup moins chez le malade que dans l'esprit de l'interrogateur, et lorsque véritablement on ne peut nier une véritable persistance des mêmes conceptions délirantes, on voit qu'elles n'éveillent pas chez celui qui les exprime de phénomènes affectifs correspondants à leur nature, qu'elles sont répétées, d'une façon monotone, qu'elles ne s'enrichissent pas et ne sont pas modifiées par l'ambiance, et qu'ainsi elles constituent des stéréotypies, absolument comparables aux autres stéréotypies d'attitude, de geste, d'expression verbale ou écrite, de l'hébéphréno-catatonie.

**

Nous nous trouvons ensuite en présence de l'ensemble de cas que l'on range dans les formes simple, hétéphrénique et catatonique de la D. P. Ensemble dont les limites sont bien mal fixées et varient d'un psychiatre à un autre. L'on sait comme la psychiatrie a une langue mal faite et combien le sens des mots varie selon qui les emploie. Aussi, il arrive souvent que, dans les sociétés savantes, lorsqu'un observateur vient présenter « un cas de démence précoce » comportant telle ou telle particularité, des contradicteurs viennent affirmer que ce cas « n'entre pas dans le cadre de la démence précoce » ou « n'est pas une démence précoce, à proprement parler ».

Il nous semble que la délimitation de la démence précoce comporte un défaut essentiel : elle est basée à la fois sur deux critères différents, qui souvent ne coïncident pas, ou s'opposent : évolution déméntielle rapide, d'une part, discordance, « schizoïdie », d'autre part. De telle sorte que ce chapitre de la médecine mentale comprend à la fois, pour beaucoup de nos collègues, les états déméntiels des jeunes sujets chez lesquels on ne trouve aucune discordance des symptômes, et les folies discordantes dans lesquelles il n'y a pas de véritable démence. On a trop oublié que la démence précoce de Morel est différente de celle de Kraepelin. Les récents auteurs de traités de psychiatrie, M. Rogues de Fursac, MM. Dide et Guiraud passent sous silence cette distinction. Ils sont loin de la marquer comme l'avait fait, par exemple, Chaslin, dans ses *Eléments de Séméiologie et de Clinique Mentales*.

Le plus grand nombre de cas relèvent de la D. P. de Kraepelin, ou, pour employer un terme plus français et plus clair, de la « folie discordante » de Chaslin. Nous ne répéterons pas ce qu'on trouve écrit partout sur les caractères de cette démence qui n'est pas une, qui ne ressemble pas autres démences, qui laisse subsister les différentes facultés intellectuelles, mais distinctes, isolées, désorganisées et devenues inapplicables à la vie pratique. C'est à cause de ces caractères, qui rendent si impropre le terme de

démence, que le nom même de la démence précoce tend à s'employer de moins en moins, et se voit remplacer par les termes d'hébéphrénie, d'hébéphrénocatatonie (Rogues de Fursac), de schizophrénie. Pour notre part, il nous semble que le terme qui convient le mieux est celui de : Folie discordante, créé par Chaslin, qui a le mérite d'être parfaitement français, clair, intelligible par tous, sans recourir au Jardin des Racines grecques.

Mais, pour qu'on puisse l'employer, il est de toute nécessité de mettre à part tous les cas où il n'y a pas de discordance. Ils appartiennent à trois catégories :

- 1° La démence précoce ou juvénile vraie, type Morel.
- 2° La confusion mentale chronique et la démence post-confusionnelle.
- 3° Les délires d'emblée des dégénérés, délires épisodiques ou bouffées délirantes, que trop de psychiatres ont tendance à baptiser Démence précoce hébéphrénique

*
**

La démence précoce vraie, type Morel, me paraît avoir une existence bien définie. Elle se produit chez des sujets portant de lourdes tares héréditaires ; souvent ils sont des déséquilibrés ou des débiles depuis leur naissance. Arrivés à un certain point de leur développement, leur intelligence baisse ; toutes leurs facultés déclinent à la fois et ils tombent en peu de temps dans une démence *véritable*, ayant présenté un minimum de phénomènes délirants ou n'en ayant présenté aucun. On ne relève aucun signe de discordance. Leur état constitue une idiotie retardée. M. Benon a attiré récemment l'attention sur la démence précoce survenant chez les imbéciles, et en a publié un cas, qui répond à notre définition.

Certes, l'hérédité morbide est une condition étiologique habituelle dans la folie discordante, comme dans toutes les maladies mentales. Mais il semble bien qu'elle agisse différemment dans la démence précoce de Morel, où le malade paraît être voué à la démence

dès sa naissance et s'y acheminer indépendamment de toute circonstance extérieure, et dans la folie discordante, où elle ne semble jouer qu'un rôle prédisposant. Si on se donne la peine de rechercher les « causes morales », qu'on a par trop négligées pendant longtemps, et qu'il a fallu le succès de la Psychanalyse pour remettre à la mode, on voit qu'il se trouve presque toujours un surmenage intellectuel ou plus souvent affectif au début de l'hébéphrénocatatonie. Les chagrins d'amour sont d'une fréquence extrême : mariages rompus, abandons, désirs d'union irréalisables, etc...

**

Examinons ensuite la confusion mentale chronique et la démence post-confusionnelle. On sait qu'il y a eu peu de questions aussi controversées que celle de leurs rapports avec la démence précoce. Régis distinguait deux sortes de D. P. : la D. P. dégénérative et la D. P. post-confusionnelle, faisant entrer dans celle-ci, probablement, la majeure partie des cas de folies discordantes.

On a fait remarquer que la démence précoce commençait beaucoup plus rarement que ne le pensait Régis par un accès confusionnel et, à notre avis, pour défendre sa façon de voir, il faut établir une similitude qui n'existe pas entre la confusion mentale vraie et l'accès d'agitation de l'hébéphrénocatatonie, à l'occasion duquel le médecin est pour la première fois consulté. L'hébéphrénique fait des réponses impropres comme le confus, il est perdu dans son délire, mais ne présente pas l'égaré du confus, son effort pour retrouver la suite de ses idées, ni son mauvais état physique.

Mais le nombre des cas de confusion mentale chronique étant ainsi fort réduit, il n'en existe pas moins, et tous les auteurs l'ont admis, des cas de confusion primitive vraie, qui ne guérissent pas, qui ne se terminent pas par la mort et qui passent donc à la chronicité. Y a-t-il intérêt à les diagnostiquer de l'hébéphrénocatatonie et possibilité de le faire ?

Pour M. Rogues de Fursac, cet intérêt n'existe pas. « On les appelle parfois « confusions mentales chroniques », dit-il dans son *Manuel*. Je l'ai déjà dit : cela n'a aucun inconvénient, c'est une simple affaire de mots. » Avec MM. Dide et Guiraud, tout autre son de cloche : « Nous ne pensons pas que ces démences post-confusionnelles doivent être maintenues dans le cadre de la démence précoce. » Et, après avoir critiqué la conception de Régis, ils donnent les éléments du diagnostic différentiel avec la « folie discordante ».

Ajoutons quelques exemples et notions concrètes au tableau diagnostique qu'ils donnent dans leur *Psychiatrie du médecin praticien*. La confusion mentale chronique peut survenir à tout âge, et non surtout dans la jeunesse. On n'y remarque aucune discordance : l'état mental du confus chronique s'explique tout entier par l'impossibilité de rassembler ses idées, l'insuffisance des perceptions et de la mémoire, les sentiments de gêne et de crainte et le trouble des fonctions physiologiques. Un hébéphréno-catatonique refuse d'aller au parler recevoir la visite de sa famille, ou lui manifeste une indifférence complète. Un confus va lui témoigner du mieux qu'il peut ses sentiments affectifs, mais n'est pas bien sûr de reconnaître ses parents sur le moment ou ne se rappelle pas les avoir vus le lendemain. Un hébéphréno-catatonique, écrit une lettre facilement, d'une écriture ferme, mais parle tout à coup, sans aucune raison, des chaussettes du maréchal Joffre, ou bien se met à copier d'un bout à l'autre la lettre à laquelle il avait commencé à répondre ; après quoi, il écrit sans hésiter une adresse absurde. Le confus écrit avec beaucoup de peine une lettre exprimant des sentiments normaux ; mais il met un temps infini, il oublie de finir ses phrases, on est obligé de l'aider ; lorsqu'il arrive à l'enveloppe, il s'aperçoit qu'il a oublié l'adresse de ses parents et la demande à l'infirmier. Un hébéphréno-catatonique refuse la nourriture qu'on lui offre, mais lorsqu'on a le dos tourné, va avaler gloutonnement le repas laissé auprès de son lit. Un confus qu'on est obligé de nourrir à la sonde accepte volontiers quelques miettes de nourriture, va en chercher lui-

même dans les assiettes servies, mais s'arrête aussitôt, ne pouvant vaincre son manque d'appétit, etc..., etc...

Il me semble que ces confusions mentales chroniques peuvent rester de la « confusion » pendant des mois, peut-être quelquefois des années; et guérir assez tardivement, en laissant un déficit intellectuel plus ou moins prononcé. C'est pourquoi j'estime que l'on doit conserver le terme de « Confusion mentale chronique », contrairement à MM. Dide et Guiraud, et que l'on ne doit parler de « Démence post-confusionnelle » qu'au moment où s'est produite la démence définitive, complète, qui d'ailleurs nivelle tout et abolit bien des différences.



La conception des délires d'emblée, des délires épisodiques des dégénérés (folies aiguës de Chaslin) a eu beaucoup à souffrir de l'extension donnée à la dégénérescence mentale par l'école de Magnan. On avait porté ce diagnostic si souvent, et on lui avait fait englober tant de choses différentes, que beaucoup d'aliénistes ont renoncé à le porter, et ont adopté à sa place celui de démence précoce.

Pourtant, la majeure partie de l'école française admet encore, avec raison, l'existence des délires épisodiques et met en lumière les caractères qui les distinguent de l'hébéphrénie. Voici les principaux de ces caractères, d'après Chaslin : Fond de déséquilibre et psychisme anormal à l'état habituel, concordance *suffisante* entre le délire, les actes, les gestes, etc... ; l'apparence de discordance, lorsqu'elle existe, est sous la dépendance de l'agitation ; il n'y a jamais d'incohérence « à froid », si fréquente dans l'hébéphrénocatatonie. MM. Dide et Guiraud indiquent une autre différence, qui peut jouer un rôle important dans le diagnostic, de ces délires d'avec ceux de la D. P. « Comme eux, disent-ils, ils consistent surtout en idées d'agression extérieure et en conceptions contingentes de grandeur. Mais il faut remarquer que le thème

délirant est celui, *non d'une agression directe et mystérieuse sur l'organisme*, mais d'un danger comparable à ceux de la vie courante. Les débiles ont peur qu'on leur fasse subir de mauvais traitements, qu'on les emprisonne, qu'on les tue. On n'observe aucune des anomalies d'associations d'idées ou d'extension du concept ou de verbalisme, caractéristiques de la D. P. »

Il y a un grand intérêt à diagnostiquer de l'hébéphrénocatatonie les délires épisodiques, les folies aiguës, à cause de leur pronostic tout différent. Je ne puis m'empêcher de penser que si certaines statistiques (étrangères surtout) fournissent un nombre important de guérisons de démence précoce, c'est que tous les délires d'emblée que l'auteur a rencontrés ont été rangés par lui sous ce titre.



En résumé, il me semble qu'étant donné l'ensemble de cas qu'englobe la conception *la plus large* de la démence précoce, l'aliéniste devrait s'efforcer de leur appliquer non ce diagnostic d'une façon indifférente, mais l'un des cinq diagnostics suivants :

- 1° Psychose hallucinatoire chronique systématisée (paraphrénie) ;
- 2° Folie discordante (hébéphrénocatatonie) ;
- 3° Démence précoce vraie, type Morel ;
- 4° Confusion mentale chronique, ou démence post-confusionnelle ;
- 5° Délire d'emblée ou épisodique des dégénérés (folie aiguë).

Pourquoi se donner la peine de tenter cette discrimination, souvent difficile ? M. Rogues de Fursac, dont j'ai déjà cité l'opinion sur les confusions mentales chroniques, écrit encore à leur sujet : « Il n'y a peut-être pas grand intérêt à se perdre en subtilités pour démontrer qu'il s'agit d'une confusion mentale chronique, non d'une hébéphrénocatatonie (démence précoce). En tout cas, au triple point de vue du pronostic

tic, du traitement et des mesures à prendre, c'est tout un, et, au fond, c'est là l'important : confusion mentale chronique ou hétéphréno-catatonie, c'est un diagnostic qui ne mérite pas qu'on s'y attarde. »

Mais alors, pourquoi ne pas faire un seul chapitre de la psychiatrie pour toutes les psychopathies chroniques sur lesquelles le traitement n'a pas d'action, qui nécessitent l'internement à vie et dont la guérison est tout à fait improbable ? Pourquoi M. Rogues de Fursac lui-même distingue-t-il les psychoses hallucinatoires systématisées de l'hétéphréno-catatonie ?

C'est que porter un pronostic et instituer des mesures de précaution et un traitement quand c'est possible, ce n'est pas le seul but de la Pathologie Mentale. Celle-ci a l'ambition de devenir une science, et elle fait de plus en plus appel aux recherches étiologiques, biologiques, anatomo-pathologiques, recherches dont le traitement peut profiter plus tard. Comment conduire ces recherches, si la Clinique ne fournit que des cadres confus et hétérogènes ?

J'avoue qu'à l'heure actuelle, j'éprouve de la méfiance en lisant un chapitre consacré à l'Anatomo-pathologie de la D. P., surtout lorsqu'il est très affirmatif. Sur quels cas se sont basés les auteurs ? Et les plus sages ne sont-ils pas ceux qui ont pensé comme Obregia et Antonin, Riche, Barbé et Wickersheimer, Anglade et Jacquin, que l'anatomie pathologique de cette affection, plus exactement de ce syndrome, ne peut être unique, et qu'à chaque forme doivent correspondre des lésions différentes.

Il faut donc que la Clinique s'applique à diviser un grand syndrome comme la démence précoce en portions aussi cohérentes que possible, de chacune desquelles pourront être recherchés les caractères biologiques et anatomiques constants et essentiels. Qu'importe si l'on a ainsi séparé ce qui appartient à la même affection ? Comme se sont réunis le délire paralytique et la démence paralytique, que l'on avait séparés autrefois, les espèces arbitrairement divisées se reconstitueront à nouveau. Mais ne pas tenter de mettre

de l'ordre dans ce qui paraît hétérogène, c'est laisser les recherches scientifiques se poursuivre dans le trouble et dans la confusion.



Je veux, en terminant, dire quelques mots de la nouvelle classe introduite par Bleuler dans la nomenclature psychiatrique, de ce diagnostic de : « Schizophrénie », qu'on rencontre de plus en plus souvent dans les publications françaises, et qui tend à détrôner celui de démence précoce, passé de mode.

On sait que la remarquable analyse psychologique de Bleuler s'applique surtout à l'Hébéphréno-catatonie ou Folie discordante. S'il n'y avait que dénomination nouvelle pour cette classe de cas, cela n'aurait pas d'importance et ne vaudrait pas la peine d'en parler.

Mais la schizophrénie de Bleuler a une tout autre étendue, de tout autres limites, si tant est qu'elle ait des limites, car on ne voit pas où elle ne découvre des cas à englober.

Suivons le consciencieux exposé de la pensée de Bleuler, fait par M. Minkowski, son élève direct, dans l'*Encéphale* de 1921 : La Schizophrénie et la notion de maladie mentale. M. Minkowski commence par définir la Schizophrénie comme : *la perte du contact vital avec la réalité*. Cette définition est si vaste que l'auteur se demande de suite si elle ne se confond pas avec la notion d'aliénation mentale. Il écarte cette difficulté en comparant la Schizophrénie à une démence globale, comme la P. G., et en concluant que ladite démence a pour conséquence « non pas tant l'inadaptation que l'incapacité radicale de vivre ».

La schizophrénie est caractérisée par la désagrégation de la personnalité en « un noyau profond ayant perdu le contact avec la réalité » et « une couche superficielle qui l'entoure » et qui, elle, est tournée tantôt vers le noyau, tantôt vers la réalité. Il résulte de cette désagrégation que l'on observe, chez celui qui la présente, des symptômes inconstants, variables, qui consistent essentiellement en perte de « la valeur

pragmatique de la pensée » et de la direction normale de l'affectivité.

De ces traits essentiels résultent « l'ambivalence » et « la pensée autiste ». Enfin l'existence du noyau central est expliquée par la présence d'un « complexe » chargé d'un fort potentiel affectif vers lequel se tourne ce noyau central.

Ainsi définie, la schizophrénie constitue pour Bleuler et ses élèves une « maladie mentale » et même la seule maladie mentale connue à l'heure actuelle. Aussi son contenu ne peut être entamé par aucune considération d'étiologie ou d'évolution, par aucun groupement clinique.

Qu'en résulte-t-il ? Il est bien évident que pour Bleuler la schizophrénie ne comprend pas seulement l'hébéphrénocatatonie, mais aussi les psychoses hallucinatoires systématisées dont nous avons parlé au début de ce travail. Mais elle ne s'arrête pas là. Elle occupe une bonne partie des névroses. « Un trait singulier de la schizophrénie se fera pourtant déjà sentir ici, écrit M. Minkowski ; c'est qu'aucun symptôme hystérique ou neurasthénique n'exclut à lui seul la schizophrénie. » Et citant Bleuler : « La délimitation de l'hystérie et la neurasthénie ne sera également qu'unilatérale. Aucun symptôme hystérique ou neurasthénique n'est entièrement étranger à la schizophrénie. Nous admettons la schizophrénie là où sont démontrés les symptômes spécifiques de cette affection ; l'hystérie et la neurasthénie, là où un examen précis mène à la constatation de symptômes hystériques ou neurasthéniques, mais ne fait ressortir aucun symptôme schizophrénique. » Remarquons ici qu'un freudiste, connaissant le rôle que le créateur de la psychanalyse fait jouer au complexe en pathologie mentale, inclura dans la schizophrénie non pas une partie de l'hystérie, mais toute l'hystérie, comme toute la névrose d'angoisse et tous les délires de persécution.

D'ailleurs, pour Bleuler, la paranoïa n'est probablement qu'une forme de la schizophrénie. « Le méca-

nisme de la formation du délire au cours de la paranoïa est, pour nos méthodes actuelles d'exploration, identique avec celui survenant au cours de la schizophrénie ; il serait ainsi possible que la paranoïa ne soit rien autre qu'une schizophrénie à évolution excessivement lente, une schizophrénie tellement bénigne qu'elle produit juste encore des idées délirantes, mais dont les autres symptômes caractéristiques sont si peu accentués qu'il nous est impossible de prouver leur existence. » Dans un travail récent, MM. Claude, Borel et Robin se sont appliqués à différencier la constitution schizoïde de la paranoïaque, mais je ne sais pas s'ils ont respecté en le faisant la pensée de Bleuler.

Continuons : « Le concept de la schizophrénie, à cause de sa précision même, réclamera pour lui tout ce qui semble tomber sous sa coupe : ceci sera favorisé encore par le fait que le moment étiologique joue en lui un rôle tout à fait secondaire ». Il absorbe donc une part de la dégénérescence mentale, plus une bonne part des délires alcooliques. « Le délire alcoolique (Alkoholwahnsinn) des auteurs se développe souvent ou même toujours sur un fond schizophrénique ». « Les cas que j'ai eus à observer ne permettent pas d'exclure que le délire alcoolique aigu ne soit qu'un *intermezzo* au cours d'une schizophrénie, déterminé et pourvu d'un coloris spécial par l'abus de boissons alcooliques. »

MM. Urechia et Rusdea ont décrit « La forme schizophrénoïde de la syphilis du cerveau et de la paralysie généralé ». Pourquoi n'ont-ils pas dit tout simplement : schizophrénie au cours de la syphilis cérébrale et de la P. G., puisque l'étiologie est sans importance ?

Enfin, il est évident que la schizophrénie réclamera aussi pour elle tous les cas où des symptômes discordants se remarquent dans la manie et la mélancolie. Voici que la démence précoce et la maniaque-dépressive, les deux édifices de Kraepelin, acquièrent une aile commune.

M. Minkowski remarque lui-même : « Le domaine pratique de la schizophrénie devient très vaste ; en partant de la démence précoce de Morel, à laquelle elle est reliée au point de vue historique, la sch. semble s'étendre de plus en plus. Un reproche dans ce sens ne manquera pas d'être adressé à la conception de M. Bleuler. Mais « ce qui importe à la science, c'est uniquement le fait que le concept a été formé d'une façon régulière » ; est-ce qu'on en veut au coryza d'être plus fréquent que le typhus, ou aux chevaux d'être plus nombreux que les éléphants. »

Est-ce que la schizophrénie ne serait pas une maladie mentale, comme « la fièvre » ou « la douleur » sont des maladies physiques, et ces deux concepts n'auraient-ils pas le droit, comme elle, de réclamer « à cause de leur précision », tout ce qui tombe sous leur coupe. Peut-on parler de « maladie mentale » dans l'ignorance de toute étiologie ?

Nous n'insisterons pas. Il nous semble que la schizophrénie est une remarquable conception de *psychologie pathologique*, mais que, prise dans toute l'ampleur que lui a donnée Bleuler, ce n'est pas une classe clinique. Le diagnostic de Schizophrénie est un diagnostic insuffisant. Il n'offre pas plus de précision que n'offrirait un diagnostic d'« Hallucinations » ou de « Démence ». C'est l'inconvénient que comporte toute conception philosophique ou psychologique introduite tout entière dans la clinique et voulant absorber dans un seul cadre tout ce qui répond à sa définition absolue (1).

(1) Cet article, écrit en février, se trouvait à l'impression lorsqu'a paru l'article de MM. Claude, Borel et Robin : *Démence précoce, schizomanie et schizophrénie*, dans le N° de mars de l'*Encéphale*. J'ai été heureux de voir que mes conclusions étaient analogues sur beaucoup de points à celles des auteurs. Leur critique de la schizophrénie de Bleuler offre notamment une grande ressemblance avec la mienne. Je n'ai rien cru devoir changer à la rédaction de mon travail.

A PROPOS DU SENTIMENT DU DÉJÀ-VU CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Par M. MOLIN de TEYSSIEU

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Le sentiment du déjà-vu, sans être exceptionnel à l'état d'impressions transitoires, électives, coexistant avec l'intégrité mentale apparente, est assez rarement observé sous forme de véritables accès de paramnésie globale opposables aux amnésies totales, persistant d'une façon durable pour disparaître ensuite sans laisser de traces. Son étude a rencontré de ce fait plus de difficultés pratiques. Aussi à l'exemple des faits mal connus a-t-il suscité d'innombrables explications psychologiques.

Considéré tour à tour comme un phénomène d'intuition télépathique, un don prophétique, la fausse reconnaissance de choses déjà imaginées, le résultat d'une insuffisance d'attention, ou encore l'analogue d'une sorte de diplopie cérébrale par défaut de fusion des images affectives et intellectuelles de la perception, il est encore aujourd'hui rangé parmi les états mal définis de dédoublement de la personnalité.

Plus spécialement envisagé au cours des multiples formes d'asthénie psychique, et dans les névroses, où il s'accompagne le plus souvent, sinon toujours, des phénomènes d'angoisse et d'obsession, il a été moins souvent décrit dans les affections nettement organiques du cerveau, où il se montre pur et dégagé de ces éléments émotionnels particuliers. Aux cas de Claude, de Janet, de Séglas, nous ajoutons l'observation de l'un de nos malades, épileptique, chez qui sont survenues, à titre d'équivalents psychiques, des crises subi-

tes et prolongées de sentiment de déjà-vu. Nous ne rappellerons ici que les traits essentiels de cette histoire clinique, sur laquelle nous avons l'intention de revenir ultérieurement ; nous voulons simplement indiquer au passage l'interprétation qu'ils nous ont suggérée, ainsi que noter la confirmation qu'ils nous ont paru apporter à la théorie des psycholepsies.

Il s'agissait d'un peintre de 25 ans, sans hérédité pathologique, jouissant d'un développement intellectuel correspondant à son milieu, émotif et sentimental, n'ayant jamais manifesté de trouble mental appréciable. A 16 ans, il était victime d'un grave accident de bicyclette, lui occasionnant une fracture de la base du crâne. Un an après, il présentait une première crise épileptique caractéristique. Depuis, de telles manifestations motrices se reproduisaient mensuellement, en même temps que son caractère, autrefois doux, devenait irritable et violent, qu'il commettait des excès alcooliques de plus en plus copieux. En avril 1921, il faisait, en remplacement d'une crise convulsive, un accès de confusion mentale, avec onirisme à teinte mystique, de cinq jours de durée. Traité depuis cette date par le gardénal, il ne manifesta aucun accident jusqu'en avril 1922. A cette époque, brusquement, il s'agitait, négligeait son travail parce que, disait-il à ses camarades, il avait déjà fait les mêmes travaux dans la même maison. Il dut cesser son ouvrage tant ses propos paraissaient étranges.

Pendant six jours, nous pûmes l'observer : il vivait dans sa chambre de la vie automatique normale, s'irritant quelque peu de la défense qui lui était faite de sortir. Il n'était nullement désorienté dans le lieu, ni dans le temps. Il disait être en parfaite santé physique et mentale, mais affirmait avoir déjà vu les objets qu'on lui présentait, déjà lu les articles du journal du jour, déjà entendu parler des histoires qu'on lui racontait. Il n'éprouvait aucun sentiment pénible, mais simplement un étonnement interrogatif. Cet état s'atténuait progressivement, il reconnaissait le caractère pathologique de ses impressions, qui disparaissaient en laissant un souvenir intact.

Il nous a semblé que ce phénomène, vu chez un épileptique, où il alternait avec des accidents convulsifs ou délirants, prenait véritablement figure d'un trouble de la série confusionnelle, par altération quantitative des éléments mentaux qui, normalement, alimentent le cours de la pensée. Il s'agit là, croyons-nous, d'une carence, ou tout au moins d'une inhibition portant sur la faculté de ressentir le nouveau, d'une obnubilation psychique partielle, consciente, plutôt que d'un défaut de fusion des éléments de la perception ou que d'une abolition du pouvoir de synthèse mentale.

Cette hypothèse se heurte, nous le savons, à l'objection de l'unité fonctionnelle de la cellule cérébrale vis-à-vis des phénomènes psychiques, et nous sentons la fragilité d'une explication reposant sur la spécialisation de zones affectées aux sentiments ou à l'intelligence pure ; nous la formulons comme une idée satisfaisant l'esprit.

Ce cas pathologique nous a paru en outre confirmer les vues autrefois soutenues par Raymond et Janet sur l'analogie de mécanisme pathologique, et probablement physiologique, ajouterons-nous, des trois grandes psycholepsies : l'hystérie, la psychasthénie et l'épilepsie. Ne touchons-nous pas par là du doigt le rapport qui joint ces chutes de tension psychologique, ces hémorragies psychiques, selon le mot du romancier à la mode ?

Complètes ou partielles, mais toujours brusques et involontaires dans l'épilepsie, continues et globales, à débit plus ou moins intense dans la psychasthénie, elles seraient soumises dans l'hystérie au contrôle d'une soupape débile, parfois volontairement ouverte par le malade lui-même.

DE L'EFFICACITÉ DE L'IPÉCA DANS LE TRAITEMENT DE LA CONFUSION ÉPILEPTIQUE

Par le D^r A. RODIET

Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

Surtout depuis la guerre, le gardénal représente la thérapeutique de choix des crises comitiales. Tous les auteurs qui ont étudié la question (1) s'accordent à reconnaître ses bons effets, concernant le nombre, la durée et la violence des attaques.

Toutefois, Rogues de Fursac et Ducosté (2) ont démontré les inconvénients du gardénal qui, au même titre que le véronal, accélère très légèrement l'émission des urines, mais augmente leur toxicité et ralentit le fonctionnement du foie, de l'estomac et du cœur. Par suite, chez l'épileptique, soumis depuis longtemps au traitement par le gardénal, le ralentissement de toutes les fonctions est manifeste. On sait que les crises comitiales sont précédées et suivies d'une intoxication de tout l'organisme, qui s'exprime par cet état de confusion et d'obtusion qui donne au malade cet aspect hébété et ce masque d'obtusion profonde qui le distinguent des autres malades. D'après les plus récentes recherches sur l'épilepsie, « l'existence des « variations du tonus neuro-végétatif semble bien en « relations avec les crises, leur production, leur ter- « minaison et les périodes intercalaires. Aussi, nous

(1) ROBINOVITCH et LAUZIER. — Contribution à l'étude des divers traitements de l'épilepsie. *Soc. médico. psychol.*, 31 janvier 1921.

De QUERCY et SIZARET. — Note sur l'emploi du gardénol. *Soc. médico. psychol.*, 25 avril 1921.

DURY. — Traitement de l'épilepsie, 1922. *Encéphale*, p. 169-228.

(2) DUCOSTÉ. — Note préliminaire sur le luminal dans le traitement de l'épilepsie. *Ann. médico. psychol.*, 1920, p. 433. Note complémentaire sur le traitement de l'épilepsie par le gardénol. *Ann. médico. psychologiques*, 1921, p. 139.

« demandons-nous, ajoute Santenoise (1), si, dans le
 « maniement du gardénal, il n'est pas indiqué d'inter-
 « rompre l'administration du médicament et de le
 « remplacer par un autre. »

Ces théories sont d'accord avec les enseignements des anciens auteurs, qui prescrivaient de décongestionner et de désintoxiquer le comitial, au moment où, avant la crise ou après l'accès, la confusion apparaît sous forme d'obnubilation de la conscience, de torpeur intellectuelle et de tendance aux impulsions. A ce moment, les phénomènes d'auto-intoxication se révèlent au médecin par l'enduit saburral de la langue, la fétidité de l'haleine et tous les symptômes habituels de l'insuffisance hépatique et de la dyspepsie gastro-intestinale.

Dans ce cas, depuis trois ans, j'emploie avec succès dans mon service l'ipéca, à la dose de 2 grammes, en une seule prise, dans un verre de bière, le matin, à jeun. Le comitial qui vient se plaindre de malaises vagues, de céphalalgie, de constipation, d'anorexie est alité un jour ou deux et mis à la diète après sa prise d'ipéca. Il est bien rare que, le lendemain, il ne demande pas à se lever, le teint clair, la parole plus nette et débarrassé de ses idées hypochondriaques et de ses malaises.

Nous n'avons jamais observé d'inconvénients à cette méthode, à la condition que l'état du cœur et du pouls soit vérifié. En effet, vomitif à la dose de 1 à 2 grammes, expectorant et décongestif, l'ipéca pourrait amener de l'hypothermie et des défaillances cardiaques chez un sujet débilité et dont le myocarde ne serait pas indemne.

Ces résultats favorables ont été observés avant nous dans le Service de l'Infirmierie spéciale par notre collègue de Clérambault, qui applique la médication vomitive à de nombreux cas de médecine mentale.

(1) SANTENOISE. — Epilepsie et système neuro végétatif Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et de d'épilepsie. *Presse médicale*, avril 1922.

CLAUDE, SANTENOISE et TINEL. — Recherches sur l'état du système neuro-végétatif chez les épileptiques. *Société médico. psychol.*, mai 1923.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 31 MARS 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Borel, Collet, Cullerre, Guiraud, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

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

M. le *Président* fait part de la nomination récente dans l'ordre de la Légion d'honneur, de M. Raymond Mallet, trésorier de la Société, et lui adresse les félicitations de ses collègues.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Prince (de Rouffach), qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;

une lettre de M. le D^r Lhermitte, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hospice Paul-Brousse, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire de la Société. Sont désignés pour faire partie de la Commission, MM. Pactet, Claude et André Collin, rapporteur. L'élection aura lieu à la séance d'avril ;

une lettre de M. le D^r Dabout, qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant. Une commission est nommée, composée de MM. Dupain, Henri Colin et Fillassier, rapporteur ;

une lettre de la Société de Chimie industrielle, qui demande des renseignements au sujet d'un rapport dont elle s'est chargée sur le budget général de la Recherche scientifique en France.

M. René CHARPENTIER transmet une invitation de la SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE aux membres de la Société médico-psychologique pour la réunion de printemps qui se tiendra les 14 et 15 juin 1924 à Lugano.

Thème de Discussion : « *L'Hérédité en psychiatrie* »
M. le Président remercie et engage les membres de la Société à s'inscrire.

Encéphalite Epidémique et Perversions Sexuelles

Par M. REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN

La question n'est pas encore résolue des rapports étiologiques absolus ou relatifs de l'Encéphalite Epidémique avec les troubles mentaux qui peuvent succéder à l'épisode aigu. La relation du cas suivant, observé dans le service du Docteur Colin, puis dans celui du Docteur Truelle, peut apporter une contribution à cette étude, par l'interprétation des manifestations morbides, et notamment des importantes réactions d'ordre sexuel qui motivèrent l'internement.

On envisagera successivement : I. Les faits, depuis l'épisode aigu jusqu'à l'entrée à l'Asile. II. L'état mental et neurologique constaté depuis l'internement. III. Les renseignements relatifs aux antécédents de la malade.

I. Mlle Georgette C., âgée de 19 ans et demie, a présenté en décembre 1919 une atteinte d'encéphalite épidémique nettement caractérisée (hypersomnie pendant deux semaines, fièvre avec température à 40°, diplopie, sialorrhée, myoclonies dans les membres supérieurs), affection pour laquelle elle fut hospitalisée à Claude-Bernard pendant quarante-deux jours.

Après six semaines passées à la campagne, elle rentre à Paris, essaye de reprendre des études préparatoires au brevet, mais en est empêchée par des maux de tête fréquents. Dès lors, elle aide vaguement sa mère dans les soins du ménage, mais devient vite déprimée, inactive, découragée, exprime des préoccupations hypocondriaques et reste enfermée de longues heures dans sa chambre. Elle ne peut s'appliquer à aucun travail suivi, néglige sa toilette, devient oublieuse des convenances les plus communes, s'irrite facilement et à la moindre contrariété est sujette à des crises de larmes, à des accès de colère au cours desquels elle se montre violente et manifeste des idées de suicide. Les senti-

ments affectifs pour ses parents tendent à s'effacer ; elle devient égoïste et très exigeante. Elle résiste aux conseils de sa mère, l'injurie souvent, menace à trois reprises de la tuer et s'arme une fois d'un couteau en lui disant : « Si tu veux, on va se battre et puis je me tuerai » ; son père la désarme.

Des tendances érotiques manifestes sont la cause de remontrances de la part des parents et de menaces de la part de la malade. Elle veut constamment sortir de la maison, courir les rues où elle aborde n'importe quel inconnu ; si même elle traverse simplement la chaussée pour aller faire quelque course, elle essaye d'accoster jeunes ou vieux.

En juin 1922, elle rencontre dans le métropolitain un jeune homme, parfaitement inconnu d'elle ; il lui aurait dit avoir « une communication importante à lui faire » et sur cette simple invitation elle se lie immédiatement et le suit dans une chambre d'hôtel... Déflorée dans ces circonstances, sans aucune résistance, elle rentre chez ses parents, cache son aventure, puis la nie à sa famille mise en éveil par des voisins. Le lendemain, la mère fait remarquer à la malade le sang qui a taché sa chemise et Georgette avoue le fait, bien simplement d'abord, puis s'irrite et répond aux réprimandes par des insultes et des menaces violentes.

Comme le lendemain son père l'appelle avec insistance pour qu'elle vienne se mettre à table et comme il lui reproche son caractère insupportable ainsi que sa conduite de l'avant-veille, elle s'excite brusquement et s'écrie : « Oh bien ! j'en ai assez avec la vie » et saute d'un bond par la fenêtre du 2^e étage : fracture ouverte de la jambe droite avec gros délabrement nécessitant une amputation au tiers supérieur.

En juillet 1923, apparaissent pour la première fois des « visions ». La nuit, la malade distingue des hommes et des femmes ayant des rapports sexuels ; d'autres tiennent un coutelas qu'ils lui enfoncent dans la cuisse. Elle voit des animaux, des chats, un chat noir qui la mord et lui tire les cheveux. Elle accuse la voisine de l'étage inférieur de lui envoyer des souris par un trou fait au parquet et ses parents la surprennent à plusieurs reprises, la nuit, agitée, sous son lit, examinant et détériorant le plancher ; elle-même va se plaindre de la voisine au commissariat.

Enfin, en novembre 1923, comme ses parents ne relâchent pas la surveillance qu'ils exercent sur elle et s'opposent à la laisser sortir seule, elle les menace de s'enfuir dans une maison close pour se soustraire aux reproches des siens et satisfaire ses tendances.

Le 17 janvier 1924, Georgette est conduite à Sainte-Anne. Le certificat d'admission est le suivant : « Troubles mentaux persistant depuis quatre ans et paraissant constituer une séquelle de l'encéphalite épidémique, consistant en : troubles du caractère, irascibilité, réactions violentes (s'est jetée par la fenêtre à la suite d'un reproche), sensiblerie (pleurs sans motif plausible), incurie (n'a pas soin de sa toilette, ni de ses vêtements), indifférence affective (menace de tuer sa mère), amoralité (lie conversation dans la rue avec des inconnus, a suivi l'un d'eux dans un hôtel, a menacé sa famille de s'engager dans une maison close), hallucinations nocturnes (en particulier d'ordre érotique et s'exagérant aux époques menstruelles), idées de persécution. » Dr Le Maux. Tels sont les faits avant l'internement.

II. A l'asile, Georgette est insupportable. Elle cherche constamment à embrasser ou à se faire embrasser, de préférence sur la bouche. « Comme un de mes cousins le faisait jadis, dit-elle, avant l'encéphalite... je l'y forçais. » « Ça me fait du bien au cœur, ça me remplit d'aise... j'éprouve un plaisir immense à être embrassée sur la bouche. » Elle s'efforce ainsi d'embrasser les malades, n'importe lesquelles, les médecins, les infirmières. « Il suffit d'une caresse pour que je me donne à un homme... je vous aime déjà... embrassez-moi simplement alors ! »

Elle quitte son lit pour aller découvrir les autres malades et se livre sur elles à des attouchements multiples, se méfiant cependant de n'être pas surprise ; elle importune sans cesse ses camarades de ses propositions. Prise en défaut, en flagrant délit, elle nie l'évidence et proteste avec indignation contre ces « accusations infâmes ».

Désagréable, capricieuse, elle s'irrite si on la fait changer de lit et se plaint du personnel ; elle est la cause de disputes et de batailles dans le dortoir. Opposante, autoritaire, elle tente du chantage par menace de se suicider si on veut la faire obéir ou si on lui refuse ce qu'elle veut. Elle traverse, d'autre part, des périodes nettes et fréquentes d'excitation de nature coléreuse ; à plusieurs reprises, elle a donné des coups de pied aux malades, aux infirmières et refusé d'aider au ménage, de faire son lit, cassant la vaisselle qu'on lui demandait d'essuyer. Envoyée, sur sa demande, à l'atelier de couture, elle n'y travaille qu'une demi-journée ; ses compagnes qu'elle aborde et dérange sans cesse, qu'elle prend par le bras, s'éloignent d'elle et Georgette se plaint d'être laissée à l'écart. Elle brode bien cependant quand il lui plaît de le faire au quartier. Elle écrit quelques lettres à une amie à qui elle raconte ses rêves et ses « visions ».

Ces « visions » qui datent maintenant de huit mois et persistent encore ont le caractère de rêves prolongés, d'hallucinations oniriques visuelles, cénesthésiques ou psychomotrices. Sur un lit, près du sien, « sur un édredon sort deux chats, l'un noir, l'autre gris... une forme humaine blanche sort de l'ombre avec un fusil à la main... des poissons en étoffe rampent près d'une cascade... ». Il y a quelques jours elle nous racontait : « La nuit dernière, je sentais un chat dans la main ; je croyais sentir ses poils et ses griffes ; j'ai serré la main ; une force m'a obligée à l'ouvrir... Ça me réveille souvent la nuit et quand je me réveillais je le voyais se sauver. Quelquefois j'entendais un miaulement... Presque chaque nuit, je vole dans les airs avec mon lit. » Ces « visions » sont encore très actives à l'heure actuelle ; par contre, les réactions perverses et surtout sexuelles paraissent diminuer depuis quelques semaines et la surveillance de la malade peut être moins étroite.

Georgette, par ailleurs, se plaint d'avoir « l'esprit un peu brouillé » et une mémoire moins fidèle. On note, par moments, de la lenteur des réactions verbales au départ, d'ailleurs compensée en quelque sorte, au point de vue de l'expression, par la précipitation du débit. Les réponses sont pertinentes, souvent vives, volontiers blessantes ou volontairement mensongères. La malade est instruite, mais présente une débilité mentale légère.

L'examen physique permet de constater un syndrome parkinsonien typique. Le visage est inexpressif, figé, séborrhéique, le regard fixe. Il y a de la sialorrhée, de la dysarthrie, certains mots devenant en outre incompréhensibles par la rapidité du débit, lors de quelques ébauches de tachyphémie paroxystique. Il existe une légère parésie faciale droite et de l'exophtalmie bilatérale ; la malade, myope, portait lunettes avant sa maladie. Les pupilles inégales au profit de la gauche sont régulières et contractiles.

Le tronc est soudé ; la démarche raide ; les mouvements automatiques et associés sont abolis ; l'hypertonie est moyenne ; on note un faible tremblement aux membres supérieurs, du dermatographisme et des sueurs abondantes.

Le pouls est à 88. L'appétit est bon. Le sommeil est mauvais, l'insomnie fréquente, les cauchemars nombreux. Malgré une certaine apparence d'anémie, l'état général est à peu près satisfaisant.

La jambe droite a été amputée au tiers supérieur ; la malade marche avec un membre artificiel.

Tels sont les faits observés à l'asile.

III. Les renseignements relatifs aux antécédents sont

importants. Georgette est allée à l'école jusqu'à 16 ans, a obtenu le certificat d'études primaires à 12, et le certificat d'études complémentaires à 13 et demi ; elle préparait le brevet élémentaire, pour être institutrice, quand elle est tombée malade. Réglée à 12 ans et demi, sa santé a été bonne jusqu'en 1919.

Fait important : Georgette, nous dit sa mère, a toujours eu un caractère « difficile, entier » ; il fallait « en venir à bout » ; elle était irritable, violente à l'occasion et d'autre part « hardie et familière », de tout temps, bien avant l'atteinte d'encéphalite.

Un oncle maternel était alcoolique. Le père, que nous avons vu, présente des signes typiques d'alcoolisme chronique, visage coloré, crampes, pituités matinales, humeur difficile, etc... ; il consomme deux litres de vin par jour et des apéritifs à l'occasion. Sa femme nous avait d'ailleurs dit spontanément qu'il est « un peu comme la fille » et de « caractère assez violent ».

De cet ensemble de faits nous retenons trois notions : 1° une atteinte d'Encéphalite Epidémique franche et grave en décembre 1919, non guérie actuellement ; 2° des troubles mentaux qui atteignirent leur maximum moins d'un an après l'épisode fébrile, persistèrent à peu près tels pendant plus de trois ans, pour ne diminuer d'intensité que depuis peu ; 3° des antécédents personnels et héréditaires.

La nature des rapports qu'ont entre eux ces différents phénomènes demande à être discutée et précisée, afin de tirer de ces faits une conclusion d'intérêt général.

Nous ne pensons pas que l'Encéphalite ait créé de toutes pièces et à elle seule une telle floraison de manifestations pathologiques. On est largement autorisé à parler de prédisposition originelle chez cette malade, dont l'oncle maternel et le père sont alcooliques et qui, d'autre part, portait en germe et avait même déjà manifesté des tendances avant l'Encéphalite, ainsi que le prouve la relation des antécédents que nous avons résumés.

La maladie a gravement augmenté ces tendances, c'est évident ; et c'est pourquoi nous avons principa-

lement insisté sur les réactions d'allure perverse, qu'on peut ainsi résumer : érotisme très marqué, absence du sentiment de pudeur, désir de prostitution, provocation à des actes homosexuels ; d'autre part, menaces de suicide avec tentative grave (défenestration), vanité, mythomanie ; enfin, colères, menaces de tuer sa mère, entêtement, opposition qui fait place à une suggestibilité pathologique en matière de satisfaction des tendances érotiques. Mais l'Encéphalite ne paraît pas avoir agi en exagérant à proprement parler la déviation du sens moral, encore moins en créant une psychose perverse. Son rôle a été de déterminer un état nouveau d'excitation psychique spéciale, agissant pour son propre compte et empêchant la malade de prendre conscience de ses tendances véritablement constitutionnelles et de les réfréner ; cet état est avant tout un état d'hyperthymie, de dysthymie.

Nous en trouvons la preuve dans la période de dépression qui marque le début des troubles mentaux, dans l'état d'excitation qui lui fait suite pour durer plus longtemps, dans l'existence — à côté des réactions sexuelles — de manifestations vaniteuses, coléreuses, opposantes, dans le caractère impulsif des actes les plus graves (défenestration, menace de tuer sa mère avec un couteau à portée de la main, consentement immédiat à suivre un inconnu et à se laisser déflorer par lui) ; enfin l'onirisme plus récent et les quelques idées délirantes que nous avons mentionnées montrent l'étendue des troubles mentaux et le caractère général des phénomènes pathologiques. Actuellement, d'ailleurs, les manifestations oniriques persistent très actives, tandis que les réactions perverses et surtout sexuelles tendent à s'estomper, ce qui nous paraît un argument de plus en faveur de l'interprétation que nous proposons.

Il nous semble, d'une manière tout à fait générale, que dans l'apparition des réactions perverses fréquemment rencontrées à la suite de l'Encéphalite Epidémique, il soit difficile d'admettre que cette affection soit seule et uniquement en cause. Les phénomènes constatés ne sont — le plus souvent — que le seul épanouissement

des tendances anormales antérieures à l'Encéphalite et la notion de l'âge de la malade n'est pas ici sans intérêt : ou bien le sujet était trop jeune pour que ses tendances aient eu le temps de se manifester et qu'on ait pu porter sur elles un jugement bien établi — et l'Encéphalite les fait apparaître ; ou bien les tendances anormales s'étaient déjà manifestées en ébauches plus ou moins nettes — et l'Encéphalite les exagère grandement.

De plus, en aucun cas la maladie n'agit uniquement en développant ces tendances à l'exclusion d'autres troubles psychiques ; elle n'aboutit pas à réaliser une véritable psychose perverse. Elle agit, semble-t-il, par un mécanisme beaucoup plus large, produisant des effets beaucoup plus généraux, des troubles mentaux multiples, parmi lesquels les perversions n'occupent qu'une place, même si cette place doit être au premier rang. L'ensemble des troubles relève d'un état d'excitation globale de l'humeur, de la sensibilité au sens en quelque sorte psychologique de ce mot ; c'est un état d'hypomanie, diraient certains, ou plus exactement d'hyperthymie, et qui commande à la fois l'exaltation des tendances anormales sexuelles ou autres, les troubles de la conduite, les actes à caractère impulsif, les accès d'excitation coléreuse, la difficulté de tout effort de qualité supérieure et l'impossibilité de le soutenir en vue d'une occupation suivie.

L'observation relatée vient à l'appui de cette manière de voir ; elle permet, dans les cas analogues, de considérer l'Encéphalite Epidémique vis-à-vis des manifestations perverses qui la suivent, comme un facteur occasionnel agissant d'une manière un peu spéciale, psychologiquement plus générale qu'il ne semble à première vue, et surtout avec une intensité particulièrement grande.

Perversions Sexuelles et Encéphalite Epidémique

(Service de l'admission)

Par M. CÉNAC (Présentation de malade)

L. Raymond, âgé de 16 ans, entre à l'Admission le 12 décembre 1923, venant de la Maison d'arrêt des Jeunes Détenus. Il est passé à l'Infirmierie spéciale où il fait l'objet du certificat suivant :

« Est atteint de reliquats d'encéphalite épidémique. « Torpeur psychique, réponses sommaires. Parole « ralentie et hésitante. Hypertonie prédominant à « droite, réflexe rotulien très exagéré, résistance sac- « cadée, trépidation au début des efforts ».

« Asynergie oculaire. Narine gauche rétrécie. Trou- « bles sudoraux. Inculpé d'outrages public à la « pudeur (masturbation, dit-il). Expertise Docteur « Collin. Irresponsabilité. Non-lieu. Incapable de se « diriger. A interner. »

DE CLÉRAMBAULT.

Raymond est d'une taille et d'une force sensiblement supérieures à celles des garçons de son âge. Son niveau intellectuel, par contre, n'a jamais dû être bien élevé. Il nous frappe à son entrée dans le service par une série de signes objectifs caractéristiques : son facies séborrhéique est légèrement asymétrique et peu expressif. Ses *muscles temporaux* présentent un certain degré *d'atrophie*. Il a un strabisme divergent de l'œil droit sans troubles de la vue manifestes. Sa démarche, son attitude soudée, ses tendances à la rétropulsion attirent immédiatement l'attention vers un syndrome Parkinsonien prédominant surtout sur le côté droit. Il présente en effet de l'hypertonie marquée et des réflexes tendineux vifs de ce côté au niveau du membre supérieur. On observe également par intervalle des troubles respiratoires se traduisant par de la polypnée et de temps à autre, le phénomène de la pédale au membre inférieur à droite.

Au point de vue mental, il paraît déprimé, ses

réponses difficiles à obtenir sont brèves, la lenteur de son idéation donne bien l'impression de la bradypsychie.

Il est le plus jeune de six enfants, normaux au point de vue mental et au point de vue somatique, il ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels.

Au point de vue héréditaire, *son père, ouvrier verrier, était alcoolique.*

Il n'a pas eu son certificat d'études, habitant Bourg d'Oisan, où il était employé depuis son jeune âge chez des fermiers, il n'allait à l'école que pendant les mois d'hiver quand les travaux des champs le lui permettaient.

En 1918, à l'âge de 13 ans, il est atteint d'une grippe présentant un certain caractère de gravité, dont il se remet cependant assez facilement. Sa santé reste bonne pendant 2 ans. Quand au mois de février 1920, il est pris de vomissements, de secousses dans les bras et au niveau des muscles péri-buccaux, le strabisme divergent apparaît à cette époque. Il se sent très déprimé, *il aurait dormi 10 jours* ; il semble avoir présenté pendant cette période de début de *l'onirisme terrifiant* dont il conserve encore un souvenir très vif.

Au mois de septembre 1920, son état empirant, nécessite son transfert à l'hôpital de La Tronche, à Grenoble. Il est alors dans un état d'agitation extrême, à prédominance nocturne, voulant toujours se lever, déchirant ses draps.

Il sort de l'hôpital au mois d'octobre 1921, sensiblement amélioré, mais essaie vainement de reprendre son travail à Bourg d'Oisan : il en est empêché par de la rétropulsion qui apparaît à cette époque, et qui ne fera que s'accroître par la suite. Après de multiples séjours chez ses frères et sœurs, une légère rémission dans son état lui permet en novembre 1922 de venir retrouver sa mère à Paris, et d'être embauché comme manœuvre dans une usine de la rue St-Fargeau, où il reste 8 jours. Il travaille par la suite pendant huit mois chez un quincailler comme garçon de courses.

Les troubles réapparaissant en avril 1922, déterminent son retour à l'hôpital de Grenoble où il passe six mois. Il revient à Paris au mois de novembre 1923.

C'est peu de temps après son arrivée dans cette ville, qu'il commet les actes ayant abouti à son arrestation. Le 8 novembre 1923, il sort vers deux heures de l'après-midi pour aller se promener ; il s'assied à 200 mètres de sa maison, sur un banc, dans la rue Bolivar. Il aperçoit alors, se dirigeant vers lui, une femme de 40 ans ; s'assurant qu'il est bien seul dans la rue, il sort sa verge et s'onanise devant cette femme sans provoquer cependant d'érection. La femme l'a aperçu, l'invective, et le menace d'avertir les agents ; le malade ne lui répond pas mais se sauve en courant. Arrivé chez lui, il ne dit rien à sa mère de ce qui lui est arrivé.

Quelques jours après, le 12 novembre 1923, se trouvant dans le parc des Buttes-Chaumont, vers 3 heures de l'après-midi, assis sur un banc, il aperçoit une jeune fille de 14 ans à quelques mètres de lui, il exhibe de nouveau sa verge et se masturbe, sans érection encore cette fois. La jeune fille s'en va sans rien lui dire, mais alors apparaît en scène la femme de la rue Bolivar qui, l'ayant suivi et ayant surpris son geste, appelle des agents et fait arrêter notre malade.

Interrogé par nous sur ces faits, L. nous avoue n'avoir jamais connu de femmes, se masturber depuis l'âge de 15 ans une ou deux fois par semaine. On ne relève pas dans les antécédents du malade d'actes d'exhibitionnisme ou de perversions sexuelles. Il ne paraît pas avoir mesuré entièrement la portée de son acte, dans lequel nous ne retrouvons pas les caractères habituels de l'impulsion-obsession : il paraît plutôt avoir agi sans discernement.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un malade ayant commis en public des actes sexuels qui ont entraîné son arrestation. Avons-nous ici affaire à une perversion sexuelle pure et simple ? Nous ne le croyons pas. La débilité mentale de Raymond ne nous paraît pas non plus pouvoir expliquer à elle seule les troubles de sa conduite.

Quelle part faut-il attribuer à l'Encéphalite épidémique ? Et pouvons-nous affirmer que cette affection aurait suffi pour provoquer de pareils actes ?

La constatation de *l'éthylisme chez le père de notre malade* ne nous permet pas de conclure en incriminant purement et simplement l'Encéphalite comme seule cause de ses actes d'exhibitionnisme.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les deux communications précédentes posent le problème des perversions instinctives acquises. *A priori* je ne vois pas d'impossibilité à ce que l'encéphalite épidémique détermine des altérations structurales entraînant des perversions instinctives chez des sujets jusqu'alors indemnes. Cependant mon expérience personnelle m'a jusqu'à présent toujours montré dans ces cas des antécédents pathologiques héréditaires et personnels, de telle sorte que l'encéphalite épidémique me paraît être en général qu'une *révélation de perversions instinctives d'origine héréditaire*.

Cette mise en valeur de terres latentes dépend de mécanismes variés. Souvent, comme chez le malade de M. Reboul-Lachaux, c'est un *état d'excitation* rappelant l'hypomanie. Il en était de même chez une petite malade qui m'a été amenée récemment parce qu'elle volait, vendait au bazar des objets qu'elle prenait chez sa mère, mentait, cassait des objets, sortait à tout instant, se disputait avec ses camarades, etc. Très aimable avec des étrangers, elle cherchait à plaire, à briller, à se rendre intéressante, mais parfaitement insupportable dans l'intimité, et particulièrement excitée le soir et la nuit, allant à l'hôpital réveiller ses compagnes pour leur raconter des histoires. Elle a dû être internée. Or il existait dans ce cas de grosses tares héréditaires, signées par un strabisme externe gauche congénital et un Wassermann sanguin négatif ne suffit pas pour éliminer sûrement l'hérédo-syphilis.

La révélation encéphalitique des perversions instinctives peut relever d'autres atteintes des facultés synthétiques supérieures. J'accepterais donc volontiers la conclusion de Vermeylen (1), qu'en général *il ne s'agit pas de création de tendances nouvelles*, mais d'un développement de tendances demeurées jusque-là latentes.

M. André COLLIN. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Laignel-Lavastine. Je pense cependant qu'il existe certains malades que des circonstances favorables ont permis d'observer longtemps avant l'atteinte d'encéphalite épidémique et qui quelques mois et au plus deux ans après la guérison apparente de leur affection ont manifesté des perversions instinctives dont rien jusqu'alors n'avait pu laisser supposer l'existence. La maladie a-t-elle été révélatrice d'un état latent impossible à déceler ou a-t-elle profondément modifié la manière d'être du sujet ? Je crois que pour certains cas qui ne peuvent être acceptés qu'après connaissance précise de l'état antérieur du malade la seconde manière de voir est acceptable.

M. TRUELLE. — Ainsi que M. Briand, je crois qu'il serait très instructif de produire dans nos Sociétés le plus de cas possibles analogues à ceux-ci. Cela permettrait sans doute d'avoir sur les rapports entre l'encéphalite et les perversions instinctives une opinion plus précise.

Pour ce qui est de la première malade que je connais particulièrement puisqu'elle est dans mon service, je suis absolument de l'avis de M. Laignel-Lavastine. Et je puis résumer ainsi mon opinion sur elle : hérédité, perversions instinctives en herbe, encéphalite, perturbation thymique consécutive, se résolvant en un état d'excitation qui renforce, exacerbe et donne un caractère pathologique aux tendances perverses antérieures.

(1) VERMEYLEN. — Les troubles du caractère chez les enfants à la suite de l'encéphalite. *Soc. de médecine mentale de Belgique*, 1923.

Une auto-mutilation révélatrice d'un état schizomaniac

Par H. CLAUDE, A. BOREL et G. ROBIN

Gaston F., âgé de 30 ans, dessinateur en broderies, est entré à l'Asile Ste-Anne le 25 janvier 1924 à la suite d'une auto-mutilation d'un caractère un peu spécial.

Il se promenait le matin du 11 décembre, sur le Boulevard de Ménilmontant quand, arrivé à la hauteur du Père-Lachaise, il se mit à fixer le soleil et, recevant de ses rayons l'ordre impératif de s'arracher un doigt, sans hésiter, sans ressentir aucune douleur, saisit entre ses dents son index gauche, sectionna successivement la peau, les tendons fléchisseurs et extenseurs, les ligaments articulaires au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, tordit de sa main droite l'extrémité de son index gauche ainsi dilacéré et l'arracha complètement. Il tenta de fuir devant les agents, qui réussirent cependant à s'emparer de lui et le conduisirent à l'hôpital.

Tels sont les faits. Pour les expliquer et pour arriver à diagnostiquer ce cas, il est utile de décrire l'histoire du malade et d'analyser les mobiles de son acte.

D'après les renseignements fournis par son frère et par le malade lui-même, Gaston eut une enfance normale. Il était cependant d'une grande timidité, un peu sauvage, et facilement rêveur. Intelligent, il apprenait facilement à l'école, eut son certificat d'études à 13 ans et travailla dès l'âge de 14 ans, d'abord dans la photogravure, puis dans le dessin de broderies. Il fit sans incident son service militaire, à Toul, en 1913. Suspect de tuberculose pulmonaire, il fut réformé; il fut repris en 1914 et réformé temporairement en 1915. Il fit le métier de marchand forain en articles de broderies jusqu'à la fin des hostilités, recommença à être dessinateur, mais désirait redevenir forain. En réalité, il avait tendance à vivre aux dépens de sa famille,

tout en se montrant indifférent à son égard, aimant la solitude et la rêverie. Depuis 2 ans, à la suite d'une discussion avec ses parents, qui lui reprochaient sa paresse, il vivait complètement retiré, restait parfois plusieurs jours sans sortir de sa chambre, s'alimentait insuffisamment, se complaisait dans les lectures des mystiques et des doctrines hindoues. Il se sentait en les lisant « se retirer de la vie directe ». Il aimait Nietzsche, les écrivains russes et faisait partie depuis 3 ans d'une secte : « Les veilleurs », chargés de sauvegarder la foi dans le monde.

Selon l'expression de son frère, « il n'a pas la notion du temps, manque d'énergie, ne vit jamais dans la réalité. Il a toujours manqué du pouvoir de se réaliser. ».

Le malade acquiesce à un tel avis mais, selon lui, « le fond de ses ennuis est une chose sexuelle, une chose ratée ». Il a toujours été timide, sauvage, parce qu'il se trouvait trop malingre pour être entreprenant avec les femmes. Cependant, il devint en 1907 l'amant d'une femme mariée, plus âgée que lui. Il s'attristait de ne pas gagner suffisamment d'argent pour lui proposer de vivre avec lui, de ne pouvoir faire sa vie avec elle, de ne pouvoir avoir des enfants (elle était hystérectomisée). Il semble qu'ils aient renoncé à toutes relations sexuelles dès 1918, sans avoir cessé de se voir.

En 1920, il l'a perdue de vue complètement. Cependant son souvenir ne l'a pas abandonné. Il rêve d'elle (onanisme avec représentations de cette femme).

C'est sous le coup de cette déception amoureuse qu'il aurait éprouvé de l'ennui, du dégoût de la vie, se serait isolé de son milieu normal, qu'il trouvait mesquin, et aurait montré cette inactivité progressive qui le fit se brouiller avec sa famille. Et surtout, c'est à son chagrin qu'il attribue le fait qu'il ne faisait aucun progrès en peinture. En effet, à côté du dessinateur et du marchand forain, il y avait un autre homme, un artiste, un rêveur, portant aux choses de l'art un intérêt passionné. Au début de la guerre, le danger le rendant vigoureux, il faisait de solides des-

sins. Depuis, selon son expression, il n'était plus à la page. Ses amis peintres avaient évolué plus vite que lui. Il a senti leurs moqueries parce qu' « il était trop gras », donc « moins intellectuel » qu'eux. Il se sentait inférieur à ce qu'il aurait dû être. Son ancienne maîtresse était peintre comme lui. Les souvenirs d'un amour déçu influencèrent défavorablement sa peinture, l'empêchèrent d'être « stable », il le croit. Ses expressions sont pittoresques : il lui « manquait la conscience de la réalité ». « Il sentait du flou en lui ». Ses dessins manquaient de solidité, de vigueur, de matière. Il prétend avoir souffert de la promiscuité de l'atelier où il travaille. Il est méfiant. Il n'aime pas les plaisanteries. Il y a quatre mois, il se serait battu avec un ouvrier qui l'aurait traité de pédéraste. Il croyait sentir peser sur lui le reproche de n'avoir pas été blessé pendant la guerre, et, d'après le malade lui-même, c'est un des éléments qui ont pu contribuer à l'auto-mutilation.

Un autre élément, à son avis, serait le fait qu'il avait lu dans un journal que le mari de son ancienne maîtresse avait été blessé dans un accident de tramway, 10 jours avant sa mutilation. Il voulait accomplir un sacrifice comparable dans le but d'expié le mal qu'il lui avait fait en lui prenant sa femme.

Mais il semble que les raisons les plus impérieuses de son acte doivent être cherchées dans le désir qu'il avait de se « ressaisir » en peinture. Dans les premiers jours de décembre, il abandonna l'atelier dans le but de reprendre son existence de marchand forain. Il dessinait lui-même des ouvrages de broderie qu'il vendait ensuite sur les marchés, et il comptait ainsi, tout en continuant son commerce, gagner l'Italie où il visiterait les villes d'art. Il voulait « prendre conscience », « se réveiller ». C'est pourquoi il s'était isolé, désirait « se chercher par lui-même, s'individualiser pour prendre, acquérir sa personnalité, donner une charpente, une forme à des choses vagues ». Il évitait les contacts, se « retirait de la vie directe », mais afin de pouvoir reprendre plus tard une existence plus sociable.

Pour arriver à « se recréer, à se reprendre en main, à se retrouver, à agglomérer les choses, à totaliser plastiquement les sentiments et les idées », il songea d'abord à un « suicide utile ». Il jouerait le tout pour le tout : en se jetant sous un tramway. « S'il en réchappait, il était sauvé. » Cependant, ce n'est pas le suicide qu'il voulait, mais plutôt « courir un risque ». Car, dit-il, « quand on se jette à l'eau, au moment de mourir on se ressaisit, on lutte » et, pendant la guerre, c'est au moment où il risquait le plus sa vie qu'il avait fait ses meilleurs dessins. « Il désirait retrouver une époque aussi heureuse, se réveiller par un coup de fouet, sortir de sa torpeur. » Il se rendait compte qu'il allait commettre une folie, mais il ne savait pas laquelle. Dans les jours qui précédèrent l'auto-mutilation, il prit plusieurs verres de rhum et de cognac. Il se demande encore s'il n'a pas été influencé par la biographie de Van Gogh, dans laquelle il avait lu que le peintre, pris d'un accès de folie, s'était coupé une oreille et l'avait envoyée à une fille d'une maison de prostitution. C'est alors qu'en se promenant, le 2 décembre, sur le Boulevard de Ménilmontant, « il prit aïe du soleil, se suggestionna, fixa le soleil pour s'hypnotiser, devinant que sa réponse était oui ». Il crut recevoir ainsi un assentiment : « Feignant, fais quelque chose, sors de cet état », semblait-il deviner par transmission de pensée. « Ça ne me paraissait pas énorme, ajoute-t-il, après avoir eu l'idée du suicide, de m'enlever un doigt. Je me disais : « Je peux toujours faire cela. »

Il prétend n'avoir pas souffert et, interrogé aussitôt après l'acte, il répondait avec indifférence, souriant d'un air discordant, comme s'il se fut agi d'une chose toute naturelle, paraissant satisfait d'avoir accompli son geste, déclarant que si c'était à refaire il le referait.

A l'asile, il est calme, correct, n'a pas présenté d'impulsions. A part ses conceptions étranges, qui peuvent être interprétées dans une certaine mesure par une défaillance des facultés du jugement, on ne trouve pas d'affaiblissement intellectuel. Il est capable d'un effort mental. Sa mémoire est intacte.

Il vit isolé, parle très peu, tient dans la main un livre sur les artistes, de Mirbeau. C'est le titre qui lui plaît, car il n'a pas lu plus avant que la 4^e page.

Il est indifférent à son sort, ne demande pas à quitter l'asile. « Si vous voulez me faire sortir, faites comme vous voudrez, je me laisse faire. » Il désire se reposer, tâcher de voir clair en lui, arriver à se comprendre. « Son dynamisme, dit-il, est fatigué. » Son activité à l'asile est à peu près nulle. Il répond quand on l'interroge, mais il faut forcer son attention. Il n'est pas exempt de contradictions, mais peut-être convient-il de les rattacher à son indifférence générale. Sa conversation est un peu maniérée, parfois il recherche ses mots, ses phrases contournées sont souvent obscures. Il a une vague conscience de ses troubles, mais ne s'en inquiète nullement. Ce qui domine dans son état, c'est l'indifférence, l'apathie, le ton neutre avec lequel il donne des renseignements — par ailleurs exacts — l'absence de conviction dans ses propos, la tendance aux contradictions, la discordance dans la mimique, l'air distrait et absent qu'il présente, l'absence de spontanéité de l'attention, le tout contrastant avec les facultés intellectuelles, intactes lorsqu'elles sont sollicitées individuellement, et dissociées dans leur synthèse générale.

Antécédents personnels : Il a été réformé temporairement en 1913 pour bacillose pulmonaire. Traitement actif et régulier.

Signes physiques : Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Il existe de la lenteur de l'accommodation. Pas de dysarthrie. Pas de céphalée. La réflexivité est normale, ainsi que la sensibilité.

Dosage d'urée dans le sang : 0,40.

Examen du L. C.-R. : alb. : 0,20 p. 1.000 ; Lymph. : 1.

Réaction du benjoin : négative.

Réaction de Wassermann dans le sang et dans le L. C.-R. : négative.

Ainsi, chez ce jeune homme de 30 ans, il a fallu cette auto-mutilation, d'un caractère véritablement démentiel, pour mettre à jour les tendances profondes d'un individu qui menait en réalité deux vies : l'une

positive, matérielle, en qualité de dessinateur en broderies, existence à peu près normale, malgré certaines irrégularités ; l'autre artistique, toute intérieure, entraînant Gaston F. à s'isoler de l'ambiance, à fuir la réalité. Il y eut en quelque sorte une lutte entre ces deux modes d'existence, et l'auto-mutilation, nous l'avons vu, représentait dans l'esprit du sujet un essai de réadaptation à l'ambiance.

Ce cas n'est pas banal. Il était intéressant d'essayer de le situer d'une façon précise dans la psychiatrie actuelle.

L'acte morbide, malgré son caractère impulsif, a été accompli en toute conscience. Il est mnésique. Il n'appartient pas à une série d'autres actes morbides revenant par intervalles. Il n'a pas les caractères de l'équivalent comitial. Jamais le malade n'a présenté de crises épileptiques ou de vertiges. L'hypothèse d'un terrain épileptique ne peut être retenue.

L'absurdité de l'auto-mutilation, l'indifférence de Gaston F. à ce sujet, l'apathie générale qu'il présente, la notion d'une syphilis contractée en 1914 incitèrent à un examen neurologique sérieux qui resta sans résultats et à une ponction lombaire qui, nous l'avons dit, ne révéla rien d'anormal. Du reste, l'absence d'affaiblissement intellectuel global, la conservation parfaite de la mémoire, la faculté de raisonnement du malade, ne nous faisaient rechercher la paralysie générale que pour nous permettre de rejeter complètement ce diagnostic.

Il est bien évident que Gaston F. se présentant sans entrain, apathique, l'air absent, distrait, pourrait faire penser que quelque chose le préoccupe, inhibe sa pensée. En réalité, il n'existe chez lui aucune concentration douloureuse. Il n'est pas triste, il nous le dit lui-même. Il ne se plaint pas, il ne demande rien. Il n'est nullement anxieux. Quand il dit avoir voulu se jeter sous un tramway, quand il raconte l'acte qui le fit interner, il ne donne pas l'impression d'avoir voulu se suicider. Au contraire, il avait l'intention de se ressaisir, de vaincre l'espèce d'impuissance qu'il ressentait en lui. Il n'eut jamais vraiment d'idées de suicide.

Aucune idée délirante de nature mélancolique ne peut être relevée. Pas plus dans les réactions extérieures que dans le fond mental, l'hypothèse d'un état mélancolique à la base de ses troubles ne paraît devoir être plus longtemps examinée.

D'après son attitude rêveuse, d'après le sentiment d'impuissance psychologique qu'il décrit, Gaston F. pourrait davantage faire penser à un psychasténique. Il se sentait impuissant à agir. Sans s'accuser précisément, il était mécontent de lui-même, se trouvait un peu incapable, ne se sentait pas le maître de la réalité ambiante. Cependant, cet état restait très léger. Ce sentiment d'impuissance allait sans malaise profond, sans inquiétude, sans anxiété. Jamais il n'eut d'obsessions. Il n'est ni un douteur, ni un humilié. Il ne souffre pas dans son affectivité. Il a toujours préféré la vie intérieure, la rêverie, le séjour à l'asile lui est un refuge, il ne proteste pas contre l'internement. Ce n'est pas tant la réalité extérieure qu'il a essayé de ressaisir par son geste, qu'une manière plus robuste, plus concrète de peindre. C'est encore dans le monde idéal que son acte morbide a fixé son but. Enfin et surtout, c'est le contraire du psychasténique que cet individu indifférent à l'ambiance, ne faisant aucun effort pour sortir de son état, insoucieux de son sort.

Aussi serrons-nous de beaucoup plus près le problème en parlant pour notre malade de démence précoce. C'est l'opinion des médecins qui ont rédigé les certificats d'internement. Il est certain que le caractère impulsif de l'auto-mutilation, l'indifférence affective qu'il offre à l'examen, ses sourires discordants par intervalles, son attention difficile à capter, l'incapacité où on se trouve de déterminer chez lui un effort mental, son maniérisme d'expression, l'obscurité de ses formules, l'apathie générale de son attitude et le ton morne de ses discours forment un tableau clinique bien proche de la démence précoce. Et cependant, malgré leur obscurité, les réponses sont presque toujours correctes, adaptées, les propos ne sont pas décousus. Il n'y a jamais de réponses à côté, de verbigéra-

tion, de néologismes, non seulement la mémoire est parfaite, mais le jugement en dehors de l'explication fournie sur l'acte morbide délirant s'exerce convenablement, les associations d'idées sont lentes, rares, mais toujours normalement formées, aucune faculté intellectuelle prise en elle-même n'est atteinte, le comportement général de l'individu est satisfaisant, le malade est doux, docile. On ne peut pas parler d'affaiblissement intellectuel et, malgré l'apparence démentielle de l'auto-mutilation, il s'agit plutôt d'une dissociation déjà avancée, évoluant, semble-t-il, vers la dislocation des facultés intellectuelles. Cette dissociation dans la synthèse intellectuelle nous paraît l'expression morbide d'un trouble plus profond, constitutionnel : la tendance schizoïde, c'est-à-dire la tendance à préférer la vie intérieure à la vie extérieure, la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique. La vie du sujet eût pu se passer normale en apparence dans cette lutte entre la réalité ambiante et les tendances à la rêverie, aux conceptions artistiques et rien jusqu'ici n'avait révélé à l'observateur un trouble latent. L'auto-mutilation a mis au jour les progrès que faisait l'« autisme » dans la vie du sujet et l'essai de réadaptation que tentait ce dernier. La constitution schizoïde a abouti ici à un état schizomaniaque dont il n'est pas téméraire de craindre une évolution vers une désagrégation plus profonde, en un mot vers la schizophrénie confirmée. Cet exemple nous a paru démonstratif quant à la difficulté qui se présente en clinique de porter un diagnostic sur ces sujets qui, d'une part, ont l'aspect de déments précoces et, d'autre part, n'ont pas d'affaiblissement intellectuel, pas de stéréotypies, pas de néologismes, pas de symptômes catatoniques, etc... Et surtout, ce cas nous a semblé recevoir une explication logique et rationnelle en même temps qu'une place précise dans une classification, grâce à la notion de constitution schizoïde menant aux états schizomaniaques.

DISCUSSION

M. DUMAS fait remarquer que la tendance schizoïde (tendance au rêve intérieur, désadaptation du réel, etc.) est à peu près normale chez les adolescents et il rapporte à l'appui de cette remarque une enquête faite par lui il y a 20 ans sur des adolescents de quinze ans. Il y aurait intérêt, pense-t-il, à insister sur ces faits normaux qui se rattachent comme toujours aux faits pathologiques par des transitions insensibles.

M. BOREL. — La tendance à la rêverie est en effet générale et l'on peut dire que tous les individus y sont plus ou moins enclins. Il semble cependant qu'il y ait des sujets chez lesquels cette tendance prend un développement considérable et justement chez les sujets à constitution schizoïde tel que le malade que nous présentons aujourd'hui.

De l'établissement d'un fichier central et d'un carnet médical individuel pour les aliénés

Par M. DABOUT

Depuis le mois dernier, où j'ai eu l'honneur de vous faire ma communication sur le carnet médical individuel des aliénés, j'ai poursuivi mes recherches dans les textes de lois et dans les services administratifs des Asiles. Des collègues, des amis ont bien voulu m'instruire de ce qu'ils savaient sur les remaniements de la loi de 1838, ils m'ont fourni une documentation livresque, des rapports présentés au Sénat, à la Chambre des Députés, ou par l'Inspecteur général des services administratifs, et, plus je suis entré avant dans cette question de la libération prématurée des aliénés, plus je me suis convaincu que nous nous devons à nous-mêmes d'aboutir sur la question mise à l'ordre du jour de notre Société.

Depuis qu'il y a des aliénés, la date de leur libération est à l'ordre du jour des sociétés savantes et des

Parlements. Mais si l'on peut remonter à cet égard aussi loin que la mémoire des hommes puisse se souvenir, il faut avouer que la psychiatrie est d'origine toute moderne, et que si des décisions n'ont pas été prises par nos prédécesseurs, c'est qu'ils ne se sentaient pas assez sûrs d'une science encore dans l'enfance pour proposer aux législateurs des mesures équitablement établies sur des considérations scientifiques certaines. Il n'en est plus de même aujourd'hui. La psychiatrie a sa nosographie. Elle peut, dans la majorité des cas qui lui sont soumis, prévoir l'évolution de la maladie mentale. Elle peut et doit prévoir la libération ou l'internement définitif d'un aliéné. Elle doit rendre à la Société le psychopathe guéri, elle doit garder dans ses asiles l'aliéné dangereux et l'empêcher d'être nuisible à autrui. La création d'un carnet médical individuel pour chaque aliéné doit vous en fournir les moyens. Je ne reviendrai pas sur le fonctionnement du carnet médical individuel tel que je le conçois. Je vous l'ai longuement exposé dans la dernière séance. Mais je vais, par des exemples puisés dans les nombreuses recherches que j'ai faites, vous montrer pourquoi des omissions s'opèrent dans la transmission des dossiers d'asiles à asiles, pourquoi la libération prématurée de certains aliénés a été possible jusqu'à ce jour.

A la vérité, les dossiers eux-mêmes ne sont pas transmis d'un asile à l'autre, lors du transfert d'un aliéné. L'asile transmet la copie des certificats prévus par la loi (certificats d'entrée et de quinzaine, certificats de situation), mais le dossier reste à l'asile, dans les services administratifs, et le vrai dossier médical, avec ses observations quotidiennes, ses recherches de laboratoire, reste dans le service médical qui a hospitalisé le malade. L'emploi du carnet médical individuel fait cesser cet état de choses.

Il fera encore disparaître des registres tenus en double ou en triple, cesser un gaspillage de papiers et économiser du temps, si précieux à notre époque. Pour Ste-Anne, par exemple, il n'y aura plus qu'un livre de la loi pour l'asile. Il supprimera le livre de la loi dans

chaque service et évitera qu'un malade y soit inscrit d'abord à l'Admission, puis à la Clinique s'il y passe quelque temps pour y être un sujet de cours et enfin une troisième fois, si ce même malade passe après la Clinique dans un autre service de l'Asile.

Voici les simplifications administratives qu'entraînera la création du carnet médical individuel.

Il donnera satisfaction à certains de nos collègues, qui ont bien voulu m'apprendre que déjà dans le projet de loi sur le régime des malades atteints d'affections mentales en 1907, M. le D^r Gérente, sénateur, ancien directeur des Asiles d'aliénés, en collaboration avec M. le D^r Colin, notre secrétaire général, avait eu l'idée de la création d'un livret individuel pour chaque aliéné, conçu avec un fonctionnement un peu différent de celui dont je vous ai soumis le plan. En 1904, Hôpital de Clermont avait proposé dans les *Annales méd.-psych.* la création d'une fiche anthropométrique avec empreintes digitales de l'aliéné.

Je voudrais cependant, avant d'en terminer avec le carnet médical individuel, revenir sur un point à mon avis capital dans la rédaction du certificat de sortie mettant l'aliéné en liberté.

Je n'hésite pas à répéter que depuis toujours les aliénistes se plaignent de la libération intempestive d'aliénés dangereux. En lisant le rapport de M. Strauss au Sénat, en 1912, sur le régime des aliénés, j'y vois rapportée l'observation que faisait M. Motet, il y a près de 30 ans, sur ce fait invraisemblable, disait-il, qui s'est renouvelé : un aliéné de la Seine, arrêté sur la voie publique, renvoyé dans un asile après un examen attentif au bureau d'admission de Ste-Anne, n'est accompagné d'aucune note médicale, d'aucun document administratif relatant les faits qui ont motivé son arrestation, si bien que le médecin, ignorant de ce qui s'est passé antérieurement, peut renvoyer comme guéri, dans une période de calme, un malade dangereux, homicide peut-être, et qui a été interné quatre ou cinq fois dans un asile d'aliénés.

M. Vallon, M. Colin, M. Claude nous citaient à la dernière séance des exemples de perversités génitales

condamnés et internés trois ou quatre fois et remis en liberté. Et, Messieurs, depuis trente années, nous nous succédons tour à tour sur les mêmes bancs de la même Société pour nous répéter les mêmes choses sans aboutir.

M. Motet le disait déjà il y a près de 30 ans : le médecin sans dossier reste ignorant des faits qui ont motivé l'arrestation du délinquant, j'ajoute : il reste ignorant des impulsions, des obsessions, du délire qu'il a pu présenter. Mais s'il est en possession du carnet médical individuel, le médecin connaîtra dès l'entrée du malade dans son service les causes psychopathologiques qui ont motivé l'internement, et c'est alors qu'au moment où il rédigera son certificat de sortie libératoire, il devra, à mon avis, relisant le 1^{er} certificat d'internement, comparer l'état mental du malade avec ses réactions à son entrée et à sa sortie et libeller un certificat véritablement descriptif, relatant que les réactions dangereuses du malade ont disparu. Le certificat de sortie d'un aliéné de l'asile est plus qu'un certificat de sortie d'un malade d'un hôpital. Le médecin d'asile, qu'il le veuille ou non, fait office d'expert, et implicitement, vis-à-vis de la Société, dont il a la sauvegarde, il doit répondre médicalement aux questions qui ont été posées dans le conditionnement même du certificat motivant l'internement.

Arrivons au fichier central.

N'a-t-il pas déjà existé, au ministère de l'Intérieur, vers 1839 ou 1840 ? On retrouve en effet une circulaire du 25 juin 1840 relatant une instruction ministérielle décidant que le résultat des Inspections semestrielles, c'est-à-dire le certificat du médecin et le rapport du médecin inspecteur, seraient transmis au ministre pour décision. Le Préfet de chaque département devait rendre compte avant fin juillet de chaque année nominativement et par lettre alphabétique, des aliénés maintenus à l'asile, soit d'office, soit volontairement.

En 1852, la décentralisation remit au préfet de chaque département le soin de statuer à cet effet, le fichier s'il existait au Ministère disparut de ce fait.

Aujourd'hui, les fiches en double seraient établies à l'Asile recevant le malade, une fiche pour l'asile, une pour le fichier central.

Où serait placé ce fichier ? J'avais pensé au ministère de l'Hygiène, mais la semaine dernière nous l'avons vu disparaître. Il nous faudrait choisir une institution stable : la Préfecture de Police ou le bureau central des aliénés du ministère chargé de ce service.

Vous savez, messieurs, que la Préfecture de police étend, au point de vue de la police, ses attributions sur toute la France. Elle n'est pas seulement une institution départementale. C'est ainsi que les avis de désertion des soldats de toute la France, les avis de condamnation de toutes les juridictions françaises doivent lui parvenir. Elle possède un personnel nombreux et elle peut être qualifiée pour tenir ce fichier central et faire parvenir, dès réception de la fiche d'un aliéné, les renseignements contenus dans son fichier sur cet aliéné s'il a déjà été interné. Le Bureau central des aliénés au ministère pourrait remplir le même office. Ainsi le médecin traitant recevrait donc automatiquement le carnet médical individuel de l'aliéné que lui ferait envoyer la Préfecture de police, puisqu'elle connaîtrait par son fichier le dernier asile ayant hospitalisé l'aliéné à nouveau interné.

Et le médecin d'asile ayant à nouveau en mains le carnet médical individuel, c'est-à-dire le dossier complet de l'aliéné, pourrait le soigner en connaissance de cause et prendre toute décision administrative nécessitée par son état.

DISCUSSION

M. Ch. VALLON. — La création d'un livret médical individuel pour les employés du Métropolitain a été incontestablement une excellente mesure. Quand un employé vient consulter un médecin de la compagnie pour de la toux et que sur son livret se trouve mentionnée une pleurésie survenue quelques mois ou quelques années auparavant, il y a là une indication précieuse pour le médecin consulté. De même la mention

d'une crise ancienne de rhumatisme articulaire sur le livret d'un employé qui se plaint de troubles cardiaques. Ces simples mentions de pleurésie, de rhumatisme ont une importance indéniable. Mais en clinique mentale les constatations médicales se traduisent par des certificats plus ou moins longs, mais toujours trop étendus pour trouver place sur un livret du genre de celui des employés du Métropolitain. Un livret ne saurait donc remplacer les dossiers en usage dans les asiles.

M. Dabout avance que ces dossiers ne suivent pas le malade qui est transféré d'un asile dans un autre. Ce n'est pas la pratique courante et s'il y a des manquements à cette pratique il faut les faire cesser. En tout cas il n'est pas admissible qu'au moins le certificat de transfert ne mentionne pas les particularités de la maladie qui font du malade un sujet dangereux. Si des médecins rédigent mal les certificats de transfert, je ne saisis pas pourquoi ils rédigeraient mieux des livrets, et pourquoi, par conséquent, il peut y avoir avantage de substituer les seconds aux premiers.

Peut-être cependant y aurait-il intérêt à établir un livret pour les aliénés dits criminels et d'instituer à Paris un fichier central de ces livrets, fichier dont le fonctionnement serait à étudier.

M. Dabout a avancé que nombre de crimes commis dans ces derniers temps avaient pour auteurs des aliénés sortis récemment des asiles. Je voudrais bien que M. Dabout indique d'une façon précise lequel de ces crimes a été commis par un aliéné remis en liberté depuis peu de jours, et remis en liberté parce que le médecin traitant ignorait qu'il se fût montré dangereux avant son internement. Jusqu'à preuve du contraire je tiens l'allégation de M. Dabout pour inexacte. Voici pourquoi. Depuis déjà longtemps, lorsqu'un médecin d'asile propose la sortie d'un d'un malade interné à la suite d'un rapport médico-légal rédigé à l'occasion d'un homicide, d'une tentative d'homicide ou d'attentats aux mœurs, la Préfecture de police refuse de se prononcer sur la sortie et

transmet la demande de sortie au Parquet de la Seine ou à ceux de Pontoise ou de Corbeil suivant les cas. Et alors le Tribunal nomme un ou plusieurs experts afin de l'édifier sur l'opportunité de la sortie. C'est seulement lorsque l'expert conclut que le sujet n'est dangereux ni pour lui-même ni pour autrui que la mise en liberté est ordonnée.

M. Dabout me dit qu'à la Société de Clinique Mentale on a cité le cas d'un aliéné dangereux remis en liberté par un médecin d'un asile de province. Mais si je suis bien informé, comme je le crois, ce médecin n'ignorait pas que son malade s'était montré dangereux, par conséquent ce cas ne saurait être invoqué par M. Dabout comme un exemple probant à l'appui de la thèse qu'il soutient pour justifier l'établissement de son carnet médical.

D^r de CLÉRAMBAULT. — Il me semble inutile de réformer les institutions si les mœurs ne se modifient pas. Les certificats actuels sont, en général, trop sommaires ; ils ne m'apportent, lorsque j'ai à réinternier un malade déjà traité dans les Asiles, qu'une vague formule de diagnostic, alors qu'ils pourraient résumer les anamnèses de sources diverses, et mentionner, outre la marche de la maladie, le comportement du sujet dans ce qu'il a de plus individuel. De tels renseignements seraient utiles en cas de transfert ou de récurrence ; leur total n'excéderait nullement les limites d'un certificat.

Il importerait spécialement que les certificats aux fins de sortie continssent des justifications semblables et égales à celles du certificat de placement, dont le certificat de sortie devrait être le symétrique. Des considérants passe-partout, comme « calme, s'occupe, n'a pas eu d'hallucinations », sont compatibles avec les formes de délire les plus dangereuses, et ne tendent aucunement à prouver que le malade soit connu à fond, ni que les éventualités résultant de sa libération aient été toutes envisagées.

Dans le Dossier Médical il y a lieu de distinguer les observations scientifiques dues à notre zèle, des points de fait présentant une importance sociale, et dont

nous devons, en tant que fonctionnaires, rendre compte à l'administration ; ceux-là doivent figurer dans nos certificats. Parmi les documents aussi il convient de distinguer ceux qui ont une portée sociale et que nous devons laisser au dossier, ou y verser, même lorsque c'est par notre savoir-faire personnel que nous les avons obtenus (par exemple, mémoires, aveux, lettres de menaces). De tels documents en effet servent à couvrir non pas seulement notre responsabilité, mais celle de l'administration.

Des dossiers importants ne pourraient circuler sans perdre en chemin nombre de pièces intéressantes. Ces pièces doivent être mentionnées lors du transfert, et dans l'immense majorité des cas leur seule mention sera suffisante. En cas de doute, le médecin situé en aval demanderait un supplément de détails, soit par consultation sur place, soit par copie, soit par autre communication dans des formes exceptionnelles.

M. Henri COLIN. — Il me semble qu'on exagère un peu l'importance de la réforme demandée par M. Dabout. Il s'agit simplement de remplacer le dossier administratif actuel par un livret où seraient relatées les différentes réactions dangereuses auxquelles le malade a pu se livrer. On ne peut exiger de tous nos collègues des certificats aussi détaillés que ceux de M. de Clérambault et d'autre part je ne crois pas que M. de Clérambault lui-même se dessaisirait volontiers de ses observations. Or c'est l'observation du malade qu'il serait utile de faire suivre. Mais à défaut de celle-ci dont la transmission soulèverait des difficultés pratiques et des froissements tout à fait légitimes chez les médecins, il serait possible, à mon sens, de noter sur le carnet ou sur la feuille spéciale qui accompagnerait le malade les remarques auxquelles sa conduite a donné lieu, et qui sont notées tous les jours dans les rapports des chefs de quartiers. Ce serait amplement suffisant et cela ne mécontenterait personne.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ASSISTANCE

Hygiène sociale de l'enfance, par P. NOBÉCOURT et G. SCHREIBER (1 vol. in-8°, 596 pages, 129 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1921).

On trouvera dans ce volume tous les renseignements nécessaires à l'hygiène sociale de l'enfance et au rôle que peut jouer le médecin dans la surveillance de l'évolution de l'enfant, de son hygiène intellectuelle et physique. Dans une première partie, MM. Nobécourt et Schreiber étudient *l'hygiène sociale de la première enfance*, les résultats obtenus dans les consultations de nourrissons et gouttes de lait, les crèches, les pouponnières et exposent les mesures législatives destinées à la protection des mères, au développement de l'allaitement maternel, à la protection des enfants placés en nourrice, à l'assistance des familles nombreuses et à la protection des enfants abandonnés.

La deuxième partie est consacrée à *l'hygiène sociale de la deuxième et de la troisième enfances*, à l'inspection médicale des écoles, à l'hygiène scolaire (jeux, exercices physiques, hygiène intellectuelle). Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'hygiène et l'éducation des anormaux, des infirmes, des vicieux.

La *prophylaxie des maladies transmissibles* est étudiée dans une troisième partie. Cet important traité se termine par l'exposé des conceptions actuelles sur *l'hospitalisation* des enfants et ses dangers, les asiles de convalescents, les sanatoria, *l'assistance* et le *traitement à domicile*, l'assistance des enfants abandonnés.

René CHARPENTIER.

HISTOLOGIE

Les processus de désintégration nerveuse, par le D^r Ivan BERTRAND. *Préface du Professeur Pierre Marie* (1 vol. in-8°, 210 pages, 100 figures, Masson et Cie, édit., Paris, 1923).

M. I. Bertrand présente pour la première fois, d'une façon systématique, le tableau de ce que sont et deviennent les éléments nerveux en voie de dégénérescence. Même en dehors

de toute lésion grossière, et par le simple fonctionnement des éléments nerveux, des phénomènes de désintégration se produisent à chaque instant dans l'organisme.

Dans la première partie de ce travail sont exposés les processus de désintégration en eux-mêmes sans tenir compte des affections au cours desquelles ils s'observent. L'auteur fournit un schéma général de la désintégration nerveuse, depuis la formation des produits dégénéralbles jusqu'à leur élimination et leur histolyse définitive. Ces processus généraux ont été isolés, car ils s'observent presque indifféremment dans toute affection.

Dans la deuxième partie sont décrites les modalités de ces processus généraux dans les affections du système nerveux central.

Relativement à la valeur histologique des divers processus observés, M. I. Bertrand conclut en insistant sur l'importance primordiale de la *métaplasie conjonctivo-névroglieuse* et de la loi de *dualité neuro-interstitielle*.

On trouvera dans ce livre les éléments nécessaires à une introduction à l'histopathologie nerveuse.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE MENTALE ET ASSISTANCE

Histoire de l'Hôpital pour psychopathes, de Boston, Massachusetts, par L. VERNON-BRIGGS et ses collaborateurs (1 vol. in-8°, 228 pages. Wright et Potter, édit., Boston, 1922).

La première partie du volume est consacrée à la conception de cet établissement qui ouvrit ses portes le 24 juin 1912 après de multiples efforts, et devint complètement autonome le 1^{er} décembre 1920.

Dans la deuxième partie, M. Vernon-Briggs expose, avec photographies et plans, l'organisation actuelle de l'Hôpital pour psychopathes de Boston et de son service social, en vue du traitement des troubles psychiques, des recherches scientifiques et de l'instruction des étudiants.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Petit Dictionnaire de Médecine. Expressions techniques. Termes médicaux, par le D^r E. DABOUT, médecin légiste de l'Université de Paris. *Préface de M. le prof. agrégé Gustave Roussy*. (1 vol. in-12, 662 pages. J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1924).

Le lexique des termes médicaux et des expressions médicales de M. Dabout se signale au lecteur par la conscience

avec laquelle ce patient labeur a été mené à bonne fin, l'abondance des néologismes qu'il contient, son souci de l'étymologie, sa compétence neuro-psychiatrique et médico-légale. Il est appelé à rendre de grands services aux étudiants et aux médecins.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Le Système nerveux autonome. Sympathique et parasympathique. Première partie, par le Professeur J.-N. LANGLEY (de Cambridge), trad. de l'anglais par M. TIFFENEAU (1 vol. in-8°, carré, 96 pages. Vigot frères, édit., Paris, 1923).

Dans ce remarquable exposé, d'une grande actualité, dont il faut remercier M. Tiffeneau de nous avoir donné la traduction, on trouvera avec les résultats des recherches personnelles de l'auteur, une bibliographie complétée de notes et de références.

Un historique de l'évolution des idées et de la nomenclature est suivi de l'exposé général de l'origine, de la distribution périphérique du système autonome et de la nature de ses fibres nerveuses.

M. Langley étudie ensuite l'action spécifique des poisons sur les systèmes sympathique (adrénaline) et parasympathique (pilocarpine), le renversement des effets de ces poisons, la classification des nerfs sympathiques et parasympathiques d'après leur action pharmacologique.

Le dernier chapitre est consacré aux tissus innervés par le sympathique : cellules pigmentaires, capillaires, muscles striés.

René CHARPENTIER.

PHYSIOLOGIE

La Chronaxie chez l'homme. Etude de physiologie générale (normale et pathologique) des systèmes neuro-musculaires et sensitifs, par le D^r Georges BOURGUIGNON (1 vol. in-8°, 418 pages, 50 figures, 192 tableaux. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1923).

Ce très intéressant travail est l'exposé des travaux bien connus de M. G. Bourguignon sur l'application à la physiologie humaine, normale ou pathologique, de cette mesure de l'excitabilité donnée par M. le Professeur Lapicque et nommée par lui « chronaxie ». L'auteur y montre comment il est arrivé à établir une *technique* de mesure de la chronaxie à travers les téguments à l'aide des décharges de

condensateurs. Il décrit avec précision cette technique, l'appareillage nécessaire, son contrôle expérimental. Par cette méthode, la mesure de la chronaxie à travers les téguments est aussi précise que sur les nerfs nus, à condition d'observer minutieusement toutes les précautions recommandées par M. G. Bourguignon, et d'employer le montage qu'il indique. Les expériences démontrent aussi qu'on peut, en électrophysiologie, tirer des expériences sur l'homme, des conclusions de valeur générale, et compléter par des expériences sur l'animal l'étude des problèmes soulevés par l'examen de l'homme sain ou malade.

Dans une deuxième partie, M. G. Bourguignon étudie la *chronaxie normale de l'homme*. Les lois de la distribution de la chronaxie sont les mêmes pour toutes les régions du corps et ce sont les fonctions musculaires qui sont à la base de tout le système. La mesure de la chronaxie fait connaître d'une façon exacte la valeur fonctionnelle des nerfs et des muscles. A l'interprétation anatomique d'Erb doit succéder une interprétation physiologique des altérations de l'excitabilité.

La troisième partie est consacrée aux *variations pathologiques et expérimentales de la chronaxie* chez l'homme et chez le chien. Le chronaxie révèle des synergies pathologiques comme elle a révélé des synergies fonctionnelles normales. Elle met en lumière des « répercussions » qui éclairent les relations entre les différentes parties du système nerveux.

Ceci amène l'auteur, par une étude *synthétique* de la chronaxie en physiologie normale et pathologique, à un essai de *physiologie générale*. Pour M. Bourguignon, le fonctionnement général du système nerveux repose, en dernière analyse, sur l'équilibre des chronaxies.

René CHARPENTIER.

Les Sécrétions internes. Leur influence sur le sang, par MM. Maurice PERRIN (de Nancy) et Alfred HANNS de Strasbourg). *Préface du Professeur A. GILBERT*, 2^e édition. (1 vol. in-12, 282 pages. J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1923).

Dans cette deuxième édition complétée par les nombreuses acquisitions récentes et les conclusions qu'elles entraînent, MM. Perrin et Hanns font l'exposé documentaire et critique de l'action que peuvent avoir les sécrétions internes humérales pour modifier le sang et pour influencer le tissu propre des organes sécréteurs ou les tissus similaires. Après les organes hématopoïétiques proprement dits, ils

étudient successivement les sécrétions internes de chaque organe. Ils concluent que l'influence humorale des sécrétions internes intervient pour activer ou ralentir les processus histologiques formateurs ou destructeurs dont les organes hématopoïétiques sont le siège. Les organes hématopoïétiques eux-mêmes paraissent s'influencer réciproquement, et même s'auto-influencer, par voie humorale, dans le sens de leur fonctionnement histologique, obéissant en cela à une loi biologique admise pour la plupart des organes et bien étudiée en particulier pour les reins par Castaigne et Rathery.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Travaux de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Dir. Prof. PFERSDORFF, tome II, 1922 (Strasbourg, Imp. Gœller, 1923. 1 vol. 284 pages).

Ce recueil de travaux renferme un intéressant article de M. le Prof. PFERSDORFF sur *les mouvements eurhythmiques expressifs*. Les formes périodiques de la schizophrénie se prêtent mieux que les formes non périodiques à l'étude des effets de la dissociation. Les groupements associatifs isolés par la dissociation, présentent un très grand intérêt clinique. A l'aide de deux observations, le Prof. Pfersdorff met en lumière un groupement spécial de certaines fonctions motrices évoluant séparément.

Ces manifestations motrices ont été jusqu'ici décrites mêlées à d'autres symptômes moteurs parce que leur production isolée est relativement rare et que les auteurs ont été guidés par le souci de réunir tous les symptômes ayant trait à la démence précoce.

Elles consistent en séries d'attitudes, manifestations motrices mélokinétiques pures, véritables « attitudes sportives » qui ne traduisent pas un état affectif. Outre ces attitudes sportives on observe des attitudes qui « pourraient » être l'interprétation d'un état affectif et sont en réalité accompagnées d'une affectivité expansive monotone sous la dépendance de l'excitation motrice. Un détail à noter est que les malades contractent parfois leurs muscles au maximum quand la position athlétique est déjà prise : le moment de l'effort maximum ne coïncide pas avec le moment de l'exécution du mouvement.

L'excitation survient spontanément, sans motif apparent. Pendant la production des mouvements et poses catatoniques, les malades restent accessibles », s'efforcent de répondre, d'ailleurs d'une façon correcte mais monosyllabique.

Les attitudes les plus menaçantes restent figées, ne mènent jamais au conflit avec l'entourage. Des représentations visuelles, à la base, mènent à une interprétation affective visuelle accompagnée de manifestations motrices eurythmiques qui ont une certaine valeur expressive (expression affective d'ailleurs tempérée).

Dans le même recueil il faut citer des articles de M. CHENAULT, contribution à l'étude de *l'aphasie transcorticale*, de M. FR. GANGLOFF sur la *restitution du langage dans un cas d'aphasie corticale mixte*, de M. H. LAJZER sur les *aphasies transcorticales*, de M. H. JURASCHECK sur l'*interprétation délirante périodique isolée* (sans hallucinations) dans deux cas de *démence précoce*, et de M. E. GELMA sur les caractères et l'intensité de la perception des *hallucinations auditives*.

René CHARPENTIER.

Associations de constitutions en psychopathologie, Essai clinique et nosologique, par Hubert JALENQUES (1 brochure, 40 pages. Th. Paris, Jouve et Cie, édit., 1924).

Dans cette thèse, faite sous l'inspiration de F. Achille DELMAS, M. Jalenques étudie, à l'aide de quatre observations personnelles, les associations de constitutions psychopathiques entre elles, à l'exclusion de leurs associations avec les maladies mentales organiques ou avec les syndromes toxoinfectieux. L'un des cas rapportés est donné comme exemple de l'association chez le même sujet de cinq constitutions : cyclothymique, paranoïaque, hyperémotive, mythomaniaque, perverse.

M. Jalenques signale le rôle prédominant joué dans ces associations par la constitution cyclothymique. Il estime que la notion de constitutions associées peut expliquer un grand nombre de syndromes atypiques et de bouffées délirantes. Et dans les psychoses bien caractérisées elles-mêmes, la recherche des différentes modalités de déséquilibre constitutionnel, expliquera la présence de certains symptômes ou leur aspect spécial.

René CHARPENTIER.

La Démence Paranoïde, par le Dr Paul NAYRAC. Travail de la Clinique Psychiatrique de la Fac. de Méd. de Lille (Prof. Raviart). (1 vol. in-8°, 176 pages, Vigot frères, édit., Paris, 1924).

Importante étude critique des doctrines de Kræpelin et de Bleuler dans laquelle les traductions françaises sont accom-

pagnées du texte original de ces auteurs. De cette étude, M. Nayrac, pour caractériser le tableau clinique de la *démence paranoïde*, dégage une triade symptomatique qu'il résume ainsi : un ensemble d'*idées délirantes chroniques hallucinatoires, mal systématisées, avec schizophrénie*.

Il propose une classification dans laquelle les démences paranoïdes, à cheval sur les psychoses constitutionnelles et les psychoses acquises, comprennent des états constitutionnels (délire chronique avec schizophrénie psychogène), des états mixtes (délire chronique avec schizophrénie lésionnelle), des états acquis (schizophrénie lésionnelle avec constitution paranoïaque). De ces trois sections, la première est de beaucoup la plus importante. Et M. Nayrac conclut que mieux serait de renoncer à se servir d'un terme (démence paranoïde) qui réunit trop de choses et des choses trop différentes.

Cette conclusion négative n'est ni pour nous surprendre ni pour nous déplaire. La démence paranoïde aura le sort de tant d'autres entités psychiatriques du passé et du présent, colosses aux pieds d'argile qui ont vainement tenté d'imposer à la clinique de vastes conceptions constructives.

L'observation patiente et attentive des malades, leur étude clinique, psychologique, anatomique, physiologique, biologique, etc., assureront à la psychiatrie des progrès plus lents, mais plus durables, que l'application systématique de conceptions dévorantes dont le moindre défaut est de demander pour leur ruine plus d'années que pour leur édification.

René CHARPENTIER.

L'Alcoolisme cérébral, par le D^r R. BENON (1 vol. in-8°, 374 pages, Gaston Doin, édit., Paris, 1924).

Ce travail clinique, basé sur 85 observations personnelles commentées, est consacré à l'étude sémiologique et au diagnostic des formes cérébrales aiguës et chroniques de l'intoxication alcoolique. L'auteur a laissé volontairement de côté le rôle de l'appoint alcoolique dans les maladies mentales.

Intercalant ses observations dans le texte, M. Benon étudie successivement les *formes cérébrales aiguës* qu'il divise en délire alcoolique, *delirium tremens*, confusion mentale alcoolique, psychose polynévritique alcoolique, état secondaire alcoolique, ivresses des alcooliques chroniques, et les *formes cérébrales chroniques*. Pour l'exposé de ces dernières, il passe en revue l'état mental et physique de l'alcool-

que chronique, la démence alcoolique, l'épilepsie alcoolique, les délires systématisés alcooliques, les délires de jalousie alcooliques.

Les terminaisons de ces divers états psychopathiques aigus et chroniques sont envisagés à propos de chacun d'eux.

René CHARPENTIER.

Rapport de l'Inspection générale des services administratifs, 1923, VII^e partie : Assistance aux aliénés (166 pages).

Depuis le très documenté rapport de 1911, l'Inspection générale n'avait donné aucun travail d'ensemble sur l'assistance aux aliénés. Reprenant la question d'un point de vue plus électif, elle a, dans le rapport de 1923, fourni un appoint important à la documentation de détail, ayant la bonne fortune de posséder comme rapporteur un spécialiste qualifié.

A cause même de cette mise en valeur de points particuliers, il ne saurait être ici question de résumer le volumineux rapport du D^r Raynier. Tout aliéniste soucieux de l'organisation de son service devra se reporter au texte même, adressé en double exemplaire à tous les établissements spéciaux.

Le rapport est divisé en 6 parties.

I. INSTALLATION MATÉRIELLE. BATIMENTS. HYGIÈNE GÉNÉRALE.

— Quelques-unes des nombreuses critiques classées sous cette rubrique sont à souligner : regrettable affectation de constructions nouvelles à des catégories de malades chroniques, alors que des locaux anciens demeurent organes de « traitement » ; défauts concernant l'éclairage (gaz dans les dortoirs...), le chauffage, l'évacuation des nuisances ; difficultés de surveillance de cours entourant complètement les quartiers ; absence de cabinet médical dans nombre de pavillons... Mais il convient d'insister surtout sur le « sectionnement » préconisé en : partie hôpital, partie hospice, service de sûreté, partie libre ou « service ouvert ». Cette organisation, répondant à une nécessité d'ordre clinique et thérapeutique, apparaît, en effet, — hormis peut-être pour le département de la Seine — comme le seul moyen pratique d'opérer les *sériations indispensables*. Avant l'aménagement d'asiles de sûreté nationaux, cette organisation est la seule susceptible d'assurer à tous les psychopathes leur *traitement par les seuls médecins qualifiés*. Elle doit, en bonne logique, précéder toute tentative de législation d'ensemble à leur sujet, qui voudra n'être point caduque.

Le rapporteur ne se borne pas à des critiques, et les constatations de l'Inspection générale, automatiquement suivies d'une appréciation motivée, introduisent des observations du plus grand intérêt pour les médecins, dont l'avis devrait être toujours entendu. Administrateurs, médecins et architectes se devront de rechercher des directives dans ce chapitre, des plus nuancés, qui trace en somme un excellent exposé de l'état actuel de la science des constructions asilaires.

II. POPULATION. — Les éléments de statistique générale mettent à nouveau en relief la question, si fréquemment dénoncée, de l'*encombrement* de nos établissements.

Au sujet des *rapports annuels* présentés par les médecins, l'Inspection générale désire que la partie critique fasse « l'objet d'une documentation et d'une argumentation plus précises »..., entre « le cas échéant dans quelques détails techniques », et étudie « les mesures les plus propres à assurer la réalisation des réformes qu'on propose ». S'il avait par avance été toujours satisfait à ce désir, sans doute trouverait-on moins de collègues exprimant des regrets sur les déficiences de tels aménagements ou constructions dont, l'heure venue, ils avaient pu paraître, aux yeux de l'administration, se désintéresser.

III. ORGANISATION GÉNÉRALE DES DIFFÉRENTS SERVICES. PERSONNEL. — On lira dans le texte même les éléments relatifs au recrutement du *personnel médical*, aux conséquences de la suppression de l'adjuvat, aux opinions soutenues quant au recrutement des médecins des quartiers d'hospice, à l'indemnité de direction, au rôle des internes. A l'endroit du *personnel infirmier*, le dernier rapport, comme celui de 1911, insiste sur les améliorations indispensables à apporter, notamment en ce qui concerne la situation matérielle, le choix et l'éducation professionnelle; il examine d'un point de vue essentiellement pratique la question de l'application de la « loi de 8 heures » au personnel secondaire. Une fois de plus, il réclame la création d'un *personnel administratif* de carrière, — que possèdent les asiles autonomes, — pour tous les établissements publics.

IV. FONCTIONNEMENT DES SERVICES. — A retenir, à propos des *placements*, les critiques exposées sur les mises en *observation*, procédé illégal, sur l'inutilisation généralisée du placement volontaire à titre gratuit, les *services de sûreté*...

Doivent être lues ou relues toutes celles relatives au séjour du malade à l'asile, et classées sous les rubriques : *Tenue et propreté générales*, — *meublement*, — *litière*, — *vête-*

ments, — change de linge, linge de corps, — propreté corporelle, — régime alimentaire, — travail, — distractions, — thérapeutique générale et spéciale, — alitement, — balnéothérapie, — emploi des moyens de contrainte, — service de la pharmacie, — services d'admission et d'observation, — traitement des maladies incidentes, — prophylaxie des maladies transmissibles, — laboratoires, — bibliothèques médicales, — service de veille, — service de garde, suppléances médicales, — écritures légales et réglementaires, — observations médicales, — livre de la Loi, — rapports semestriels.

A propos des sorties enfin, notons que le rapporteur souhaite la régularisation légale des *sorties d'essai*.

V. ADMINISTRATION DES ASILES. — Tous nos collègues, en particulier les médecins-directeurs, seront heureux de trouver dans ce paragraphe des notions de détail intéressantes, plus spécialement à propos du prix de journée et du prix de revient.

VI. EXAMEN DE QUELQUES POINTS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE RÉFORME DU RÉGIME DES ALIÉNÉS. — Avec la constante préoccupation de se tenir à distance de toute exagération, en quelque sens que ce soit, le rapport, envisageant la question toute d'actualité des « services ouverts », ne peut manquer d'accueillir favorablement les expériences tentées. A en approfondir les termes, on arrive à se demander si cette « innovation » est bien réelle, puisque l'application stricte des mesures législatives concernant le placement volontaire à titre gratuit eût permis de poser cette question des services ouverts de façon un peu différente. Si d'ailleurs, — ce que la clinique est loin de justifier — les psychopathes intéressés devaient, quant à la législation, relever de prescriptions différentes, il reste possible, avec les textes en vigueur, de réaliser leur traitement dans nos asiles, en locaux séparés. A cette modalité ne peuvent manquer de se rallier tous ceux de nos collègues qui connaissent bien le fonctionnement de l'assistance spéciale *en province*. Ils admettront avec le rapporteur, que « *les asiles sont en général, seuls dotés du personnel médical compétent, en possession des moyens techniques variés et appropriés (sous réserves d'améliorations résultant des progrès divers). Ils sont seuls en mesure de parer, avec le minimum de complications, aux difficultés qui peuvent survenir, en cours de cure, et qu'il est sage de prévoir.* »



Dans ce rapport si abondant et si documenté se précise le souci d'appliquer constamment à la pratique administrative et des vues cliniques et des théories médicales bien établies. A réussir cette adaptation parfois difficile devaient contribuer les doubles qualités techniques du rapporteur. Ses critiques, qui s'accompagnent toujours de suggestions pratiques et de propositions des correctifs nécessaires, nous permettent d'augurer au mieux du travail d'ensemble sur *l'assistance, la législation et la médecine légale des aliénés*, que le D^r Raynier publie en collaboration avec notre collègue H. Beaudouin, et dont l'apparition aurait été retardée par des difficultés d'ordre matériel.

G. DEMAY.

PSYCHOANALYSE

La Méthode psychanalytique, par le D^r Raymond DE SAUSSURE, avec une *Préface* de M. le Professeur Sigmund FREUD. (1 vol. in-8°, 188 pages. Payot, édit., Lausanne-Genève).

Ce livre, destiné aux médecins et particulièrement aux médecins français, contient un excellent et très clair exposé de la méthode psychoanalytique par un élève de Freud. Il présente donc un avantage incontestable sur d'autres travaux de seconde main auxquels a manqué la fréquentation directe de l'Ecole de Vienne. Ainsi que le fait remarquer dans la préface le Professeur S. Freud, cette expérience pratique a permis à l'auteur d'éviter les multiples erreurs et les nombreux à-peu-près que l'on est habitué à trouver dans la plupart des exposés de la psychoanalyse.

Les chapitres sur *l'activité psychique* (inconscient, condensation, constellation, déplacement, transfert, affect, symbolisme, préconscient, refoulement, sublimation, compensation, identification, projection, différentes formes de pensée), sur la *sexualité infantile*, sur la *psychologie du rêve*, sur les *actes de distraction*, sur le *symptôme morbide en psychopathologie*, sont à lire en entier.

« Un rêve » a été mis à la disposition de l'auteur par le D^r Ch. Odier de Genève, comme exemple de la richesse des associations et du rapport qu'il y a entre le contenu manifeste de l'image onirique et les idées latentes sous-jacentes.

M. de Saussure décrit la *technique psychoanalytique* de Freud. Tout l'art de la psychoanalyse, écrit-il, est de savoir quand il faut se taire et quand il faut parler, quand il faut diriger l'entretien et quand il faut le laisser aller. En somme, il importe de diriger la conversation du malade lorsque

celui-ci apporte un produit symbolique de son inconscient (rêve, lapsus, « blanc », extériorisation d'un symptôme) et seulement en lui demandant d'associer librement sur ce phénomène. L'auteur indique également la technique qu'il convient d'appliquer à l'*analyse des rêves*, et expose, après la technique de Freud, celle des *associations provoquées*. Mais, fait remarquer le Prof. Freud, le lecteur ne devra pas se figurer que la seule connaissance de ces règles de technique serait suffisante pour entreprendre une analyse.

Pour porter un jugement sur la méthode psychoanalytique, il faut, écrit M. de Saussure, distinguer deux points de vue : l'un, scientifique, l'autre, thérapeutique. Au point de vue scientifique, Freud a expliqué les faits psychologiques par une série d'hypothèses dynamiques et il faut reconnaître que la méthode d'interprétation des symboles comporte un facteur subjectif considérable. Mais existe-t-il pour l'étude des phénomènes inconscients une méthode meilleure ? La méthode thérapeutique vise seulement à établir des rapports de cause à effet utiles aux malades. Peu importe, écrit M. de Saussure, si ceux-ci ne correspondent pas exactement à la vérité, peu importe si tel rêve n'est pas entièrement expliqué, pourvu que l'interprétation donnée soulage le malade et lui permette de se défendre contre le retour d'accidents pathologiques.

Tous ceux qui, en France, s'intéressent à la psychoanalyse (et qui ne voudrait aujourd'hui étudier une doctrine qui possède tant d'enthousiastes adeptes), liront le remarquable exposé de M. Raymond de Saussure, exposé revu par le Professeur Freud lui-même.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Traité de Psychologie, tome I, par le Prof. Georges DUMAS, avec la collaboration de L. Barat, G. Belot, Ch. Blondel, B. Bourdon, F. Challaye, Ph. Chaslin, Ed. Claparède, J. Dagnan, G. Davy, H. Delacroix, L. Dugas, P. Janet, A. Lalande, J.-P. Langlois, L. Lapicque, A. Mayer, I. Meyerson, H. Piéron, G. Poyer, Et. Rabaud, G. Revault d'Allonnes, A. Rey, A. Tournay, H. Wallon. Préface de Th. RIBOT. (1 vol. in-8°, 964 pages. Félix Alcan, édit., Paris, 1923).

Ce volume allait paraître en 1914 quand les événements s'y opposèrent. L'édition actuelle est, en fait, une deuxième édition revue, augmentée, rajeunie. Dans une préface écrite en juin 1914 pour la première édition, le regretté Th. RIBOT mettait en lumière la nécessité actuelle d'une encyclopédie

psychologique réalisée par le travail collectif de collaborateurs ayant chacun la tâche que leur désignent leurs publications antérieures et leur compétence spéciale. Ce procédé, habituellement utilisé par les Traités de Médecine, est nouveau pour un traité de psychologie complet et rapidement composé. Sous la direction de M. Georges Dumas, cette tentative se présente couronnée d'un plein succès.

Comme le fait remarquer Th. Ribot, la véritable unité de ce volumineux ouvrage est dans son but et sa méthode, dans la conception d'une psychologie expérimentale et autonome. La psychologie, partie de la biologie, étudie les faits psychiques, les décrit, les classe, recherche leurs lois et leurs conditions d'existence. Elle ne fait pas partie de la philosophie car elle s'interdit la recherche des causes premières. Elle ne peut être à la fois une science d'expérience et une spéculation métaphysique.

De plus, pour éviter toute apparence de contradiction entre les différentes parties du *Traité*, M. Georges Dumas a recommandé à ses collaborateurs de s'en tenir, autant que possible, à un dogmatisme largement objectif et, chaque fois qu'ils traitent des sujets connus, d'établir en commun les définitions et les théories générales.

Le tome premier qui vient de paraître contient après une Introduction de M. LALANDE sur *la psychologie, ses divers objets et ses méthodes*, un livre premier qui expose les *notions préliminaires à l'étude de la psychologie* (notions morphologiques, neurologiques, biopsychiques). Dans le livre II, les auteurs passent en revue les *éléments de la vie mentale*, excitation et mouvement, sensations, états affectifs, images, et la psychologie des sécrétions.

Dans le troisième livre sont étudiées les fonctions mentales que l'on appelle d'ordinaire *sensitivo-motrices*, orientation et équilibre, expression des émotions, rire et larmes, langage, associations fonctionnelles où l'on voit s'associer et concourir à un même résultat des fonctions motrices et des fonctions sensibles physiologiquement distinctes et caractérisées comme telles parce que leur résultat fonctionnel est d'ordre sensitif ou d'ordre moteur.

Le quatrième et dernier livre de ce premier tome est consacré aux *formes générales d'organisation*, l'habitude et la mémoire, l'association des idées, l'attention. Il se termine par un important chapitre de M. le Prof. P. JANET sur la tension psychologique et ses oscillations (automatisme des tendances et leurs degrés d'activation, fonction du réel, hiérarchie des tendances et tension de l'esprit, oscillations de la tension psychologique, sommeil, fatigue, émotion, névroses).

Tel est le premier volume de ce *Traité* qu'attendaient depuis longtemps tous ceux qui s'intéressent à la psychologie normale ou pathologique. Il représente un effort considérable, couronné de succès et fait honneur à la psychologie française. Il a sa place marquée dans toute Bibliothèque psychiatrique.

René CHARPENTIER.

L'Année Psychologique, 23^e année (1922), par HENRI PIÉRON, Professeur au Collège de France. (1 vol. in-8^o, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, 644 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1923).

Avec le 23^e volume, l'Année Psychologique, sous la direction de M. Henri Piéron, a repris sa périodicité annuelle. Elle contient comme les volumes précédents : d'une part, des études d'un caractère expérimental ; d'autre part, une documentation très complète sur les travaux intéressants la psychologie, publiés en 1922.

Des analyses bibliographiques, par MM. Blondel, Fontègne, Lahy, Meyerson, Piéron, Poyer, Vermeylen et Wallon, rendent compte de nombreux travaux de psychologie générale et comparée, de psychologie pédagogique et industrielle, de psychophysiologie et psychotechnique, d'anatomo-physiologie nerveuse et de psychopathologie, de psychosociologie et de métapsychie. Il y a là un recueil unique.

Une bibliographie des principaux périodiques allemands, pendant les années de guerre, donne l'indication des travaux publiés en Allemagne dans cette période d'interruption complète des échanges intellectuels.

Dans les mémoires originaux, on trouve la relation des très intéressantes recherches de M. Piéron sur les couleurs subjectives révélées par le taton de Benham, dont il a réussi à élucider le curieux mécanisme psychophysiologique ; une étude de M. Foucault, sur les influences inhibitrices qui s'exercent au cours de la fixation des images ; un exposé par M. Dwelshauvers de ses travaux sur la mémoire des formes ; une étude psychotechnique de quelques tests d'aptitude par Mme Piéron, qui expose aussi les résultats de ses recherches sur ces curieux phénomènes de transfert sensoriel, permettant à une perception kinesthésique de se traduire en représentation visuelle et inversement.

Une étude critique sur la différenciation des tests de développement et des tests d'aptitude, très importante en psychotechnique, et une revue générale de la question de

l'orientation auditive, sur laquelle s'est fondé le repérage par le son, l'une et l'autre dues à M. Piéron, précèdent l'exposé du problème de la mentalité primitive, d'après les travaux de L. Lévy-Bruhl, par M. I. Meyerson.

Ce nouveau volume représente à lui seul la matière de nombreux livres et de multiples périodiques. C'est une véritable encyclopédie psychologique annuelle indispensable à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie en général, et particulièrement à la psychologie expérimentale.

René CHARPENTIER.

L'Inconscient, par le D^r A. HESNARD (1 vol. in-8°, 288 pages, in *Encyclopédie scientifique* publiée sous la direction du D^r Toulouse. G. Doin, édit., Paris, 1923).

On peut appeler simplement *inconscient* tout ce qui, dans la vie psychique, est ignoré du sujet pensant. Le *subconscient* reste immédiatement, mais constamment, au-dessous du niveau atteint par la connaissance intérieure. Le *préconscient* est, dans le subconscient, ce qui est prêt à devenir conscient et le deviendra dans des conditions favorables.

Un bref aperçu historique amène à cette conclusion que le problème de l'Inconscient s'est progressivement élargi à mesure que la psychologie, abandonnant le point de vue introspectif, s'est peu à peu rapproché des sciences et de leurs méthodes objectives.

Dans une première partie, M. Hesnard établit le bilan de l'inconscient en *psychologie générale*. Les faits sont classés dans un ordre logique suivant qu'ils sont relatifs à l'évolution (ancestrale ou individuelle), en rapport avec la psychologie affective générale, ou relatifs à l'exercice des grandes fonctions psychiques : réceptives, motrices, intercalaires, parmi lesquelles les plus intéressantes sont les fonctions supérieures (automatismes complexes, inconscient dans l'activité logique, inconscient volontaire, création, fonction du Réel).

La deuxième partie est consacrée aux aspects de l'inconscient en *psychologie morbide*. L'étude du processus psychasthénique inconscient amène l'auteur à repousser la théorie de M. Paul Janet, en partie aussi celle de Freud dans ce qu'elle a de trop exclusivement sexuel, et à chercher dans l'affectivité « en général » l'obscur pathogénie de ces syndromes. L'étude de l'inconscient hystérique l'amène à passer en revue les multiples théories de l'hystérie qu'il considère comme un « délire d'expression ». Après un examen de l'inconscient hypnotique, et de l'inconscient dans les

états somnambuliques non hystériques, M. Hesnard, à propos de l'inconscient psychopathique, expose son originale conception, de la « néoproduction psychique morbide ». Cette théorie, bien connue de nos lecteurs, voit dans la psychose une production apparaissant au sein d'une pensée non primitivement altérée, dont elle empêche ou cache les manifestations, sans en altérer le mécanisme.

Dans la troisième partie, l'exposé des techniques de *l'exploration de l'inconscient* (psychognomonie ou psychoanalyse, onirocritie ou analyse des rêves), l'exposé aussi des *fondements physiologiques* et de la *biologie de l'inconscient*, amènent à l'étude des *théories particulières de l'inconscient* (théories statiques, dynamiques, affectives, motrices, métaphysiques, etc...) et à cette conclusion qu'il ne saurait y avoir de théorie de l'inconscient, pas plus que de théorie de la pensée. Tous les faits psychiques qui échappent relativement ou absolument à l'expérience intime sont des faits inconscients. L'inconscient n'est ni une entité, ni une vue de l'esprit : c'est, écrit M. Hesnard, la qualité première d'une foule de faits psychiques assemblés par les méthodes objectives.

Un riche index bibliographique termine cet important ouvrage dans lequel l'auteur a condensé, sous une forme claire et didactique un grand nombre de faits et d'idées.

René CHARPENTIER.

Précis de Psychologie, par Howard C. WARREN, version française d'après la 2^e édition américaine par Louis CUNAUULT et Etienne MAIGRE. (1 vol. in-8°, 448 pages. Marcel Rivière, édit., Paris 1923).

Ce précis conçu sous une forme très didactique avec de nombreuses figures, est le résumé d'une série de leçons de M. Howard C. Warren (de Princeton). Le soin apporté aux définitions, aux résumés, aux tableaux, aux exercices, la simplicité des exemples donnés, la précision et la concision des conseils pratiques, l'indication de lectures supplémentaires en font un ouvrage accessible à tous. D'une grande clarté, il est très documenté et fait une large place aux travaux récents.

L'auteur y étudie dans l'ordre suivant : la psychologie considérée comme science, l'organisme, le mécanisme neuro-terminal, la physiologie du neurone, stimulation, ajustement et réponse, le comportement, l'expérience consciente, les sens, les éléments des états de conscience, les états mentaux primaires, les états mentaux secondaires, la succession des états de conscience, les attitudes, la vie mentale organisée.

Un appendice y traite des problèmes suivants : relation entre l'esprit et le corps, mécanisme et finalité, l'activité nerveuse, psycho-physiologie de la vision.

La version française de MM. Louis Cunault et Etienne Maigre n'est pas une traduction littérale, mais les modifications apportées au texte de M. Howard, C. Warren ont toutes été faites d'accord avec l'auteur.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Les Régimes fondamentaux, par MM. PAISSEAU, P. CARNOT, A. LEMIERE, A. BAUDOUIN, J.-Ch. ROUX, RATHERY, Marcel LABBÉ. (1 vol. in-8°, 162 pages. J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1924).

Ce volume est l'exposé de leçons faites au Cours de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris sur *l'eau dans les régimes*, par M. PAISSEAU, *les sels minéraux dans les régimes*, par le Prof. Paul CARNOT, *l'azote dans les régimes hyperazotés et hypoazotés* par M. A. LEMIERE, *l'emploi des graisses dans les régimes alimentaires* par M. J.-Ch. ROUX, *les régimes équilibrés*, leur importance et leur rôle en pathologie par M. F. RATHERY. La dernière leçon, par M. le Prof. Marcel LABBÉ est une mise au point des résultats obtenus par les *cures de jeûne* chez les diabétiques, les obèses, les gouteux, et par les cures de jeûne prolongé qui représentent, comme l'a dit Guelpa, une sorte de cure de rénovation des tissus, de rajeunissement des cellules et des humeurs.

Cet excellent livre est à signaler ici, étant donné l'importance croissante de la diététique dans la thérapeutique de nombreux états psychopathiques.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les obsessions, par le Dr REVAULT D'ALLONNES (in *La Revue de France*, 1^{er} Août 1923, page 505).

Dans ce très intéressant article, auquel sert de préface le pittoresque exposé d'un cas typique, M. Revault d'Allonnes étudie le mécanisme de l'obsession. Des obsessions normales, non malades, anodines, il distingue naturellement les obsessions pathologiques, véritables entraves à la vie normale, génératrices d'anxiété, qui déterminent des perturba-

tions de la volonté, de la conduite. Il rejette la classification psychologique des obsessions, en phobies et obsessions idéatives, comme inexacte et s'arrêtant à des aspects superficiels dépourvus d'intérêt scientifique.

Pour M. Revault d'Allonnes, pour qu'il se produise un état obsessif, deux conditions sont requises : l'implantation d'un germe vésanique, dont il est généralement possible de reconnaître la spécificité mélancolique, persécutée, hypocondriaque, etc. ; et, d'autre part, la présence d'une résistance puissante, qui fait obstacle au germe vésanique et le maintient à l'état embryonnaire. Pour lui, les obsédés présentent une vigoureuse organisation personnelle, tant morale que physique, une intelligence robuste, et jouissent ainsi d'une immunité partielle qui les protège contre le développement d'une psychose. Si, du plus grand nombre d'entre eux, on peut dire qu'ils sont dégénérés, c'est à la condition d'ajouter « des dégénérés en train de se régénérer ». Toutefois, l'arrêt au stade du doute obsessif, le plus souvent perpétuel, n'est quelquefois que provisoire. Il est des obsédés qui guérissent ; il en est qui deviennent des délirants.

Théorie ingénieuse et originale, consolatrice aussi, puisque l'auteur va jusqu'à dire que même chez les héréditaires, l'obsession n'est pas une psychose dégénérative, mais bien plutôt une psychose avec tendance régénérative, une étape de rédemption. C'est peut-être aller un peu loin.

René CHARPENTIER.

Les troubles du caractère chez les enfants à la suite d'encéphalite épidémique, par le D^r G. VERMEYLEN (de Gheel). (in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, n° 5, 1923).

A son tour, M. Vermeylen rapporte six observations de troubles du caractère et des tendances, développés chez des enfants ayant été atteints d'encéphalite épidémique. Ces troubles assez marqués pour que deux des enfants ne puissent être gardés à la section d'enfants anormaux de la colonie de Gheel sont caractérisés par l'inaptitude à toute activité utile, l'instabilité, l'indocilité, la perversité, des réactions impulsives et coléreuses, une sexualité précoce et dérégulée, etc... Ils reproduisent assez exactement le tableau de la constitution perverse.

Dans un grand nombre de cas, ces troubles se présentent chez des constitutionnels ayant déjà donné antérieurement des signes de leur prédisposition.

Dans les autres cas, M. Vermeylen se demande s'il n'y a pas simplement développement de tendances latentes. La

plasticité psychique de l'enfant favoriserait non pas une création, mais une transposition mettant à jour des tendances jusqu'à ce moment latentes et ramenant les autres dans l'ombre. Un certain nombre de tendances pathologiques viendraient ainsi se substituer aux tendances prévalentes et créer en apparence une constitution psychopathique nouvelle.

René CHARPENTIER.

Quatre cas de catatonie à la ménopause, par MM. VERMEYLEN, NYSSSEN et LAMSSENS (de Gheel) (12 pages, in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, n° 1, 1923).

Le syndrome catatonique tardif est peu fréquent. Dans les cas observés, les auteurs n'ont mis en évidence ni antécédents héréditaires ou personnels, ni causes occasionnelles de quelque importance. Ils concluent à l'existence d'un syndrome catatonique pur se manifestant au moment de la ménopause. Avec Sommer et Kræpelin, ils estiment que le syndrome catatonique se présente surtout chez la femme au moment des trois périodes sexuelles actives : puberté, puerpéralité et ménopause.

De plus, MM. Vermeylen, Nyssen et Lamsens font remarquer que le syndrome catatonique de la ménopause se caractérise particulièrement par un tableau clinique plus nettement et plus exclusivement psychomoteur que dans le syndrome hétéphréno-catatonique. La diminution de l'affectivité y semble moins grande. Les troubles de l'humeur et du caractère y sont très marqués.

René CHARPENTIER.

Chronique psychiatrique, par M. JUDE, médecin-major de 1^{re} classe, professeur au Val-de-Grâce (26 pages, in *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 6 juin 1923).

Après un bref historique, M. Jude expose les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes non aliénés et l'organisation actuelle des services ouverts et des dispensaires psychiatriques.

Il examine ensuite ce qui fut fait dans l'armée avant la guerre sur l'initiative de Régis, Pierret, Simonin, Chavigny et rappelle sur ce sujet l'excellente thèse de Vialatte (Lyon, 1911). Dès le début de la guerre, Régis mit à exécution à l'hôpital militaire de Bordeaux les principes d'assistance psychiatrique militaire qu'il avait établis. Cet exemple, bientôt suivi à l'intérieur comme aux armées, donna des résultats remarquables, et M. Jude cite le centre psychiatrique du camp retranché de Paris qui, sous la direction de

M. le médecin principal Marcel Briand, reçut et traita 20.000 psychopathes. De toutes les spécialités tant médicales que chirurgicales, la neuro-psychiatrie fut celle qui nécessita le plus grand nombre de lits.

Au point de vue étiologique et clinique, M. Jude rappelle le rôle de la prédisposition, le rôle de l'alcoolisme, et le très grand nombre de psychoses qui, sans être des entités nouvelles, diffèrent par leur origine et leur évolution des psychoses du temps de paix.

Depuis la fin de la guerre, le service de santé a poursuivi l'étude des questions d'hygiène mentale, d'aptitude mentale. Il s'est appliqué à l'instruction de spécialistes militaires experts en médecine légale et en neuro-psychiatrie.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 21 Mars 1924

Président : M. le D^r TOULOUSE

Mal comitial caractérisé par des accès nocturnes d'épilepsie convulsive et par des accès diurnes d'automatisme ambulatoire, par MM. BRIAND et MARCHAND. — Il s'agit d'un sujet âgé de 19 ans qui est atteint de mal comitial depuis l'âge de 7 ans. Ses crises nocturnes revêtent la forme classique des accès convulsifs. Les accidents non diurnes sont précédés d'une sensation d'étouffement puis le malade marche pendant quelques minutes sans avoir conscience de ce qu'il fait. Il ne parle pas, il ne comprend pas ce qu'on lui dit. Sa bouche est crispée, ses membres sont raides et quand il revient à lui, il se retrouve dans un endroit inconnu et constate qu'il s'est mordu la langue. Ce malade a eu plusieurs fois des crises d'automatisme ambulatoire dans des lieux très fréquentés ; il a pu dans cet état traverser les voies encombrées ; il a toujours évité les obstacles, jamais on ne l'a arrêté. Ses actes automatiques sont donc complexes, coordonnés et semblent nécessiter un certain degré de lucidité sans enregistrement des souvenirs.

Préoccupations érotiques chez une persécutée interprétante hallucinée, par M. CÉNAC (Service de l'Admission). — L'auteur présente une malade qui rappelle par certains points, les caractéristiques des « érotomanes », décrites par M. de Clérambault, mais qui en diffère par une évolution atypique, cette malade ayant pu vivre des années sans que l'élément passionnel et les interprétations délirantes qu'il détermine aient amené chez elle de réactions vis-à-vis de l'objet. Des hallucinations auditives pénibles ayant trait à son triste roman, apparues récemment, ont provoqué les faits ayant abouti à l'internement.

Idées de négation dans un cas d'encéphalite épidémique chronique, par MM. Roger DUPOUY et Paul SCHIFF et Mme Jeanne RÉQUIN. — Chez un parkinsonien post-encéphalique, les auteurs ont noté des caractéristiques psychiques particulières. Ce malade accuse des troubles cénesthopathiques divers, une perversion des sensations somatiques normales de la faim, de la digestion et il traduit ces troubles dans le langage employé par les mélancoliques qui présentent un délire de négation. Il s'agit ici d'un délire de négation très incomplet, sans idées d'énormité, d'immortalité ou de possession. C'est un ensemble d'idées de négation qui commencent lentement à se systématiser chez un individu qu'on ne saurait qualifier de mélancolique au sens strictement psychiatrique du terme. Ce cas permet de saisir la transformation du trouble cénesthopathique en idées de négation ; quant à l'origine de ce trouble cénesthopathique, il est sans doute en rapport avec le déséquilibre sympathique que les diverses épreuves biologiques mettent en évidence chez ce malade.

Syndrome paralytique très accusé avec syndrome humoral au minimum, par MM. Roger DUPOUY et Paul SCHIFF, et Mme Jeanne RÉQUIN. — Ce malade appartient au groupe de ceux présentés à la dernière séance de la Société Clinique de Médecine Mentale, par M. Desport et Mlle Serin ; il s'agit d'un syndrome paralytique très accusé, caractérisé par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, l'amnésie, la perte de l'auto-critique, une indifférence profonde avec des périodes de turbulence, une forte dysarthrie, de l'inégalité et de l'irrégularité pupillaires avec myosis et Argyll. Cependant toutes les réactions humorales et cytologiques sont restées négatives malgré tous les contrôles et une réactiva-

tion thérapeutique. Seule la réaction du benjoin colloïdal est légèrement positive (12100 dans la zone paralytique). Le diagnostic différentiel se complique du fait que le malade est, de sa profession, peintre en bâtiments, qu'il est un alcoolique chronique et qu'il a été trépané il y a 8 ans pour blessure de guerre. Mais il n'a jamais fait d'accidents saturnins, est retourné au front quelques semaines après son opération : ni la trépanation, ni l'alcool, ni le plomb ne sauraient expliquer l'Argyll complet et le résultat de la réaction du benjoin. Un traitement antisyphilitique intensif a été suivi d'aggravation, et ce cas doit s'ajouter à ceux, rares il est vrai, mais dont l'importance pratique reste entière, des syndromes paralytiques où le diagnostic clinique paraît plus important que les conclusions du laboratoire.

Un nouveau cas de P. G. conjugale, par MM. MARIE et BERNADOU. — MM. Marie et Bernadou présentent, en faveur de la conception de la syphilis neurotrope, un sujet atteint de troubles mentaux à caractères démentiels qu'ils considèrent comme une manifestation de paralysie générale. Les signes neurologiques et biologiques sont en faveur de ce diagnostic. La femme du malade est morte récemment de P. G. avérée, à l'Asile de Maison-Blanche. L'accident primaire de cette neuro-syphilis conjugale a été contracté, il y a 20 ans par le mari, qui a contaminé sa femme à la même époque.

En dehors du chancre, l'infection spécifique ne s'est manifestée que par des accidents neuro-psychiatriques dix-huit ans plus tard chez la femme, vingt ans plus tard chez le mari.

Tel est ce cas de « neurotropisme », ce mot étant pris dans le sens de « virulence atténuée par les tissus autres que les centres nerveux ».

Perversions instinctives et état schizoïde à allure périodique, par MM. CLAUDE, SANTENOISE et CODET. — On peut observer chez un dysharmonique à manifestations cyclothymiques, au cours des phases d'excitation, une série de manifestations particulières : insociabilité, onanisme, fétichisme, réactions coléreuses, éthéromanie. Ces faits s'expliquent par le développement concomitant d'une activité imaginative intense. Celle-ci provoque un état de rêverie, avec représentations mentales très vives, surtout de caractère érotique. A ce moment, le malade devient véritablement schizoïde,

cherchant à éviter la réalité, se complaisant dans un monde imaginaire et cherchant, au besoin, à le transposer dans le monde réel. Cette interprétation met en lumière le mécanisme psychologique des troubles de sa conduite et peut, d'une manière plus générale, expliquer diverses tendances, non pathologiques, à la rêverie, un certain nombre de manifestations fétichistes ainsi que l'origine commune à de nombreuses toxicomanies. Elle peut rendre service, au point de vue médico-légal, pour interpréter des faits anormaux, peu compréhensibles, au premier abord. Enfin, les rapports de ces troubles avec un état d'excitation intermittente, à côté du déséquilibre vago-sympathique observé, permettent d'espérer les bons résultats d'un traitement prophylactique des accès, à entreprendre dans la période intercalaire.

Confusion mentale onirique avec hallucinations lilliputiennes chez une femme de 77 ans traitée par les rayons X pour un cancroïde de la région frontale, par M. G. NAUDASCHER (Présentation de malade). — La malade qui a conservé un souvenir très peu précis de son séjour à l'hôpital et à l'asile croit avoir été transportée dans une maison infâme où elle a vu de nombreux petits pantins se livrer devant elle à des orgies révoltantes.

Actuellement la malade est encore persuadée de la réalité des scènes auxquelles elle a assisté, mais elle ne présente plus de troubles intellectuels bien marqués.

En l'absence de signes susceptibles d'expliquer l'origine de cet épisode confusionnel et onirique, l'auteur attire l'attention sur le rôle étiologique important des rayons X atteignant le cerveau au cours d'un traitement pour un épithélioma de la face, et il rappelle à cette occasion, les troubles vasculaires signalés par divers auteurs chez les malades âgés.

VARIÉTÉS

LES SERVICES OUVERTS

Nous avons reçu la lettre suivante :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE
CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Paris, le 16 février 1924.

CHER MONSIEUR,

La 4^e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique saisie de l'examen d'un projet de loi relatif aux services ouverts de malades atteints d'affections cérébrales a arrêté provisoirement le texte ci-joint. Avant d'en délibérer définitivement, elle désirerait avoir sous les yeux vos observations écrites à ce sujet. C'est pourquoi j'ai l'honneur de vous demander, au nom du bureau de cette section, de vouloir bien adresser au Secrétariat général du Conseil supérieur, 49, rue de Miromesnil, autant que possible dans le délai de 8 jours, un avis personnel qui ne devra pas dépasser 150 lignes.

Cet avis pourra revêtir la forme d'un contre-projet. Au cas où la section souhaiterait recevoir des explications orales, je me permettrais de vous convoquer, à titre consultatif, pour une prochaine séance.

Veuillez agréer, etc...

Le Secrétaire général,
G. RONDEL.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
PROJET DE LOI SUR LES SERVICES OUVERTS D'ALIÉNÉS

*Texte adopté par la 4^e section dans sa séance
du 7 décembre 1923*

Article premier. — Les départements sont autorisés à créer des services ouverts de consultations externes et d'hospitalisation destinés aux malades atteints d'affections cérébrales (1) *passagères et non dangereuses* pour l'ordre public ou la sécurité des personnes.

(1) Plusieurs membres de la Section ont proposé de remplacer « cérébrales » par « mentales ». Cette modification ayant été discutée on s'est séparé sans se prononcer sur ce point.

Ces services pourront être installés soit à l'asile départemental, à condition de fonctionner d'une façon distincte de ceux régis par la loi du 30 juin 1838, soit dans d'autres établissements hospitaliers.

Les conditions de fonctionnement et la désignation du médecin seront déterminés par un arrêté ministériel après avis de la Section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

L'organisation sera faite en conformité des articles 3 et 4 de la loi du 13 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Article 2. — L'hospitalisation des bénéficiaires de la présente loi a lieu sans délai sur le vu d'un bulletin d'admission établi par les médecins préposés aux consultations externes sans qu'il soit nécessaire de justifier de l'inscription sur une liste d'assistance.

Dans les 48 heures qui suivent l'admission, il devra être adressé au Préfet : 1° un certificat médical justificatif de l'opportunité d'un traitement immédiat dans les conditions de la présente loi ; 2° toutes les indications recueillies susceptibles de faciliter l'établissement d'un domicile de secours et l'appréciation des ressources visées à l'article suivant.

Au cas où le malade paraît constituer un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes le médecin traitant ou consultant saisit le préfet qui statue.

Article 3. — De mois en mois, un certificat médical sera établi pour justifier la prolongation du traitement. Ce certificat sera transmis au préfet, lequel pourra, à tout moment, soit prescrire la sortie du malade, soit prononcer son placement d'office dans un asile, par application de la loi du 30 juin 1838.

Article 4. — La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement procuré en vertu de la présente loi sera à la charge des personnes admises ou, à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments aux termes des articles 305 et suivants du Code civil. A défaut ou en cas d'insuffisance de ressources, ces frais seront supportés obligatoirement en conformité du titre V de la loi du 15 juillet 1893 (1).

(1) Ce texte diffère sur certains points de celui que nous avons publié, dans les *Annales*, en janvier. C'est pourquoi nous le reproduisons.

Nous avons été des premiers à reconnaître et à faire valoir l'utilité du service de Prophylaxie Mentale en tant que service de consultation externe servant à assister et à placer les aliénés. Par contre, cette utilité nous paraît des plus contestables si ce service est destiné à doubler les services actuels et cela à un prix infiniment supérieur et sans résultats pratiques. On aboutirait simplement à diviser les malades en deux classes dont l'une serait privilégiée au détriment de l'autre. C'est pourquoi nous avons adressé à M. l'Inspecteur général Rondel la réponse reproduite ci-dessous :

PROJET DE LOI SUR LES SERVICES OUVERTS D'ALIÉNÉS

Réponse du D^r Henri Colin. — Il me paraît inutile, dangereux même, de faire une loi sur les services ouverts d'aliénés.

I. Inutile : 1° parce que bien que le projet qui nous est soumis les désigne sous le nom d'aliénés, nous ne savons pas au juste quels sont les malades relevant de ces services et que, pour ce qui regarde les aliénés, c'est-à-dire les sujets atteints d'affections tout à la fois cérébrales et mentales, personne n'est qualifié pour affirmer que, dans tel ou tel cas, cette affection est passagère et non dangereuse.

2° parce que, en tout état de cause et malgré la loi, les services ouverts n'ont aucune chance d'exister en dehors de Paris et de quelques grands centres. Partout ailleurs on se heurtera à de multiples difficultés d'organisation dont les moindres ne seront pas les difficultés financières, surtout à l'époque actuelle. On invoque à tout propos l'exemple de l'Amérique, on oublie que, dans ce pays, ce sont les œuvres et les subventions privées qui font les frais de ces institutions nouvelles. En France, c'est le contribuable, par l'intermédiaire des départements ou de l'Etat. L'assistance des malades atteints d'affections cérébrales ou mentales étant déjà organisée, on trouvera sans peine des objets plus pressants pour l'utilisation des deniers publics (Lutte contre la syphilis, l'alcool, la tuberculose, puériculture, etc.).

II. Dangereux : 1° parce qu'on soumettrait les aliénés à un double régime au point de vue légal. En effet, la loi proposée vise de façon presque exclusive les aliénés. Quels sont donc les malades qui relèvent du service ouvert ? A cet égard, on fournit des chiffres, mais en médecine les chiffres ne signifient rien s'ils ne sont appuyés sur des observations cliniques précises. Pour ne parler que de Paris, la grande masse des sujets traités paraît se composer des habitués des consultations neurologiques des hôpitaux, errant d'hôpital en hôpital, — car jusqu'à présent on n'a pas trouvé le moyen

de les guérir définitivement, — neurasthéniques, psychasthéniques, épileptiques, hystériques, obsédés, tiqueurs, asthéniques, etc., pervers et paresseux. Les autres sont des aliénés. Certains d'entre eux peuvent être conservés jusqu'à leur sortie comme ils le seraient à l'asile ; d'autres sont gardés quelque temps pour être ensuite internés ; pour une troisième catégorie, l'internement immédiat s'impose. Or, ces éventualités se reproduisent partout et non pas seulement dans les services ouverts. Le seul critérium qu'il suffise d'observer et que l'on observe, c'est l'état de danger ; à cet égard la loi de 1838 est largement suffisante. Au surplus, ne l'a-t-on pas invoquée pour fonder les services ouverts en faisant valoir qu'elle n'en défend pas l'organisation ? Faire une loi spéciale serait créer parmi les aliénés deux classes de malades soumis à deux législations différentes. On s'exposerait à de graves mécomptes et, les intérêts particuliers et contradictoires entrant en jeu, on ne tarderait pas à faire naître l'idée d'internements déguisés ou injustifiés susceptibles de soulever dans l'opinion publique des protestations autrement vives et beaucoup plus rationnelles que ne le font les placements ordinaires dans les asiles actuels.

2° Parce que c'est vicié le principe même de l'organisation nouvelle. Un service ouvert doit rester un service ouvert. Dans aucun cas et sous aucun prétexte, sous peine d'encourir le reproche justifié de séquestration arbitraire, un malade ne peut être conservé dans un service ouvert contre sa volonté ou contre la volonté de sa famille. S'il est dangereux il doit être interné et l'asile est, par définition, l'établissement approprié pour le recevoir. La nécessité de la mise en observation est un mauvais prétexte puisqu'à Paris existent l'Infirmerie spéciale et le Service de l'Admission, et partout ailleurs des asiles où cette mise en observation pourra être pratiquée avec toutes les garanties désirables.

Pour terminer, nous ferons remarquer qu'il est inutile et qu'il serait regrettable de prévoir la création d'une classe spéciale de médecins pour services ouverts. Ce cadre médical existe déjà, il est formé du corps des médecins des asiles publics nommés au concours, ayant, par conséquent, fait la preuve de leurs connaissances et de leurs aptitudes.

D^r Henri COLIN.

D'autre part, la Société médicale des asiles de la Seine appelée à délibérer sur le projet de la 4^e section du Conseil supérieur et sur un projet développé par M. le D^r Toulouse, a émis les résolutions suivantes :

Société médicale des Asiles de la Seine. — Au cours de sa séance du 11 mars 1924, la Société Médicale des Asiles de la Seine, à l'unanimité des membres présents, a adopté les résolutions suivantes, relativement aux divers projets de loi relatifs aux services ouverts pour psychopathes dont elle a eu connaissance :

1° Le fonctionnement des services ouverts pour le dépistage et le traitement des petits psychopathes lucides et inoffensifs ne nécessite aucune loi nouvelle.

2° Ces services doivent être avant tout des services de consultation et de dépistage, et accessoirement d'hospitalisation de psychopathes qui ne sont pas des aliénés : l'hospitalisation libre de pareils malades peut s'opérer sous le couvert de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite obligatoire.

Il n'y a pas lieu de compléter cette loi par des dispositions spéciales nouvelles.

Dès que l'état mental d'un sujet crée des obstacles à l'hospitalisation sous le régime ordinaire et nécessite des mesures de coercition ou de protection des biens, le sujet rentre dans la catégorie de ceux qui relèvent de la loi de 1838, dont les dispositions, nécessaires et suffisantes, doivent dès lors être intégralement respectées.

3° Toutefois, le fonctionnement des services libres requiert de la part des médecins qui en seront chargés des garanties spéciales qui ne peuvent être données que par le mode de recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés, et par une pratique régulière du service médical dans un établissement d'aliénés. En conséquence, ces services ouverts ne doivent être confiés qu'à des médecins des asiles publics d'aliénés en exercice, et, pour les services créés par transformation des services des asiles d'aliénés de la Seine, aux médecins appartenant au cadre régulier des asiles publics d'aliénés de la Seine.

4° La Société décide que cette motion sera portée à la connaissance :

- a) de M. le Ministre de l'Hygiène ;
- b) de M. le Préfet de la Seine ;
- c) de M. le Président du Conseil Général de la Seine ;
- d) de M. le Président de la Commission de surveillance des Asiles d'Aliénés de la Seine ;
- e) de M. le Président de l'Association amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

UNE ENQUÊTE MENTALE DANS LES PRISONS

Il y a plusieurs mois, d'accord avec M. Maurice Colrat, Garde des Sceaux, M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, a chargé MM. les docteurs Marcel Briand et Raymond Mallet de procéder à une enquête psychiatrique dans plusieurs prisons de la Seine.

Dans un premier rapport adressé à M. Paul Strauss, qui l'a transmis à la Chancellerie, MM. Marcel Briand et Raymond Mallet formulent les conclusions suivantes :

De l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer, il résulte :

Qu'un certain nombre de détenus seraient mieux à leur place ailleurs que dans une prison ;

Que parmi ceux-ci, on rencontre surtout des récidivistes dont l'état mental a parfois justifié l'indulgence des juges à la suite d'un rapport médico-légal : l'état mental ne change pas, les récidives se multiplient, la société n'est pas protégée. Et quand il s'agit d'individus dont les réactions sont dangereuses on comprend la gravité du problème.

C'est pourquoi nous croyons qu'il serait nécessaire de continuer notre enquête dans les Maisons centrales et d'envisager, dès maintenant, les moyens pour le médecin d'examiner les condamnés dont le dossier, la fréquence des délits, le caractère de ceux-ci, la tenue à la prison comportent une présomption de trouble mental.

**

La question dont il s'agit n'est pas nouvelle et sans indiquer actuellement des travaux sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, il nous paraît intéressant, pour prendre date, de reproduire le résumé de la communication faite sur ce sujet au Congrès International de Lisbonne, en avril 1906, par notre collègue M. le D^r Pactet.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LISBONNE. —
Communication de M. le Docteur Pactet, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Résumé). (Avril 1906).

CRÉATION D'UN SERVICE D'EXAMEN
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES DÉTENUS

Le but de cette communication est d'établir qu'il existe des aliénés dans les prisons, de faire voir par suite de quel

conours de circonstances ils s'y trouvent et de rechercher les moyens propres à mettre fin à une situation défectueuse, aussi bien au point de vue purement humanitaire, qu'au point de vue du fonctionnement régulier de l'organisme social que sont les établissements pénitentiaires.

Dire qu'il existe des aliénés dans les prisons, c'est énoncer une proposition qui a la valeur d'un axiome. La réalité du fait est mise en évidence : 1° par les statistiques des médecins qui, au courant de la pathologie mentale, ont eu la possibilité d'examiner les hôtes des prisons ; 2° par les cas qu'ont relatés les médecins d'asiles d'aliénés qui recevaient dans leurs services des détenus atteints de troubles mentaux, après un séjour plus ou moins prolongé à la prison ; 3° par les résultats d'une enquête, dont l'auteur a pris l'initiative, auprès des médecins aliénistes des différents pays ; 4° par les opinions concordantes des directeurs d'établissements pénitentiaires de France qui tous s'accordent à reconnaître qu'un chiffre notable de leurs pensionnaires pourraient utilement être soumis à un examen médico-psychologique.

Les aliénés qui se trouvent dans les prisons ont une double origine : les uns, et probablement les plus nombreux, étaient déjà atteints d'aliénation mentale au moment où ils ont été condamnés par les tribunaux et leur état de maladie a été méconnu par les juges ; les autres sont devenus malades au cours de l'accomplissement de leur peine.

Il est difficile d'établir d'une façon exacte la proportion des aliénés qui se trouvent dans les prisons, puisque, jusqu'à ce jour, aucune recherche méthodique n'a été entreprise pour élucider la question. L'on est obligé, à cet égard, de s'en tenir aux renseignements fournis par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, médecins de prison ou médecins d'asiles, aux documents officiels, bien que très incomplets, de l'administration pénitentiaire et au mouvement des entrées à l'établissement spécial de Gaillon qui, jusqu'à cette année, recevait les détenus condamnés à plus d'un an de prison devenus aliénés pendant leur séjour dans les maisons centrales. Ferrus évaluait cette proportion à 11 pour mille, Parchappe à 6 pour mille, Sauze à 20 pour mille, Bailleul a trouvé 226 cas d'aliénation préexistante à l'internement, dans une période de sept années ; Paul Garnier, en cinq ans, a reçu à l'infirmerie spéciale du Dépôt 255 aliénés sortant des prisons de la Seine. Magnan en voit entrer dans son service, en moyenne, 30 par an ; Henri Monod, qui fit une enquête auprès des médecins d'asiles, au sujet des aliénés recueillis dans les asiles publics après condamnation,

réunit pour la période de 1891 à 1899, 479 cas ; enfin les entrées à l'asile spécial de Gaillon, de 1893 à 1902, ont été de 260. Aujourd'hui les statistiques des différents pays s'accordent à évaluer à 5 ou 6 0/0 le nombre des aliénés que renferment les maisons de détention et, en France, plusieurs directeurs de prisons, avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir, estiment que 15 0/0 environ de leurs pensionnaires devraient faire l'objet d'un examen de la part de médecins aliénistes. Henri Colin qui fut pendant plusieurs années médecin de l'asile de Gaillon, dans un livre que nous avons publié ensemble sur les Aliénés dans les prisons, déclare et prouve que le chiffre des malades internés dans cet établissement est loin de représenter le nombre exact des aliénés qui se trouvent dans les maisons centrales. En effet les seules maisons centrales qui dirigent les aliénés sur l'asile de Gaillon sont celles où le service médical est fait par des médecins familiarisés avec les symptômes des maladies mentales.

Le séjour des aliénés dans les prisons est parfois fort long avant que leur état mental attire l'attention. On voit, dans l'enquête de M. Monod, que 14 aliénés y ont séjourné moins d'un mois, 27 de un à deux mois, 13 de deux à trois mois, 7 de trois à quatre mois, 6 de quatre à cinq mois, 3 de cinq à six mois, 3 de six mois à un an, et 1 près de trois ans. J'ai observé un aliéné persécuté, condamné à cinq ans de prison pour tentative d'homicide, qui accomplit intégralement sa peine et dans l'ouvrage auquel je faisais allusion plus haut, sur les aliénés dans les prisons, l'on peut remarquer que des malades sont restés en prison deux ans, trois ans, quatre ans et même six ans avant d'être envoyés dans un asile.

Cette longue durée du séjour d'aliénés dans les établissements pénitentiaires s'explique, en premier lieu, par l'inaptitude du personnel de surveillance à reconnaître, dans tous les cas, l'existence de la folie chez les détenus, ensuite par le maintien en prison de détenus notoirement aliénés pourvu qu'ils travaillent régulièrement et n'apportent pas la perturbation au fonctionnement des divers services, et enfin par l'insuffisance, universellement constatée, du service médical ordinaire des prisons, pour faire, en toute certitude, le diagnostic de l'aliénation mentale.

Les inconvénients d'une telle situation sont multiples. Elle constitue une violation de ce principe, universellement admis aujourd'hui, que la place des aliénés ne peut être qu'à l'asile. Elle expose les aliénés inadaptables au milieu, du fait de leur état pathologique, à subir les rigueurs d'un

règlement sévère. Certaines infractions à la discipline peuvent entraîner une punition de 90 jours de cellule ténébreuse, et enfin elle crée un réel danger, comme le montre un incident récent survenu à la prison de Fresnes, où un aétenu, atteint de délire de persécution, fit le jour même de sa libération et sous l'influence de son délire, une tentative de meurtre sur l'un de ses gardiens.

Existe-t-il des moyens de la faire disparaître. Assurément. Elle se trouverait déjà atténuée si l'on exigeait des connaissances en pathologie mentale de tout médecin chargé d'un service pénitentiaire. Mais elle réclame des mesures plus radicales et le moyen le plus apte à y mettre un terme consisterait à suivre l'exemple qui a été donné, il y a plus de quinze ans par un pays d'Europe, la Belgique, où un service spécial, désigné sous le nom de service de médecine mentale des prisons, et confié à deux médecins aliénistes, a été créé dans le but d'éliminer des établissements pénitentiaires les détenus qui relèvent de l'asile d'aliénés.

L'utilité de ce service se mesure aux résultats obtenus. En France, une population d'environ 22.000 prisonniers a donné, de 1893 à 1902, c'est-à-dire pendant une période de dix ans, une moyenne annuelle de 26 entrées à l'asile spécial de Gaillon ; en Belgique, un nombre de détenus inférieur à 4.000 a donné lieu, chaque année, à 130 examens de la médecine mentale.

Une tentative timide a été faite, en France, pour s'engager dans la voie tracée par la Belgique ; cette tentative est due à mon initiative et à celle de mon collègue de Villejuif, le D^r Henri Colin.

Il s'agissait d'obtenir l'autorisation d'examiner dans quelques prisons, les détenus chez qui l'étude du dossier avait permis de soupçonner des anomalies psychiques.

L'appui du ministre de l'intérieur et du directeur de l'administration pénitentiaire, M. Grimanelli, nous fut aussitôt acquis. Mais ne tardèrent pas à surgir des résistances qui s'abritaient derrière une prétendue crainte d'éveiller les susceptibilités de la magistrature, au cas où un nombre important d'aliénés serait signalé, aboutirent à restreindre l'étendue et l'efficacité de notre action, en remettant exclusivement à l'administration le soin d'indiquer les sujets qui devraient être examinés.

L'état de choses que je signale, c'est-à-dire la présence d'aliénés dans les prisons est de tous les pays ; les médecins d'Amérique comme ceux de l'Europe, en ont signalé l'existence.

Aussi le Congrès ferait-il œuvre humanitaire en aidant à

l'accomplissement d'une réforme réalisée déjà en Belgique, ébauchée en France, indiquée partout, et en émettant un vœu en faveur de la création, dans chaque pays, d'un service d'examen médico-psychologique des détenus, à la tête desquels seraient placés des médecins aliénistes.

F. PACIET.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Postes de médecin-chef de service actuellement vacants : asile de Prémontré (Aisne) ; asile privé faisant fonction d'asile public de Leyme (Lot).

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS (25 mars 1924)

Nous publions ci-dessous le détail des points obtenus par les candidats et le texte des questions données.

NOMS	Titres	Anatomie	Pathologie interne	Pathologie mentale	Administration	Total d'admissibilité	Epreuve clinique orale	Epreuve clinique écrite	Total	Place
Lauzier	211/4	27	19	26	19	112 1/2	35	36	183 1/4	1
Merland	213/4	27 1/2	16 1/2	26	18	109 3/4	35	37	181 3/4	2
Reboul-Lach...	201/4	28 1/2	13	28	16	105 3/4	37	37	179 3/4	3
Abély	18	27	17 1/2	27	15	104 1/2	34	36	174 1/2	4
Targowla ..	24	23	16	22	16	101	37	36	174	5
Schützenberger.	163/4	20 1/2	15	22 1/2	15	89 3/4	30	34	153 3/4	6
Frey.....	211/2	14 1/2	9	21	12	78	29	30	137	7
Desport.....	13	26	8	24	13	84	19	20	123	8
Joseph Lafosse.	16	14 1/2	8	18	11	67 1/2	21	33	121 1/2	9
Godard	9 1/2	22 1/2	12	21	11	76	18	22	116	10

QUESTIONS ÉCRITES

(Les questions tirées au sort sont précédées d'un astérisque)

Pathologie interne. — 1. Signes cliniques de l'urémie ;
* 2. Dépistage de la tuberculose chez les aliénés et mesures prophylactiques dans les asiles ; 3. Sémiologie des diarrhées.

Anatomie. — 1. Voies pyramidales ; 2. Pneumogastrique (sans les rapports topographiques du tronc et des branches) ;

* 3. Couche optique.

Pathologie mentale. — * 1. L'homicide en pathologie mentale ; 2. La paralysie générale au début ; 3. Les hallucinations auditives.

Administration. — * 1. Formalités légales et réglementaires de l'admission d'un aliéné dans un asile public ou privé ; 2. Relations de l'aliéné avec l'extérieur ; 3. Rôle du Préfet dans l'organisation et le fonctionnement d'un établissement consacré aux aliénés.

INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Le concours ouvert pour cinq places d'internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine s'est terminé le 6 avril 1924 par la nomination de MM. Legrand, Lelong, Mlle Cullerre, MM. Bardol et Rolland, par ordre de classement.

V^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(30 et 31 mai 1924)

La V^e Réunion Neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les

vendredi 30 et samedi 31 mai 1924,

dans l'Amphithéâtre de l'École des Infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude :

LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Rapporteurs : M. Georges GUILLAIN (de Paris), M. Otto VERAGUTH (de Zurich).

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

Monthey et Lausanne, le 15.III.1924

La réunion de printemps de la Société de Psychiatrie aura lieu le 14 et le 15 juin à Lugano.

Thème de travail : « *L'hérédité en psychiatrie* ».

Rapporteurs : Prof. RUEDIN (Munich), Priv.-doc. D^r BOVEN (Lausanne).

Les confrères ayant l'intention de présenter une communication se rapportant au thème ci-dessus sont priés de bien vouloir l'annoncer au Président soussigné, Asile de Malévoz, Monthey, Valais, au plus tard pour le 30 avril.

Des communications se rapportant à d'autres sujets sont également les bienvenues, mais elles ne pourront être présentées que lorsque la discussion sur le thème de travail sera épuisée.

Le Président :
D^r A. REPOUD.

Le Secrétaire :
D^r H. STECK.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Dans sa séance du 22 décembre 1923, la Société Belge de Neurologie a élu vice-président notre très distingué collègue M. le Professeur Rodolphe Ley, qui deviendra de droit président pour l'année 1925. On sait que M. le Professeur Ley est secrétaire général du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française qui se tiendra à Bruxelles en août 1924.

Nous lui adressons ici nos plus vives félicitations et nous sommes particulièrement heureux de reproduire l'allocution qu'il a prononcée à la suite de son élection :

« Messieurs, je vous remercie du grand honneur que vous me faites en m'appelant à la vice-présidence de notre Société.

En acceptant ce poste, je songe beaucoup moins, croyez-le bien, à l'honneur qu'aux devoirs et aux responsabilités qu'il comporte.

Je crains que le fardeau ne soit un peu lourd pour moi ; j'ose espérer cependant que, grâce à votre bonne collaboration, grâce à l'esprit de parfaite courtoisie qui est la règle dans nos débats, je ne serai pas trop inférieur à ma tâche.

Messieurs, je me fais peut-être illusion, mais je crois que mon accession à la vice-présidence a la valeur d'un symbole ; on a voulu choisir un « jeune » pour cette fonction. Cet hommage ne s'adresse pas à moi personnellement ; il va à cette vaillante phalange de nouvelles recrues qui sont entrées depuis peu dans nos rangs.

Je me permets de leur rappeler que Bruxelles sera le siège, en 1924, du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Il importe qu'ils songent, dès à présent, à collaborer activement à cette réunion et à y apporter le résultat de leurs travaux.

Puisqu'on nous a fait l'honneur de choisir cette année notre pays pour y tenir les assises de ce Congrès, il est de toute nécessité que nous fassions un effort sérieux pour que notre participation y soit brillante. Rappelons-nous avec

quelle courtoisie, avec quelle générosité nos amis français nous associent à leurs travaux lorsque nous nous rendons chez eux pour assister à leurs réunions scientifiques. La plupart des jeunes membres de notre Société tiendront certes à proclamer qu'ils doivent le meilleur de leurs connaissances neurologiques à l'enseignement des maîtres français.

Faisons notre possible pour montrer à nos hôtes que, dans notre petit pays, malgré l'exiguïté des ressources, on travaille de son mieux et que, dans le domaine scientifique comme dans les autres, nos deux pays entendent rester éternellement unis par les liens de la plus étroite fraternité. »

UN HOMMAGE A LA MÉMOIRE DE LEGRAND DU SAULLE

Le Conseil municipal de Dijon vient de décider qu'une des rues de la ville porterait le nom de Legrand du Saulle.....

Legrand du Saulle, né à Dijon le 16 avril 1830, est décédé à Paris le 6 mai 1886. Médecin de Bicêtre, puis de la Salpêtrière, il a laissé une œuvre considérable. Citons : *La Folie devant les tribunaux*, *Le Délire des persécutions*, *La Folie héréditaire*, *La Folie du doute*, *L'Etude médico-légale sur les épileptiques*, *L'Etude clinique sur la peur des espaces (l'agoraphobie)*, *Les Signes physiques des folies raisonnantes*, *Les Etudes médico-légales sur les testaments et l'interdiction des aliénés, les hystériques*, etc., et enfin le *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale* en collaboration avec G. Pouchet pour la partie chimique, et le regretté Georges Berryer, son gendre, pour la partie judiciaire.

Tout jeune étudiant, Legrand du Saulle avait débuté à la *Gazette des hôpitaux* en publiant les célèbres leçons de Trousseau. Pendant toute sa vie il demeura un collaborateur assidu de ce journal, et le jour même de sa mort paraissait dans nos colonnes son beau travail sur *La Politique et la folie*.

Legrand du Saulle ne fut pas seulement un grand savant, ce fut aussi un noble caractère.

La récompense de sa bonté, Legrand du Saulle la trouvait en lui-même. « Dans la profession médicale, disait-il, il y a des joies silencieuses et profondes, des orgueils discrets et doux... »

« Quelle admirable profession, disait-il encore, que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent un pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre et de garder le silence ; de ne trouver, dans les individus les

plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot, l'espion prussien à la pistole ou le président de la Cour suprême dans une cellule de condamné à mort et de recevoir de tous les mêmes marques de déférence et le même remerciement ! »

Peut-on faire une plus saisissante esquisse de l'idéal médical ?... ..

F.-L. S.

Gazette des Hôpitaux, 1^{er} avril 1924.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

NOTES MENSUELLES (1)

SÉRIES II, n° 8

LA FATIGUE PROFESSIONNELLE ET L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. — Une étude récente du Bureau international du Travail sur « l'Hygiène et la sécurité industrielles et l'Organisation internationale du Travail » contient un intéressant article de M. D.-R. Wilson, Secrétaire de l'« Industrial Fatigue Research Board », sur la coopération internationale dans l'étude de la fatigue industrielle.

M. Wilson signale que les énormes progrès réalisés dans l'industrie, à partir de la création des grandes usines, portèrent presque exclusivement sur l'outillage mécanique, l'installation technique et les procédés de fabrication, jamais, ou presque jamais, sur les fonctions de l'ouvrier. C'est seulement depuis ces dernières années qu'on semble avoir compris que ces fonctions méritent d'être étudiées en elles-mêmes et qu'elles sont, comme celles de la machine, soumises à des lois parfaitement définies, encore que beaucoup plus complexes.

L'auteur cite deux exemples qui mettent en relief ce que

(1) Ces notes sont publiées mensuellement par le Bureau International du Travail à Genève, Suisse. Elles contiennent des informations relatives à l'activité de l'organisation internationale du Travail, aux résultats des enquêtes ou des études entreprises par le Bureau dans le domaine du travail et de l'industrie, ainsi qu'aux mesures prises par les différents Etats en vue de faire porter effet aux décisions de la Conférence Internationale du Travail. Elles sont destinées à être reproduites dans la presse.

l'on entend par fatigue professionnelle. Une enquête effectuée par le « Board » en ce qui concerne l'influence sur la production d'une température élevée et d'une grande humidité, dans le tissage de certains textiles, a révélé que, si la température et l'humidité de l'atmosphère augmentent au delà d'une certaine limite, les effets bienfaisants sur le fil sont plus que compensés par la fatigue de l'ouvrier, résultant de conditions physiologiques défavorables.

Une autre expérience, faite dans une mine de charbon, en ce qui concerne l'influence de l'éclairage sur le rendement a démontré que l'amélioration de l'éclairage était susceptible de déterminer une augmentation de la production de près de 15 0/0, par suite de son influence sur la fatigue.

Ces exemples indiquent en premier lieu que l'ouvrier est influencé directement, et pour ainsi dire d'une manière inconsciente, par le milieu physique dans lequel il travaille, et cela à un degré qui, s'il était soupçonné jusqu'ici, n'avait jamais été mesuré exactement. Ils prouvent aussi que le souci de placer l'ouvrier dans les meilleures conditions de travail n'est pas seulement un devoir social, mais constitue en outre un bon placement économique.

M. Wilson propose que l'on prenne des mesures sur une base internationale, — mesures coordonnées par le Bureau international du Travail, — en vue d'étudier la fatigue professionnelle. Il suggère que ces mesures aient pour objet de rechercher quelles sont les organisations qui, dans les différents pays, s'intéressent déjà, à des titres divers, aux problèmes de la psychologie et de la physiologie professionnelles. On pourrait alors, après avoir pris connaissance des études qu'elles ont publiées; et complété cette documentation par une enquête directe, dresser un état d'ensemble de leurs méthodes de travail, des résultats qu'elles ont obtenus et du programme de leurs travaux futurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 29.148

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Questions d'Asile



Membre du Comité de l'Amicale et partant appelé à connaître des conflits qui surgissent entre collègues, je ne saurais sous aucun prétexte faire part à quiconque de ce que j'ai appris au cours d'une enquête à laquelle j'ai collaboré et encore moins commenter le jugement prononcé. Je me crois par contre autorisé à parler des conséquences qu'entraînent des incidents aussi regrettables que ceux qui se sont déroulés à Dury-les-Amiens, et à envisager les mesures propres à en éviter le retour ou, du moins, à en enrayer le développement.

Dès octobre 1921 je réclamaï (1) la création
« d'une sorte de Conseil de l'Ordre ou de Conseil

(1) Voir *l'Informateur des Aliénistes et Neurologistes*.

du Cadre, devant lequel serait obligatoirement porté tout conflit entre médecins et auquel devrait être déféré tout collègue accusé d'une faute professionnelle. Je suis persuadé (ajoutais-je) que chacun éviterait les brimades, les insolences, les réactions ou les négligences qu'il saurait devoir être jugées par ses collègues ». L'idée devait être dans l'air (je n'ai pas la sottise prétention d'être le créateur du Conseil de Famille) puisqu'elle fut réalisée et puisqu'un grand nombre de praticiens ont par la suite réclamé eux aussi, à l'occasion de certains scandales, la création d'un Conseil de l'Ordre dont il était même question de rendre les jugements exécutoires par l'autorité judiciaire.

Notre Conseil de Famille est-il organisé de façon à rendre tous les services qu'en attendent ceux qui désirent veiller à la bonne réputation et à la dignité de la corporation ? Je ne le crois pas. J'estime que l'organisme que nous avons créé a besoin d'être perfectionné et que la procédure de cette juridiction doit être mieux établie. Je sais bien qu'il est désagréable d'avoir à entendre et à juger des *Anciens* ou des camarades. Cela m'est en tout cas particulièrement pénible (quoique certains puissent en croire) et, tous mes collègues éprouvant ce sentiment, nous sommes poussés à différer notre intervention, à conseiller aux plaignants d'être patients, à chercher à arranger les choses. Cette erreur va peut-être nous valoir la suppression d'un poste et le déplacement d'un collègue des plus méritants !

J'estime que tout conflit sérieux entre collègues devrait être porté tout d'abord devant le Conseil de Famille qui serait seul qualifié pour autoriser un membre de l'Amicale à avoir recours à l'autorité administrative ou judiciaire si les tentatives de

conciliation échouaient. Le plaignant aurait à formuler ses griefs par écrit et de façon précise ; il adresserait sa plainte au Président de l'Amicale qui, après en avoir discuté avec un des Vice-Présidents et le Secrétaire, déciderait des mesures à prendre, parerait au plus pressé, et citerait les partis, en cas de conflit grave, devant le Conseil de Famille.

Aujourd'hui, comme en 1921 et plus encore qu'en 1921, j'estime qu'une telle manière d'agir nous éviterait ces histoires dont se régale la presse à scandale, dont se gaussent nos adversaires, et dont nous n'avons à attendre que des résultats dans le genre de ceux que nous vaudra l'affaire d'Amiens.

**

Les lecteurs des *Annales* ne comprendront que trop facilement quel est l'enchaînement d'idées qui m'amène à parler de la question de la division des fonctions médicales et administratives dans les asiles. Bien que certains (qui jadis..... !) en viennent à être partisans de cette mesure, la presque unanimité de nos collègues en restent adversaires résolus et j'estime qu'ils ont pleinement raison. Non point que je veuille prétendre qu'un directeur administratif ne puisse remplir ses fonctions avec compétence, dévouement et même quelquefois avec tact ; il en est d'excellents ; mais nous risquons trop de voir appeler à ces postes des politiciens en rupture d'emploi, se souciant fort peu de leurs devoirs et qui, conscients seulement de leur nullité et jaloux par surcroît de la valeur intellectuelle, morale et sociale du médecin, ne cherchent qu'à le brimer et à le contrecarrer systématiquement dans ses projets. Ce sont naturellement les malades qui

pâtissent d'un tel état de choses. Je persiste donc à croire que les asiles doivent être dirigés par des médecins.

J'ai cependant écrit un jour (article cité) et répété depuis dans maintes réunions, que les médecins-chefs pourraient être amenés, à leur grand regret, « à rechercher les asiles dirigés par des directeurs-administratifs et à souhaiter partout la division des fonctions ». Ce serait dans le cas où prévaudrait la conception de quelques très rares médecins-directeurs tendant à faire en sorte que le médecin-chef ne jouisse réellement de ses prérogatives que dans les asiles ayant à leur tête des directeurs-administratifs. Je croyais du reste cette tendance abandonnée, comme le voudrait la discipline corporative puisque la presque unanimité des membres de l'Association s'est prononcée pour le principe de l'exercice des fonctions «dans les conditions prévues sous le titre *Médecin-en-chef* dans les articles 57 à 69 du Règlement de 1857..... », principe admis et consacré par le décret de janvier 1922. Or un des médecins-directeurs les plus distingués (et pour lequel j'ai une profonde et respectueuse affection), est venu nous lire à la dernière réunion de l'Amicale une note empreinte de beaucoup de pessimisme. Le vieil édifice psychiatrique serait selon lui sur le point de crouler et il n'y aurait d'autre moyen de le sauver que d'instaurer sans délai un nouveau règlement..... tout préparé..... et dont je voudrais dire quelques mots.

M. Rayneau a du moins le courage d'exprimer sans ambages son opinion et cela doit suffire à lui valoir l'estime de tous ses confrères. Ceci dit il me permettra bien de combattre ses conceptions, et je crois que je ne saurais plus facilement y réussir,

qu'en exposant ici les principaux passages de son fameux règlement. J'espère que nul ne me fera l'injure de supposer que je pourrais avoir tendancieusement modifié le sens de ce document fort long en n'en donnant que quelques extraits que voici.

.....
11° En dehors de la direction (le directeur) remplit les fonctions de médecin traitant dans un certain nombre de divisions et répartit le reste du service entre les médecins qu'il a sous ses ordres.

12° Il appose son visa sur les certificats, rapports ou correspondances des médecins-traitants adressés à l'autorité supérieure.

13° Il désigne, seul pour son service, ou de concert avec les médecins-traitants, pour les autres divisions, les malades susceptibles d'être employés aux différents travaux.

14° Il a droit de visite dans tous les services pour s'assurer de leur bon fonctionnement. Sa vigilance s'exerce spécialement sur les soins dont on entoure les malades. Il s'informe auprès d'eux de leurs désirs et de leur état de santé et peut ordonner toute mutation qui lui paraît nécessaire.

15° Après avoir pris connaissance des situations-rapports par lesquels il est rendu compte de tous les événements survenus dans les dernières 24 heures, il reçoit chaque matin le personnel médical et administratif et règle les questions relatives au service.

16° Il se rend en consultation près des malades douteux ou sérieusement atteints que doivent lui signaler les médecins-traitants.

Quant au médecin-traitant, il « est

responsable vis-à-vis du médecin-directeur du traitement ainsi que des soins matériels que comporte l'état des malades il doit rendre compte au médecin-directeur de tous les cas graves qui se présentent il le consulte pour les cas douteux et difficiles il lui signale l'opportunité de prévenir les parents des malades graves il veille à la propreté des locaux..... ».

Si les médecins-traitants « n'ont pas droit à la voiture qui peut être affectée au directeur..... » (un service de transport devant cependant exister dans chaque établissement éloigné d'un centre, consent M. Rayneau) ils ont par contre le *droit*, à mon avis excessif, «de pénétrer dans un service voisin pour suivre (?) les malades vus (?) ou traités antérieurement ».

Enfin M. Rayneau demande que les médecins d'asiles puissent être nommés inspecteurs généraux, mais seulement ceux « ayant dix ans de fonctions comme directeurs-médecins ». Ni Magnan, ni mon excellent Maître Ritti n'auraient donc pu prétendre être capables d'inspecter un asile. MM. Briand, Colin, Anglade, Raviart, Mignot, Lépine, etc..., etc..., n'en seraient point dignes davantage. Telles sont les « *considérations sur l'organisation des Services dans les Asiles d'aliénés* » rédigées en août 1921 par M. Rayneau, conceptions qui ne se sont pas modifiées depuis si j'en crois la note qu'il nous a lue le 25 mai.

Comme je ne pense pas que M. Rayneau veuille accorder à des directeurs-administratifs les prérogatives multiples qu'il réclame pour les médecins-directeurs, il conviendra bien que je suis en droit d'affirmer encore une fois que son règlement créerait dans le cadre trois sortes de médecins.

- 1° les médecins-directeurs ;
- 2° les médecins-chefs d'asiles dirigés par des directeurs-administratifs ;
- 3° les médecins-traitants d'asiles dirigés par un directeur-médecin.

Je n'hésite pas à supposer que ces derniers postes seront peu recherchés et que les *sous-médecins* appelés à les occuper auront tendance à provoquer la division des fonctions. Et je demande tout simplement à M. Rayneau au nom de quel principe il prétend obliger un confrère de 40, 50 ou 60 ans à se reconnaître incapable de traiter un malade douteux ou difficile, de juger de « l'opportunité de prévenir les parents des malades graves », de désigner ceux qui pourraient balayer la cour d'honneur ou même soigner les canards, et à accepter de voir ordonner dans son propre service par le médecin-directeur « toute mutation qui lui paraît nécessaire ».

Je prétends quant à moi que c'est un règlement de ce genre qui risquerait de faire crouler le vieil édifice en jetant la division, le mécontentement et le découragement parmi le personnel médical.

**

Je fais appel au bon esprit de tous. Nous sommes avant tout des médecins, vivons « confraternellement ». Soyons tous groupés dans l'Amicale. Notre situation est difficile, nous avons des intérêts à défendre (traitements, retraites,.....) ; nous avons à faire améliorer le sort de notre personnel pour en faciliter le recrutement et en élever le niveau professionnel et moral ; nous avons surtout à nous occuper de nos malades, à les soigner, à les protéger : *cultivons notre jardin.*

Frantz ADAM.

LA SUBDUCTION MENTALE MORBIDE

Par Maurice MIGNARD

Dans une série de récents et remarquables travaux (1), M. Revault d'Allonnes donne, de certaines psychoses, où prédominent les phénomènes hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires, une théorie psychologique, très personnelle, certes, et nourrie des plus originales considérations, mais qui semble encore subir quelque peu l'influence, — tout au moins dans les termes qui l'expriment, — d'une conception longtemps en honneur dans les milieux psychiatriques. C'est la notion, erronée à mon sens, de la prétendue « dissociation de la synthèse mentale », notion que j'ai critiquée dans plusieurs travaux antérieurs. Je ne referai pas ici cette critique générale.

Dans ses belles études sur la « Polyphrénie », M. Revault d'Allonnes ne se contente certes pas d'appliquer cette notion à certaines psychopathies. Il la modifie heureusement, la rajeunit singulièrement, et lui donne une modération particulière, qui la tire du schématisme un peu simpliste où se complaisaient ses premiers partisans. C'est ainsi qu'il repousse formellement la théorie de la « Dissociation de la Personnalité », jadis soutenue par Gilbert Ballet dans sa « Psychose hallucinatoire chronique ». Il reconnaît que la « dislocation psychique » qu'il pense observer chez les malades étudiés laisse persister une « personnalité résiduelle » à laquelle on ne saurait sérieusement opposer comme ayant une valeur analogue les « pseudo-personnifications » dues aux phénomènes morbides. Il

(1) REVAULT D'ALLONNES. — La Polyphrénie. *Annales Médico-Psychologiques*. Janvier 1924.

REVAULT D'ALLONNES. — Psychose verbo-motrices à trois phases cyclothimiques. *Société Médico-Psychol.*, 20 décembre 1923.

n'y a pas, en réalité « démembrement » de l'unité mentale (1), mais « polarisations multiples » au sein du psychisme, par suite du « conflit entre la personnalité consciente, et la cérébration disjointe d'avec la personnalité consciente ». Nous sommes sur ces points bien d'accord, sauf à préciser la notion de désagrégation de l'individu, que l'auteur laisse persister à la place de celle, qu'il repousse, de désagrégation de la personnalité. Il n'y a pas de désagrégation de l'individu mental, mais, dans l'individu total, une certaine dissociation neuro-psychique. C'est dans ce sens seulement que l'on pourrait admettre le mot « dissociation », mais à condition de ne pas lui adjoindre le qualificatif « mentale ». Il n'y a pas fragmentation, mais discordance intra-psychique, par suite de certains déséquilibres des fonctions cérébrales, eux-mêmes secondaires à telle ou telle influence organique ou psychique. Et, en bonne logique, les « pseudo-personnalisations » qui en résultent pourraient entraîner, pour le syndrome étudié, non pas le nom de « Polyphrénie », mais celui qui serait beaucoup plus exact, et, me semble-t-il, conforme aux opinions même de l'auteur de « Pseudo-polyphrénie », si l'on ne veut pas de « Paraphrénie », qui serait peut-être plus juste, ou de « Psychose Hallucinatoire », qui reste plus significatif. Il suffirait pour que cette dernière catégorie soit aussi extensive que celle des pseudo-polyphrénies, ou des paraphrénies, que l'on y fit rentrer, non seulement les psychoses qui comportent les hallucinations proprement dites comme signe essentiel, mais celles aussi dont les sentiments d'influence, hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations sont la caractéristique, ainsi que celles dont les phénomènes connus sous le nom d'hallucinations psycho-motrices restent le trait dominant.

Pour interpréter des faits analogues, G. de Clérambault avait repris une notion voisine de celle d'Automatisme Psychologique, qu'illustrèrent les belles étu-

(1) Non plus que dans les démences, contrairement, peut-être, à ce que pense l'auteur. Les démences sont des dégradations, non des dissociations de la vie mentale.

des de Pierre Janet (1). C'est par le terme d'Automatisme Mental que G. de Clérambault désigne certaines perturbations psychopathologiques (2). L'auteur ne paraît pas complètement satisfait, du reste, de ce mot d'Automatisme Mental, et, sur ce point, nous partageons son avis. En bonne étymologie, en effet, les termes d'Automatisme Mental et d'Automatisme Psychologique sembleraient devoir indiquer une libération complète de l'activité mentale ou de l'activité psychique, qui trouverait, de la sorte, sa pleine autonomie. Alors se manifesterait à son maximum cette attitude mentale que nous avons décrite avec E. Toulouse sous le nom d'Autoconduction. Mais la bonne Autoconduction correspond à la santé mentale, et, au sentiment de liberté qui en résulte chez l'individu. Or, au lieu qu'il en soit ainsi, c'est le contraire que l'on veut désigner par ce mot d'Automatisme. Malgré son aspect scientifique, il est surtout évocateur d'images, traduisant les expressions des malades qui se disent changés en « mécaniques », en « automates », et de tous ceux qui nous donnent à nous-mêmes une impression analogue. Il s'étend également à ceux qui croient ressentir, dans leur corps ou dans leur esprit, du fait de leur maladie, une influence étrangère. On l'applique, en somme, à tous les cas où l'activité psychique consciente et volontaire paraît avoir perdu sa normale puissance et sa souplesse normale, et se trouver plus ou moins transformée, influencée, limitée, dominée, déviée, contrecarrée ou remplacée par certains processus dont le caractère est précisément de se rapprocher de l'automatisme d'un système mécanique. Aussi, sans repousser complètement cette notion d'« automatisme » demanderons-nous seulement qu'on lui enlève son étiquette de « mental » ou « psychologique », et qu'on la désigne par les termes d'« automatisme cérébral » ou d'« automatisme neurologique », puisqu'il semble

(1) Pierre JANET. — *L'automatisme psychologique*. Paris, Alcan, 1889.

(2) G. DE CLÉRAMBAULT et Y. PORC'HER. — *Automatisme Mental et Scission du Moi*. *Société Clinique de médecine mentale*, avril 1920.

G. DE CLÉRAMBAULT. — *Les Psychoses hallucinatoires chroniques*. Analyse. Pathogénie. *Société Clinique de médecine mentale*, janvier 1924.

d'autre part qu'elle corresponde à l'excessive prépondérance que prennent certaines fonctions neuro-cérébrales particulières, normalement soumises à l'action des fonctions mentales proprement dites.

Ce qui a fait la fortune de ce mot d'automatisme, c'est qu'il a permis, au moment où certaines tendances philosophiques dominaient, l'introduction en psychiatrie de la notion de dissociation de l'unité mentale. Celle-ci était sensée se résoudre en une synthèse dont les prétendus éléments libérés auraient précisément constitué par leur activité propre cet « automatisme psychologique ». Mais ces imaginaires fragments d'une indestructible unité n'ont jamais, — et pour cause, — été réellement isolés par personne. Ni l'introspection ne saurait les trouver, ces éléments que l'on a supposé détachés de la conscience du sujet, ni le scalpel, ni le microscope, ni les réactions humorales ne pourraient mettre en lumière ce qui n'est pas de leur ressort. A la vérité, la conception erronée de l'élément psychologique séparé de la conscience n'est même pas une idée véritable, c'est une fausse notion dont les réalisations ne sauraient être imaginées dans aucune sphère du réel accessible à l'exploration. Notion paraphysique ou catapsychologique, c'est, dans les deux cas, un fantôme de l'esprit, plutôt qu'une pensée réelle. Quant aux fantaisistes démonstrations cliniques de fausses personnalités secondes, soi-disant ignorées de la personnalité principale, le fait de leur apparente réussite chez les seuls malades hystériques, dont on connaît l'extrême plasticité mentale et les tendances mythomaniaques et pithiatiques, suffit à leur dénier toute valeur. Ce que l'on trouve chez l'halluciné, chez l'impulsif, chez l'obsédé, c'est une seule conscience personnelle subissant des entraînements, des inhibitions, des déviations qui provoquent la formation d'idées délirantes d'influence, de domination, de persécution, d'inspiration. D'où viennent ces perturbations, sinon d'automatismes neuro-cérébraux, dérégés par la maladie ? Et que sont les pseudo-personnalités supposées par les délirants comme les causes de leurs troubles, sinon les symboliques personnifications de ces influences organiques

morbides, ressenties comme provenant d'une origine extérieure au psychisme du sujet ?

André Ceillier (1) ne conteste pas le maintien de l'unité de conscience au cours de tels phénomènes, mais il conteste sa portée. La personne mentale pour lui n'est pas seulement constituée par ce qu'il appelle la collection des états de conscience. Il faut ajouter à ceux-ci, pour qu'ils appartiennent réellement au sujet, le sentiment de cette appropriation, le sentiment de personnalisation. Dans les cas morbides où ce sentiment disparaît, il admet qu'il existe cette dissociation mentale qui nous paraît répondre à une notion erronée.

Nous contestons, en effet, à notre tour, que ce qu'André Ceillier appelle la collection des états de conscience soit une simple collection. Le caractère de la conscience est une interpénétration complète de toutes ses modalités, simultanées et successives. Ce caractère de la conscience, que Bergson a si bien mis en lumière, nous est donné par l'introspection, d'une part ; d'autre part, il est largement vérifié par l'expérience extérieure, guidée par des considérations analogiques. Chaque fois que nous sommes autorisés à admettre que la conscience intervient, c'est pour faire profondément interférer les phénomènes objectifs sur lesquels elle exerce son influence. Il nous semble qu'à ce point de vue tout au moins les psychologues de l'école du comportement devraient admettre sa valeur propre.

Il existe, dans la conscience normale, nombre de phénomènes dont la cause n'est pas rapportée au sujet. La perception des objets extérieurs en est un exemple. Y a-t-il dissociation mentale pour cela ? Certainement non, l'unité mentale n'est pas atteinte. Mais elle est pénétrée, si l'on peut dire, par une influence venue de l'extérieur, qui lui donne la notion d'un objet. Il n'y a pas dissociation mentale, mais seulement sentiment de dépersonnalisation partielle, par invasion d'influences extérieures.

L'hallucination psycho-sensorielle, phénomène morbide, doit psychologiquement être rapprochée de la

(1) André CEILLIER. — Les Influencés, *Encéphale*, mars 1924.

perception normale. Elle n'entame pas l'unité mentale, mais la pénètre. Elle n'est pas un phénomène de dissociation mentale, mais simplement de dépersonnalisation partielle, ou plus exactement, de trouble morbide du sentiment de la personnalité, par exercice anormal d'une influence extérieure à la conscience.

Il en est de même des impulsions, inhibitions et hallucinations psychomotrices, et aussi de ces hallucinations psychiques, pseudo-hallucinations ou sentiments d'influence sur lesquels André Ceillier poursuit précisément de très intéressantes études. Mais loin de ramener, comme il tend à le faire, la notion d'Influence à celle, plus banale, et, pensons-nous, inexacte, de dissociation mentale, c'est, au contraire, les pseudo-dissociations mentales qui nous semblent devoir être réduites à l'expression du sentiment d'anormales influences de processus organiques déréglés sur les fonctions mentales proprement dites. La seule dissociation qui existe parfois est neuro-psychique. Elle libère de la direction mentale certains automatismes organiques.

Nous approcherons de la vérité par la si curieuse et originale théorie d'Hesnard (1) qui fait des phénomènes d'aliénation mentale la conséquence d'une « pensée organique » pénétrant la conscience personnelle et induisant en elle des pensées erronées, difficilement réductibles, et généralement symboliques d'un état cénestopathique. Cette image très poétique et séduisante, nous paraît, d'autre part, se rapprocher de la réalité. C'est sous l'effet d'une influence venue des profondeurs de l'organisme que se trouble la cénesthésie, partie confuse de la conscience. De ce trouble, l'expression délirante, comme l'a magistralement démontré Blondel (2), n'est souvent que l'imparfaite traduction. Mais ces phénomènes organiques dont l'influence perturbe l'esprit, pourquoi leur donner le nom de pensée ? Qu'est-ce qui prouve qu'ils développent par eux-mêmes quelque pensée proprement dite,

(1) HESNARD. — La Folie, pensée organique. *Journal de Psychologie*, 1921.

(2) BLONDEL. — *La Conscience morbide*, Paris, Alcan, 1914.

avant celles qu'ils provoquent par réaction à leur influence morbide sur la conscience ? La génération spontanée d'une conscience dans la matière inconsciente, cette supposition inconcevable philosophiquement, doit-elle être donnée comme une hypothèse scientifique lorsqu'aucune observation ne la nécessite, ni même ne l'indique ? Or, ce que nous pouvons découvrir de réel qui corresponde à la belle et profonde expression d'Hesnard, ce sont des troubles de la pensée développés par l'influence morbide de certains phénomènes organiques.

Il importe de préciser quelque peu cette notion des phénomènes organiques morbides inducteurs des troubles de la pensée dans les états psychopathiques ; et c'est ici que nous retrouverons la notion de certains automatismes cérébraux ou neurologiques. Les belles études de Quercy sur les troubles du langage chez les aliénés (1) nous paraissent pouvoir être interprétées dans ce sens que dans nombre de phénomènes pathologiques connus sous le nom d'hallucinations verbales auditives et psycho-motrices, pseudo-hallucinations et hallucinations psychiques verbales, monologue et dialogue morbides, tout se passe comme si les fonctions mentales étaient gravement influencées par l'automatisme des centres de langage dont l'activité, normalement, leur demeure mieux soumise. Ces libérations pathologiques de mécanismes nerveux normalement réglés par les fonctions mentales, mais qui dérèglent ces mêmes fonctions dans ces états de déséquilibre morbide, sont aussi variées qu'il y a de directions différentes dans la systématisation des fonctions neuro-psychiques, l'unité se trouvant toujours assurée par le facteur psychologique, la diversité par le facteur organique. C'est ainsi que chez les malades de Quercy prédomine l'automatisme du langage, chez ceux de Blondel et d'Hesnard, l'excessif développement des influences viscérales, sympathiques et endocriniennes, chez d'au-

(1) QUERCY. — Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales. *Encéphale*, mai 1920. — Sur le langage automatique. *Soc. Médico-Psych.*, 30 oct. 1923.

tres l'entraînement psychomoteur. On peut prévoir, dans cet ordre, une classification générale des troubles organo-psychiques.

Mais comment désigner la réaction générale du psychisme à cette emprise des influences morbides venues de l'organisme, dont j'ai précédemment esquissé la théorie ? (1). Comment remplacer par une notion claire et véridique les notions erronées, mais commodes, de dissociation mentale et d'automatisme psychologique ? C'est pour répondre à cette question, c'est pour combler cette lacune, que je propose aujourd'hui le terme de *Subduction mentale morbide* comme exprimant l'aboutissement logique des travaux jadis entrepris avec E. Toulouse sur l'autoconduction (2).

**

Voici un malade catatonique nettement dominé par un automatisme cérébral et nullement psychologique. Il conserve les attitudes reçues. L'automatisme corporel des habitudes acquises, dont l'origine a jadis été psychologique, mais qui ne le sont plus maintenant, limite de plus en plus les gestes, les actions et les paroles dans les stéréotypies verbales et motrices. De temps en temps la stupeur et l'aspect figé du malade sont brusquement entrecoupés par le déclenchement de rires ou de violences involontaires, phénomènes affectifs grossiers dans lesquels, visiblement, une agitation viscérale désordonnée joue le rôle principal, tandis que la spontanéité psychique, et toutes les fonctions les plus délicates, les plus élevées et les plus hautes de la personne mentale n'y ont qu'une part bien infime. Cela est d'autant plus évident chez ces déments précoces que parfois leur conscience reste assez lucide pour qu'ils aient une notion exacte de la qualité de ces acci-

(1) M. MIGNARD. — L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale. *Encéphale*, mai 1922.

(2) E. TOULOUSE et M. MIGNARD. — L'Autoconduction et les Maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, 1908, 1909, 1911, 1912. — La théorie confusionnelle et l'autoconduction. *Annales Médico-psychologiques*, juin 1914.

dents, et qu'ils l'expriment dans les moments où cette conscience reprend sur l'organisme un certain pouvoir. Une de mes malades, étudiée à Dun-sur-Auron, se plaignait d'avoir de la sorte été entraînée malgré son désir à battre ses nourriciers, puis à rire lorsqu'elle les avait quittés, tandis qu'en réalité elle les aimait, et avait été affligée de cette séparation.

Ici nous voyons assez bien ce qui peut se passer, à cause de la netteté comme schématique de ces cas. Ce sont des automatismes neuro-cérébraux déréglés qui dominent les fonctions mentales auxquelles normalement ils sont soumis. Les neurologistes et les physiologistes commencent même à préciser dans quelles régions cérébrales et extra-cérébrales (noyaux gris centraux, mésencéphale, cervelet, système sympathique et parasympathique) se placent les centres principaux des systèmes neurologiques intéressés dans ces automatismes des attitudes, du tonus, et des réactions émotionnelles. Or, quelle est la situation de la personne mentale lorsque l'individu tout entier se trouve dominé par ces automatismes ? Elle subit plus ou moins ce qu'elle ne peut empêcher, y réagit à sa manière, s'y adapte en se dégradant, et éprouve très souvent le sentiment de la diminution de la spontanéité. C'est cette direction du composé organo-psychique par des automatismes organiques émancipés pour laquelle nous proposons le nom de subduction mentale morbide, par opposition à l'autoconduction, ou autoconduction mentale, qui exprime la normale spontanéité de l'activité mentale; et sa normale influence sur l'ensemble des réactions organo-psychiques.

Mais de ce cas évident on passe par transitions insensibles à toute la symptomatologie de la pathologie mentale.

Certaines de ses plus délicates manifestations sont bien sans doute le sentiment d'influence, et les phénomènes analogues, que l'on décrit sous le nom d'hallucinations psychiques ou pseudo-hallucinations. Il s'agit de pensées, de sentiments, d'inclinations, ou de représentations qui, tout en gardant leur caractère subjectif, paraissent imposés au sujet qui ne peut libre-

ment s'en défaire, si bien qu'il en vient parfois à supposer l'intervention, dans la sienne, de l'influence d'une pensée étrangère. Il éprouve, si l'on peut dire, un sentiment d'hétéroduction, très délicate conscience d'un trouble de son autoduction mentale. Mais ces sentiments existent au début de la psychose hébéphrénocatatonique, et nous voyons de simples obsessions se transformer en sentiment d'influence, puis dans ces phénomènes que l'on appelle hallucinations psychomotrices (1), enfin en impulsions stéréotypées qui dépendent, elles, nous le savons bien, de la prédominance sur les fonctions mentales d'un automatisme cérébral déréglé. N'était-ce donc pas dès le début, l'emprise croissante de cet automatisme dont le sujet avait, avant nous, la conscience délicate, et ne faut-il pas attribuer à la subduction mentale morbide chacun des phénomènes successivement étudiés, qui constituent, en réalité une chaîne continue ?

Au point de vue psychosensoriel, une investigation analogue nous est offerte par l'état d'onirisme alcoolique. Nous avons fait remarquer, dans des études antérieures, qu'il était explicable, psychologiquement, par l'excessif développement d'une fonction normale, l'imagination objectivante qui existe, mais à l'état modéré, et sans cesse contrôlé et réduit, au cours de la perception (2). Un certain éréthisme des centres visuels, dû à l'intoxication alcoolique, entraîne, au contraire, toute pensée vers sa réalisation imaginative et objectivée. C'est bien encore la subduction mentale morbide qui agit, et elle explique toute la série des phénomènes que l'on peut étudier, depuis la simple représentation imaginative trop vive jusqu'à l'hallucination visuelle constituée.

Il en est de même, bien entendu, pour toutes les hallucinations, pseudo-hallucinations, et impulsions

(1) M. MIGNARD. — Sur la nature de l'automatisation mentale dans les états d'aliénation : l'emprise organo-psychique. *Société de Psychologie*, juin 1922.

(2) M. MIGNARD. — L'imagination objectivante et les hallucinations visuelles vraies. *Journal de Psychologie*, juin 1922.

verbales, sur lesquelles je ne reviendrai pas ici, d'abord parce que l'on peut très facilement leur appliquer les notions précédentes, ensuite parce que les travaux de Quercy, continuation de ceux de Ségla, montrent fort bien qu'il s'agit, en l'espèce, d'automatisme des centres du langage. La soumission des fonctions mentales, proprement dites, normalement dirigeantes, à ces automatismes des centres du langage, et l'excessive intervention de ceux-ci dans la conduite de l'individu, constituent toute une nouvelle série de cas de la subduction mentale morbide.

Dans les états maniaques, la subduction mentale morbide est caractérisée par l'entraînement de l'activité mentale, sans cesse débordée, accélérée et déviée par un éréthisme des fonctions nerveuses qui paraît assez généralisé ainsi que l'indique notamment l'exagération des réflexes.

Dans les états mélancoliques, par contre, la subduction mentale morbide se caractérise par une pénible inhibition involontaire qui s'exerce sur la plupart des processus organo-psychiques.

Les recherches de Santenoise, de Tinel, de Reboul-Lachaux, nous montrent que ces excitations et ces inhibitions de l'automatisme cérébro-spinal sont elles-mêmes conditionnées par des états très complexes et très instables des systèmes sympathique et parasympathique en rapport avec la physiologie des sécrétions endocriniennes, tous facteurs qui peuvent interagir. Enfin, par une série d'influence réciproques, les fonctions mentales peuvent à leur tour agir sur ces divers facteurs, ce qui explique la transformation en maladies véritables de troubles mentaux d'origine psychologique (troubles dits psychogènes), comme ceux qui résultent d'une idée émotionnante trop longtemps maintenue dans la conscience.

Il reste à dire un mot de deux grandes réactions du psychisme aux conditions de la subduction mentale morbide : les démences et les délires.

Les délires sont des réactions de l'unité mentale qui se sent troublée, envahie ou dominée par les influences émanées des automatismes organiques perturbés. Un

grand nombre d'idées délirantes consistent à symboliser ces influences par la supposition d'une intervention étrangère, non seulement aux fonctions mentales, mais à l'individu tout entier (délire de persécution, d'influence, d'inspiration, etc...). D'autres les traduisent par la notion d'une transformation généralisée tantôt à l'individu, tantôt à l'univers entier (délire de transformation, de négation, etc...). L'on doit même, nous semble-t-il, admettre que ces explications ne sont pas seulement valables pour les psychoses à base d'hallucinations ou de pseudo-hallucinations, ou de troubles cénesthopathiques. Les délirants interprétateurs attribuent aux mauvaises intentions des personnes qui les entourent l'irritation ou le malaise dont ils se sentent envahis.

Les délires d'imagination, d'évasion, de compensation, traduisent des efforts du psychisme pour se soustraire aux mauvaises conditions où il se trouve du fait de l'inadaptation mentale résultant de l'état de subduction.

Les démences, au contraire, manifestent la dégradation de l'activité mentale lorsqu'elle ne peut plus réagir convenablement à cet état de subduction. Une de nos malades étudiée à Moisselles, accusait ses imaginaires persécuteurs de « l'abrutir » en l'obligeant à subir constamment les mêmes impressions physiques qui ne lui laissaient qu'une très faible et rare possibilité de penser intelligemment. Un malade atteint de psychose hallucinatoire chronique, depuis longtemps dans mon service, constate lui-même avec finesse la légère dégradation de son activité mentale : « Je ne suis plus comme autrefois, dit-il. Ce sont eux qui me font perdre mon intelligence. Je ne pourrai plus composer, faire de la littérature. Je me fatigue trop à lutter contre les impressions qu'ils m'envoient. Je perds l'habitude de penser par moi-même. » Effectivement, beaucoup de ces sujets arrivent à un état déméntiel.

Les grandes démences organiques elles-mêmes (démences de la paralysie générale et de l'artério-sclérose cérébrale), manifestent par leurs rémissions la persistance de possibilités mentales de moins en moins

exercées, parce que leurs moyens sont trop déficitaires, les automatismes neurologiques jadis à leur service ayant été trop complètement bouleversés par les lésions anatomiques qui se sont constituées.

On voit que ces conceptions, résultat de longues années de recherches et d'expériences, sont en pleine concordance pratique avec celles que nous dégagions dans notre collaboration avec E. Toulouse de nos travaux sur l'Autoconduction (1). Elles en sont, à vrai dire, l'application et le développement. Or ces études sur l'Autoconduction sont antérieures à la plupart des travaux cités dans les pages qui précèdent, sauf ceux qui ont trait à l'automatisme Psychologique. L'on nous a dit quelques fois que la théorie de l'Autoconduction n'apportait rien qui ne fut dans celle de l'Automatisme psychologique. Elle en diffère cependant essentiellement parce que la notion de l'Automatisme psychologique oblige à accepter celle de l'existence d'éléments psychiques susceptibles de se séparer de l'unité mentale, conception qui nous est apparue comme foncièrement erronée. La notion de l'Autoconduction, au contraire ou de l'autoduction mentale, et celle, qui la complète, de la subduction mentale morbide ne demande rien à admettre en dehors de ce que nous montre l'observation. Comment qu'on l'explique, la spontanéité des fonctions mentales existe, et aussi ses rapports normaux avec certains automatismes neurologiques, enfin le sentiment d'emprise ou de transformation qui résulte de la perturbation de ces rapports normaux. Il n'en faut pas davantage, qu'elle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature même de ces indubitables réalités, pour que l'on puisse adopter notre point de vue.

J'avais récemment exposé des idées analogues en parlant de l'emprise organo-psychique, si souvent manifeste chez nos malades (2). L'on m'a objecté que

(1) TOULOUSE et MIGNARD. — L'Autoconduction et les maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, 1908, 1909, 1911, 1912. — La Théorie confusionnelle et l'autoconduction. *Annales Médico-psychologiques*, juin 1914.

(2) *Encéphale*, mai 1922.

cette désignation impliquerait l'adoption de certaines conceptions philosophiques. Il n'en est rien, car l'idée que l'on peut se faire de la nature réelle du psychisme n'empêche pas de constater son existence et son action, non plus que l'influence qu'il échange avec certaines fonctions organiques déterminées, et les troubles qui résultent des perturbations de ces échanges d'influences. Néanmoins la notion de subduction mentale morbide satisfera peut être davantage ceux qui veulent mêler le moins possible de considérations philosophiques aux constatations de l'expérience.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que notre conception, toute générale qu'elle soit, nous paraît susceptible de certaines applications dans l'ordre pratique. La théorie de la dissociation de la synthèse mentale ne pouvait guère souffrir de telles applications, car comment pourrait-on agir sur l'inexistant élément psychologique isolé de la conscience totale, erreur fondamentale de cette doctrine ? D'autres part certaines conceptions de la médecine mentale, trop exclusivement attachées à l'anatomie pathologique, ne font aucune place à la psychologie, donc à la psychothérapie, non plus qu'à la biologie, qui commande la thérapeutique physiologique. Enfin certains physiologistes et certains psychologues croient devoir opposer leurs méthodes respectives et revendiquer, chacun pour soi, la totalité et l'exclusivité de l'objet commun de leurs études, le composé organo-psychique. Notre point de vue au contraire, permettrait à chacun de travailler, à sa place et selon ses moyens, et en fraternelle collaboration avec ses confrères munis d'autres disciplines, à l'amélioration du sort des malades. Le psychologue peut s'occuper plus spécialement des fonctions mentales, et chercher leurs lois intrinsèques, tout en gardant d'utiles rapports avec le biologiste. La notion d'Autoconduction, ou d'Autoduction mentale normale, opposée à celle de Subduction mentale morbide, lui donnera peut être un fil directeur pour une saine psychothérapie du malade, et pour une bonne hygiène mentale du normal. Nous reviendrons quelque jour sur ces points.

La notion de l'échange d'influences entre les fonctions mentales et les divers et si complexes automatismes neurologiques, eux-mêmes englobés dans l'intrication des processus organiques, peut permettre au biologiste d'aller très loin sur son propre terrain d'investigation, en mettant, sans les confondre, ses résultats en rapport avec ceux du psychologue. Avec eux, d'autre part, doivent entrer en liaison l'anatomiste, et le neurologiste, et même le chimiste et le physicien. Enfin le clinicien est tout désigné pour faire la synthèse des résultats obtenus par les chercheurs de ces divers ordres, et la conduire au but commun. C'est donc à lui, particulièrement, que convient la largeur de vues nécessaire pour comprendre l'intérêt et la légitimité des collaborations diverses. Et c'est à lui qu'appartient aussi, lorsqu'il remplit bien son rôle, la situation privilégiée dans la direction des travaux communs.

Nous serions heureux si le présent exposé de notre point de vue facilitait des conciliations et des organisations de cette nature.

LE SYNDROME MENTAL POST-ENCÉPHALITIQUE DE L'ENFANT

ET

LA NOTION DE DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

Par MM. Henri CLAUDE et Gilbert ROBIN

Les analogies entre les réactions anti-sociales des enfants ayant été frappés par l'E. E. et celles des pervers instinctifs a contribué à faire placer dans le même tableau clinique les troubles des uns et des autres. On a pensé que leur caractère, leur humeur et leurs tendances étaient troublés de la même façon. La constatation presque constante chez les pervers, fréquente chez les post-encéphalitiques, d'une hérédité psychopathologique a contribué à faire considérer le syndrome mental post-encéphalite comme une forme de dégénérescence. Aussi très brièvement mettons-nous en parallèle les deux syndromes dans le but d'analyser les faits qui nous paraissent, par leur présentation clinique, différents dans les deux cas. C'est une sorte de psycho-diagnostic que nous essaierons d'exposer. Enfin, par l'étude de l'hérédité et des prédispositions, nous tâcherons de montrer que la notion de dégénérescence nous paraît, dans le plus grand nombre des cas, insuffisante pour expliquer la nature des troubles psychiques liés à l'E. E. chez l'enfant.

Certes nous ne referons pas le portrait du fou moral. Les précis français ont tous un chapitre consacré à ce sujet. Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant commence lui-même à être bien connu des auteurs. Pour Truelle et Petit : (1) « Il est habi-

(1) TRUELLE et PETIT. -- Congrès de Quimper, 1922.

« tuellement de longue durée, d'apparition tardive et
 « s'accompagne, en général, de troubles organiques
 « divers (syndrome parkinsonien, mouvements cho-
 « réiformes, myoclonies, syndrome excito-moteur, etc.),
 « Il paraît constitué par les principaux éléments sui-
 « vants : excitation hypomaniaque taquine avec ten-
 « dance au bavardage et même, le soir, à la fuite des
 « idées ; insomnie avec excitation maniaque progres-
 « sivement croissante jusqu'au milieu de la nuit ; som-
 « meil tardif, matutinal, entrecoupé souvent de cau-
 « chemars, de frayeurs oniriques, de somnanbulisme ;
 « instabilité de l'attention ; impulsions subites à des
 « actes pervers (taquineries, farces méchantes, impu-
 « tations calomnieuses, bris d'objets) ; accès subits de
 « colère avec tendance aux actes violents et tentative
 « de suicide à caractère impulsif ; éveil précoce de la
 « sexualité avec masturbation ; exhibitionnisme ou
 « provocation à des actes hétérosexuels ou homo-
 « sexuels. »

Tous les auteurs se rencontrent sur le fait qu'il n'est pas dans les asiles, d'enfants plus insupportables plus indisciplinés. Ils sont agités jusqu'à une heure avancée de la nuit ; s'écorchent, se mutilent, prennent plaisir à attirer l'attention sur eux, à se faire remarquer par leur incroyable exigence. L'un d'eux saute de son lit, va chercher l'infirmier en gambadant et lui ordonne de venir le retourner dans son lit, se disant trop malade pour faire un mouvement. Des phases de somnolence surviennent indifféremment dans la journée, accordent à leurs ébats une trêve plus ou moins durable. Ou bien ils ont des vertiges et l'hébétude qui les prolonge au lieu d'apaiser ces enfants peut contribuer à les abandonner sans contrôle aux fugues, au vol, aux impulsions violentes. Ils partent au hasard, victimes de leur instabilité psycho-motrice. Leurs fugues ne se comptent plus. Ils commettent des vols futiles souvent en vue de satisfaire leur vive gourmandise. Irritables, leur colère les entraîne à des gestes cruels ou dangereux. Ils frappent, lapident, saccagent, en proie à des crises de rage. Ils s'en souviennent et ils témoignent de leurs actes un sincère repentir. Cer-

tains se livrent à l'onanisme et presque tous manifestent une tendance morbide à embrasser indifféremment garçons ou fillettes, hommes et femmes, au visage et aux mains sans que cette tendance semble présenter un caractère nettement érotique. Ils ont une sensibilité particulièrement douloureuse, à fleur de peau: une émotivité morbide les fait pleurer pour un rien. Ils se rendent compte souvent de leur état. Ils s'en montrent déprimés. Des idées de suicide peuvent apparaître. Ils ne cessent pas d'aimer leur famille et ils regrettent le tort qu'ils ont pu avoir vis-à-vis d'elle. Leur affectivité est annihilée à certains moments par un trouble impérieux de l'activité. A vrai dire, leurs intentions ne paraissent pas mauvaises. Ils ne sont pas maîtres de leurs actes. Le soir, qui au début de leurs troubles mentaux les déchainait, n'apporte qu'à certains une recrudescence d'excitation psycho-motrice et la nuit pour presque tous nos malades est devenue calme peu à peu.

Certains points attirent l'attention. Tout d'abord, il est vrai que « d'humeur querelleuse, agressive, insupportable, l'enfant se fait comme un malin plaisir de « persécuter son entourage », (Lhermitte) (1). Mais il importe d'insister sur les conditions dans lesquelles les actes nuisibles sont commis. Tout le monde a présent à l'esprit l'histoire de ces enfants, absolument calmes et normaux le jour, et commençant à s'agiter au soir tombant pour arriver à des crises de fureur au milieu de la nuit. Lorsqu'on pense à ce jeune malade de Briand et Reboul-Lachaux qui « s'amusa à écarteler les canards », à cet autre qui mettait les doigts dans les yeux des chiens et des chats, à cette jeune encéphalitique de Mlle Lévy qui montait sur un arbre, à la Salpêtrière, pour uriner sur les paralytiques qui

(1) LHERMITTE. — Les formes prolongées de l'E. E. *Journal méd. français*, avril 1924.

Voir TRUELLE et PETIT. — Les troubles mentaux de l'E. E. Congrès de Quimper, août 1922.

NAVILLE. — La Bradyphrénie. *L'Encéphale*, 1922.

G. ROBIN. — Troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'E. E. chez l'enfant. Thèse Paris, 1923.

s'y abritaient, aux impulsions violentes, aux cas d'onanisme et d'exhibitionnisme souvent mentionnés, on ne peut s'empêcher de mettre en partie ces faits sur le compte d'une impulsion faisant partie d'un syndrome d'excitation maniaque qui les explique d'autant mieux que bon nombre de ces troubles cessent de se produire, une fois l'excitation tombée.

Un deuxième élément doit entrer en ligne de compte quand il s'agit d'apprécier les vols, fugues, onanisme, exhibitionnisme, impulsions violentes, accès de fureur, etc., relatés chez ces enfants. Souvent il existe des phases de durée variable, pouvant aller de 40 secondes à plusieurs minutes, au cours desquelles l'enfant devient brusquement immobile, le regard fixe, la physionomie hébétée. Il s'arrête de parler, ne répond plus aux questions, ne paraît pas capable d'y prêter attention. Ses opérations psychiques sont suspendues. Après l'accès, il reste un certain temps obnubilé et l'amnésie est en général complète. Ces absences ressemblent par bien des points aux absences épileptiques et on peut se demander si elles ne relèvent pas d'une pathogénie identique. Nous avons observé des vertiges post-encéphalitiques chez un enfant de 9 ans (1) frappé par une lourde hérédité épileptique et Guillaïn (2) a vu un cas « ayant débuté par une crise comitiale typique. « Les impulsions et les fugues coïncident souvent avec « une défaillance momentanée de l'attention, de la « mémoire et du sens critique. C'est à un tel point « qu'on se demande si tous ces actes ne sont pas « exécutés dans un demi-sommeil et si la défaillance « constatée du sens critique, de l'attention, de la « mémoire et de l'affectivité ne peuvent être regardés « dans une certaine mesure comme l'équivalent atté- « nué des crises de somnolence ou de léthargie que « nous signalions tout à l'heure (3) ». Il est certain que ces troubles peuvent se produire chez des malades

(1) ROBIN. — *Loc. cit.* (Obs. 15).

(2) GUILLAIN. — *Soc. Méd. Hôp.*, 15 oct. 1920. E. L. avec crise épileptique initiale.

(3) TINEL. — Syndromes névropathiques et E. E. *Journal Médical français*, avril 1923.

n'ayant pas d'absences et nous rejetons toute explication univoque. Cependant la notion de ces vertiges nous paraît devoir intervenir dans l'interprétation de ces faits ayant été accomplis dans une sorte d'état crépusculaire : tels que fugues, impulsions, attentats aux mœurs, exhibitionnisme, etc.

Il est en troisième lieu un fait bien particulier, c'est que non seulement ces modifications de l'humeur éclatent le plus souvent par crises, pendant les phases hypomaniaques dont nous avons parlé, mais c'est que lorsqu'elles persistent en l'absence de phases hypomaniaques — et c'est le cas d'états d'allure chronique tels qu'on peut en observer dans les asiles — elles surviennent par périodes, suivant un rythme d'une certaine régularité et les phases intercalaires, pour un certain nombre de malades, sont normales.

Si nous cessons d'envisager les conditions dans lesquelles ces troubles se produisent pour ne les considérer qu'en eux-mêmes, nous trouverons par un examen attentif à différencier des pervers instinctifs les jeunes post-encéphalitiques.

Tout d'abord au point de vue physique, il est certain que l'atonie des traits, le strabisme, la diplopie, le nystagmus, l'anisocorie, les tics divers, les mouvements choréiformes, les myoclonies, l'hémiplégie, etc... ont contribué, pour des observateurs superficiels, à faire assimiler les encéphalitiques à des dégénérés. Dans le syndrome post-encéphalitique, il s'agit uniquement de troubles en rapport avec des altérations des centres nerveux, tandis que dans la dégénérescence il s'agit de dystrophies diverses, d'anomalies de développement des différents organes. Un examen attentif révèle facilement les signes de la série parkinsonienne chez les enfants ayant contracté l'E. E. La localisation cervico-faciale, l'attitude figée, la sialorrhée, les troubles vaso-moteurs, etc., plaident en faveur de l'E. E. On ne confondra pas le facies immobile du parkinsonien avec le facies adénoïdien, le facies stupide de certains débiles. Les troubles du langage des dégénérés seront distingués de la parole des parkinsoniens : leur voix est nasonnée, la parole explosive. La palilalie

412 SYNDROME MENTAL POST-ENCÉPHALITIQUE DE L'ENFANT

et la tachyphémie sont des phénomènes caractéristiques. Enfin la connaissance des modes d'apparition des symptômes sera d'un précieux secours : les signes physiques de l'encéphalite sont acquis. Binet et Simon (1) ont depuis longtemps insisté sur la différence de physionomie entre les anormaux congénitaux et les enfants dont les troubles psychiques sont la conséquence d'une affection acquise.

Dans un autre ordre d'idées et sans entrer dans le détail des faits, l'examen intellectuel de ces malades montre qu'ils subissent un arrêt, rarement une régression et que le terme de débilité mentale ne leur convient pas si l'on entend par là le manque de jugement, la vanité, la crédulité, l'absence de sens critique. Dans l'E. E. les troubles intellectuels sont beaucoup plus liés à la confusion mentale, aux altérations organiques et aux désordres psycho-moteurs, qu'à la débilité. On a manifesté une tendance exagérée à parler de débilité mentale parce qu'on croyait rencontrer des perversions instinctives : tout le monde sait en effet que débilité et perversions marchent souvent de pair. Par un besoin de classification commode dans les cadres psychiatriques connus, on a trop vite généralisé.

Quant à l'agitation psycho-motrice des enfants ayant été frappés par l'E. E., il est certain qu'elle existe. Mais à côté de ses manifestations par crises passagères, le plus souvent vespérales et nocturnes, cette instabilité ne traduit guère que l'exagération morbide des tendances normales de l'enfant. En dehors des paroxysmes d'agitation, l'examen intellectuel ne permet pas de déceler, outre la mobilité de l'attention, les troubles de l'association des idées et du jugement qui caractérisent l'hypomaniaque. Cette dissociation entre l'état psychomoteur fait d'instabilité, de turbulence, et l'état intellectuel aux processus ralentis (bradypsychie) est frappante. Les fugues traduisent un état morbide de l'activité et ces caractères donnent raison aux auteurs qui rangent tous les troubles post-encéphalitiques dans un « syndrome excito-moteur » (2). C'est un besoin de

(1) BINET et SIMON. — Les enfants anormaux.

(2) G. LÉVY. — Manifestations tardives de l'E. E. Thèse Paris, 1922.

se dépenser, une tendance à caractères impulsifs : « Oh ! laissez-moi seulement aller courir dans la prairie » demandait un jeune malade de l'asile de Vaucluse. Les vols sont commis dans un état de demi-conscience. L'enfant n'a pas prévu les avantages ou les inconvénients qu'il pourrait en tirer, l'acte n'est pas prémédité. Il n'est pas discuté non plus. L'intelligence et la réflexion ne viennent qu'après. Ces vols se rapprochent des actes impulsifs, des actes de colère, des violences qui imposent aux enfants la conscience de l'incoercibilité qu'ils nous expriment spontanément. L'acte est suivi de regrets qui paraissent sincères. Mais la promesse de ne plus récidiver est inhibée par les troubles de l'attention qui sont eux-mêmes conditionnés par l'agitation psycho-motrice. Les actes d'exhibitionnisme, commis le plus souvent à la faveur d'un état confusionnel, peuvent constituer le seul trouble de la conduite dans un organisme encore très atteint au point de vue physique. Ces actes sont isolés. Ils ne font pas partie d'un syndrome, tandis qu'il est exceptionnel de rencontrer chez le pervers un trouble unique du caractère, ne faisant pas partie d'un ensemble morbide. L'affectivité est un des points les plus controversés, bien des auteurs la tiennent pour perturbée. Quand on soutient au contraire qu'elle n'a pas subi une altération profonde, ils objectent aisément : « Et les impulsions, les fugues, les vols, les mensonges et les calomnies ? Voilà une affectivité bien paradoxale. Où voyez-vous qu'elle soit conservée ? » Et cependant, il y a loin du « fond mental » des jeunes malades ayant été frappés par l'E. E. à celui des « fous moraux ». Les réactions peuvent sembler comparables et elles le sont quant aux conséquences médico-légales, mais non point dans leur mécanisme psycho-physiologique. Le « fou moral » se signale par l'atrophie des sentiments altruistes. Les larmes, les prières, les remontrances, les punitions laissent cet individu fermé, glacé, imperturbable, quand elles ne l'incitent pas à redoubler de malignité. Rien ne le trouble ni ne l'émeut. La thèse de Heuyer (1) contient de nombreux exem-

(1) HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants. Thèse Paris, 1914.

ples de ces « imbéciles moraux ». Par contre, les enfants post-encéphalitiques que nous avons eu l'occasion d'observer, n'acceptent pas l'internement sans chagrin ni larmes. Ils réclament souvent leurs parents et leurs visites les remplissent d'une joie à laquelle nous le savons vus souvent s'abandonner. Un jeune malade de Roubinovitch (1), Barük et Bariéty lit avec une vive satisfaction les lettres qu'il reçoit de son frère. Dès qu'on lui parle du chagrin que ses écarts de conduite causent à sa famille, il se met à pleurer. L'état d'hypersensibilité douloureuse, parfois anxieuse, avec de temps à autre des idées de suicide plus ou moins tenaces, le sentiment d'ennui qu'ils se plaignent d'éprouver, la conscience d'un état morbide donnent à ces enfants un besoin d'apaisement et de consolation qui les entretient dans une affectivité pour le moins conservée.

Toutefois, il ne faut pas oublier que nous avons souvent affaire à une émotivité morbide dont les manifestations quelquefois proches du pleurer spasmodique semblent liées à une atteinte des centres régulateurs. Il en va de même de ce besoin de caresses si fréquent chez ces enfants. Il n'est pas l'expression d'un sentiment affectueux et tendre, il n'est pas lié non plus à des provocations érotiques. Et cependant il n'est pas purement automatique. Certes il est morbide. Il prouve cependant, au même titre que l'hypersensibilité dont nous venons de parler, que l'affectivité est beaucoup plus touchée dans ses réactions que dans ses couches profondes.

Chez le pervers constitutionnel, l'inaffectivité conditionne une malignité foncière. Chez les enfants ayant contracté l'E. E., le repentir est la règle. Ils se montrent navrés des actes nuisibles qu'ils ont commis. Aucune de leurs réactions anti-sociales n'est volontaire, réfléchie, préparée comme le sont celles des pervers dont la malignité est véritablement irrémédiable, alors que des cas d'amélioration, voire de guérison, ne sont pas exceptionnels dans les troubles post-encéphaliti-

(1) ROUBINOVITCH, BARÜK et BARIÉTY. — S. C. M., 8 nov. 1922.

ques. La périodicité, plus haut signalée, des actes morbides prouve que les modifications du caractère sont passagères et ne sont pas l'expression d'un fond mental troublé. Enfin les manifestations les plus anti-sociales ne doivent pas faire incriminer l'affectivité quand elles sont accomplies dans les phases de léthargie ou pendant les absences d'allure comitiale.

Telles sont les plus grossières différences que nous montre la clinique entre ces deux groupes d'individus. Il nous semble qu'on peut les expliquer par un mécanisme différent dans l'un et l'autre cas. Comme l'un de nous le faisait remarquer (1) : « Chez les pervers ins-
« tinctifs, le sens moral est atrophié. Le degré d'ina-
« daptation au milieu social sert à mesurer pour ainsi
« dire la quantité morbide. Les tendances, ignorantes
« du frein moral, sont dégagées de toutes considéra-
« tions altruistes. Elles échappent au jugement de
« l'individu. Le fonctionnement moral de certaines de
« ces tendances prouve cependant que les freins
« moteurs sont susceptibles d'agir et que lorsqu'ils
« n'exercent pas leur action, c'est leur mise en œuvre
« qui n'a pas été sollicitée. Ici, les centres psychi-
« ques supérieurs jouissent de moyens de conduction
« parfaits. Le pouvoir exécutif n'est pas entravé. On
« pourrait dire, pour définir par une image le pheno-
« mène de l'élaboration psychique supérieure et tout
« en nous excusant de schématiser à ce point, que
« c'est le pouvoir législatif qui s'exerce d'une manière
« désordonnée. Dans le syndrome post-encéphalitique,
« il semble, pour nous servir d'un même mode de
« comparaison, que l'ensemble des lois soit à peu près
« raisonnable, mais que les agents chargés de les appli-
« quer soient gênés dans leur moyen d'action. On
« pourra soutenir que dans l'un et l'autre cas, nous
« assistons aux mêmes conséquences, c'est-à-dire à
« l'anarchie. En admettant qu'il s'agisse d'une anar-
« chie comparable — et nous ne le pensons pas, — le
« mécanisme qui a établi l'une et l'autre n'est pas le

(1) G. ROBIN. — Les troubles du caractère liés à l'E. E. chez l'enfant et le problème de la conscience morale. *Soc. de Psychologie*, oct. 1924.

416 SYNDROME MENTAL POST-ENCÉPHALITIQUE DE L'ENFANT

« même. Dans le syndrome perversions instinctives, « c'est le pouvoir central qui pêche, dans le syndrome « mental de l'E. E., c'est le pouvoir exécutif. Ces « troubles du caractère chez l'enfant ne sont pas la « signature *sine qua non* de l'E. E., comme ils le sont « de la folie morale. Ils ne sont que l'expression d'un « trouble de l'inhibition, lequel a libéré l'automatisme. « Le syndrome psychopathique post-encéphalitique « ne nous paraît pas proprement psychique et pour « tout dire vésanique. Il est réactionnel. Nous le savons, « ces enfants ne sont pas troublés dans leurs inten- « tions. Pour employer une expression banale, le « fond « est bon ». Au contraire, l'intention du mal (ce terme « étant pris dans un sens strictement moral) est impli- « citement contenue dans le psychisme du pervers « instinctif. Les tendances de nos malades, bridées, « sont excellentes. Celles des pervers, bridées, demeu- « rent perverses. Le fond de celui-ci est lésé, la forme « de ceux-là est touchée. »

Pourquoi ? Parce que, malgré l'existence signalée de lésions variables et peu profondes du cortex cérébral, les désordres anatomiques les plus importants et les plus fréquents résident dans le mésocéphale. « On peut croire que c'est par la défaillance plus « précise de quelque activité directrice, régulatrice « et inhibitrice que se produit, au cours de l'encé- « phalite, cette évacuation des automatismes psychologi- « ques inférieurs ou cette exaltation de l'émotivité, « de la même façon que se libère d'une influence fréna- « trice normale la fonction motrice hypertonique qui « détermine le parkinsonisme » (Tinel). Les centres psycho-régulateurs mésocéphaliques, loin de nous apparaître comme « des centres psychiques extra-corticaux » selon le terme de J. Camus, ont une action purement mécanique de coordination et d'élaboration. Voilà pourquoi, à notre avis, les troubles du caractère liés à l'E. E. chez l'enfant, sont moins des troubles du caractère que de la conduite. On part de ceux-ci pour juger du psychisme par analogie avec les pervers instinctifs pour qui l'action est la conséquence directe du psychisme, exception faite de certaines manifestations impulsives, purement automatiques.

Enfin un autre argument peut être tiré des analogies que l'on peut trouver entre les troubles du caractère et chez ces enfants ceux qui ont été décrits par l'un de nous (1), chez le Parkinsonien adulte. Voici, en effet, ce que l'un de nous écrivait en 1920 : « Les troubles de l'humeur et du caractère sont constants chez les malades, nous avons notamment constaté chez eux une asthénie persistante avec lenteur de l'idéation et surtout difficulté dans la manifestation de la pensée par la parole, l'écriture ou même la mécanique. La fatigabilité reste longtemps très grande, l'attention est mal soutenue. Le sujet très lucide, las d'être privé de ses moyens d'action devient grognon, irritable, exigeant, capricieux, égoïste. Plus tard, l'irritabilité s'exagère, en même temps que l'activité s'altère, des accès d'excitation alternent avec des accès de dépression, avec pleurs, découragement, idées de déchéance, suspicion ou même persécution. Un caractère sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est le *passage très rapide* chez le même sujet de l'état de dépression à la gaieté et à l'excitation, non sans une certaine verve sarcastique. »

Si les réactions ont paru différentes chez l'adulte et chez l'enfant, cela tient à la différence du développement intellectuel. Chez l'enfant, la vie psychique est limitée à l'exercice des tendances les plus simples et la perturbation de ces tendances a pu faire penser qu'elles étaient profondément atteintes au même titre que dans la folie morale, alors qu'ici, sans nier les troubles fonctionnels de la corticalité cérébrale, la pathogénie du syndrome doit être recherchée dans l'atteinte des centres régulateurs de l'activité motrice.



Une objection ne manque pas de pouvoir être adressée à cette manière de voir, et elle est fondamentale pour les auteurs.

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

Ils partent de ce principe que perversions instinctives et syndrome post-encéphalitique offrent le même tableau clinique. Nous avons montré en quoi ils nous paraissent se tromper et comment ils ne semblent avoir raison qu'en apparence. Cependant, forts de ce principe, et trouvant souvent chez les enfants post-encéphalitiques, cette hérédité psycho-pathologique chargée qui est de règle chez les premiers, ils voient là une preuve de plus pour assimiler les uns aux autres. La notion de dégénérescence mentale leur sert aussi à expliquer la genèse du syndrome post-encéphalitique de l'enfant. Certes on ne peut nier que les troubles mentaux ne « se fassent dans le sens même des tendances, des habitudes, et des instincts individuels. Chaque sujet réalise, pour ainsi dire, la névrose à laquelle le préparait sa constitution » (Tinel). Bien que les troubles des centres régulateurs soient les plus importants, il n'empêche que l'E. E. se manifeste aussi à titre de maladie infectieuse susceptible de relâcher le tonus psychique. N'avons-nous pas signalé des lésions corticales qui, pour minimes qu'elles soient, n'en ont pas moins quelque importance. Mais il faudrait que les tendances perverses eussent existé à l'état latent pour donner lieu à la psychose perverse. En un mot, la dégénérescence mentale peut-elle être incriminée chez les enfants ayant un syndrome mental post-encéphalitique et dans quelle mesure agit-elle ? C'est la question du terrain de l'E. E. (1).

Quand les auteurs auxquels nous faisons allusion parlent de dégénérescence, il semble bien qu'ils n'aient pas en vue « simplement des accidents de la vie psychique, mais de véritables tares originelles, pesant le plus souvent sur la race toute entière, c'est-à-dire plutôt familiales qu'individuelles » (2). Comme dit Chaslin (3) « presque tous les malades de ce genre ont dans leur famille, des parents fous, tarés nerveusement ou

(1) J. LÉPINE. — Le terrain dans les Encéphalites infectieuses. *Académie de Médecine*, 16 nov. 1920.

(2) RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*.

(3) CHASLIN. — *Éléments de Séméiologie*.

intoxiqués, ou leur développement embryonnaire a été troublé par des causes extérieures ; souvent, avant de laisser paraître les premiers symptômes de leur folie proprement dite, ils ont présenté des anomalies mentales diverses... ». Pour Magnan, la présence préalable de ces anomalies est la condition nécessaire de l'éclosion de ces psychoses. D'où sa théorie de la dégénérescence.

Pour ce qui est de l'hérédité, sur 15 enfants ayant présenté un syndrome post-encéphalitique à peu près comparable, nous l'avons trouvée, après l'avoir très minutieusement recherchée, dans *1/3 des cas*. La proportion est bien plus faible dans l'ensemble des observations des autres auteurs [excepté pour les cas de Briand et Reboul-Lachaux (1), Briand et Porcher (2), Combemale (3), Beaussart (4)], mais nous ne sommes pas sûrs que les antécédents héréditaires aient été recherchés par tout le monde. Les malades présentés récemment par Reboul-Lachaux et Mlle Serin (5), par Cénac (6), sont des héréditaires.

Parmi les 15 enfants que nous avons observés et nous nous sommes efforcés d'être très circonspects dans la recherche de nos renseignements, nous pouvons affirmer que nos malades, héréditaires ou non, étaient normaux au point de vue mental avant l'E. E... Du reste, « un caractère étant donné, le problème n'est pas de savoir s'il est ou non héréditaire, mais dans quelle mesure il dépend de l'hérédité ou du milieu. Son caractère sera dit héréditaire, non pas lorsqu'il ne dépend en rien du milieu, ce qui n'a pas de sens, mais lorsque les facteurs héréditaires l'emportent manifestement sur ceux du milieu. Et vice-versa, on tiendra un phéno-

(1) BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — S. C. M. M., déc. 1921. Séquelles de l'E. E.

(2) BRIAND et PORCH'ER. — Séquelles d'E. E. S. C. M. M., août 1921.

(3) COMBEEMALE, VULLIEN ET SELOSSE. — E. E. Troubles du caractère et hypomanie chez l'enfant. *Echo méd. du Nord*, N° 6, 1922.

(4) BEAUSSART. — E. E. *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1922.

(5) REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN. — Perversions sexuelles consécutives à l'E. E. *Soc. Méd.-Psych.*, mars 1924.

(6) CÉNAC. — *Idem*.

mène pour un résultat de l'éducation lorsque ce facteur l'emportera manifestement sur celui de l'hérédité » (1). Pourquoi citons-nous ces lignes ? Parce que les malades chargés de tares héréditaires et les malades indemnes, les uns et les autres normaux au point de vue mental avant l'E. L., nous l'avons dit, ont présenté *les mêmes* troubles psychiques post-encéphalitiques. On ne peut même pas signaler des différences de *degré* dans l'un et l'autre groupe. Il ne s'agit pas ici de tirer des conclusions. Mais puisque nous avons observé ces faits nous avons cru qu'il était utile de les rapporter.

Evidemment une remarque s'impose : on s'explique mal que la libération des tendances entraîne des réactions si nettement anti-sociales. « Quoi ! disait l'un de nous (2) à la Société de Psychologie, les enfants, avant la maladie, paraissaient normaux le plus simplement du monde, comme s'ils avaient obéi aux incitations de leur nature même. Et il a suffi d'une perturbation dans le tonus inhibiteur pour déclencher de tels excès ! L'harmonie des tendances normales ne serait donc que la conséquence de l'éducation et des obligations sociales. Elle exigerait donc constamment un potentiel de volonté, une certaine résistance consciente, puisqu'il a suffi d'une lésion minime qui libère les instincts pour qu'ils se montrassent anti-sociaux. Et même si, parfois, les enfants que nous avons en vue se livrent à de plus vifs débordements de conduite que les pervers, serait-ce que le tonus subitement rompu laisse beau jeu à des tendances qui font d'autant plus irruption qu'elles avaient été plus fortement jugulées par l'éducation. Aussi bien, comprenons-nous pourquoi c'est surtout la conduite qui est troublée plus peut-être que le caractère lui-même et que le désordre des actes en eux-mêmes l'emporte sur le désordre de la volition... » Le problème n'est pas le même pour ce groupe d'enfants dont nous n'avons pas encore parlé, qui, frappés de tares

(1) CLAPARÈDE. — *Psychologie de l'enfant*.

(2) G. ROBIN. — *Loc. cit.*

héréditaires et ayant toujours présenté des perversions instinctives, contractent une E. E. qui surajoute son syndrome mental au syndrome préexistant. C'est exprès que nous employons le terme : surajouter, car il semble bien que l'E. E. exagère les tares déjà existantes et dote l'individu de sa symptomatologie propre: signes physiques, troubles du sommeil, agitation psychomotrice, excitation maniaque, absences, impulsivité plus marquée, etc... On conçoit que les réactions de ces individus soient dangereuses au plus haut chef, puisque l'indifférence morale qui faisait le fond de leur psychose perverse, de leur folie morale se met au service des instincts libérés, en en exagérant sciemment les effets.



Il semble résulter de l'examen impartial des faits que la prédisposition héréditaire ou personnelle ne constitue pas la condition *sine qua non* de l'apparition du syndrome mental post-encéphalitique. Il faudrait un parti pris doctrinal pour ne pas reconnaître que les héréditaires sont désignés d'avance à ce qu'une E. E. laisse chez eux des troubles mentaux. C'est une question de fragilité constitutionnelle qui intervient pour toutes les infections, mais le fait que dans la majorité des cas, le syndrome mental post-encéphalitique touche des enfants de tous points indemnes, quant à leurs antécédents, suffit à écarter l'opinion catégorique qui soutient que ces troubles mentaux sont identiques aux perversions instinctives. Nous avons montré que l'existence de vertiges d'allure comitiale, d'agitation maniaque, d'un rythme cyclothymique, avec guérison apparente dans les phases intercalaires, l'absence d'indifférence affective, l'analyse des divers actes antisociaux, etc., etc., permettaient de faire un psychodiagnostic qui venait appuyer la constatation des signes physiques de l'E. E. Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant a un ensemble de caractères propres. Il nous paraît aussi erroné au point de vue clinique de vouloir l'identifier au syndrome per-

422 SYNDROME MENTAL POST-ENCÉPHALITIQUE DE L'ENFANT

versions, sous prétexte que certains signes leur sont communs dans leurs manifestations extérieures, que de le rapporter à la manie parce qu'ils sont agités à certains moments, ou à l'épilepsie parce qu'ils ont des vertiges et des troubles du caractère avec irritabilité, impulsivité qui par certains côtés, il faut bien le dire, font penser au caractère épileptique. L'E. E. atteint, surtout chez l'enfant, le tonus inhibiteur. La conséquence la plus grossière, c'est la libération des instincts. Chez un enfant, jusqu'alors normal, il s'agit d'une libération des instincts normaux. Or, les instincts normaux privés du contrôle psycho-moteur se révèlent anti-sociaux, tandis que les instincts du pervers sont dès l'origine pervers et se montrent anti-sociaux parce que pervers, mais non pas parce que privés de leur frein moteur.

On voit que le mécanisme, à notre avis, nous semble bien différent dans les deux cas. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de livrer ces réflexions basées sur une analyse clinique aussi précise que possible.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 AVRIL 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Codet, Minkowski, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. René Charpentier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. Meige, annonçant la cinquième Réunion Neurologique annuelle, qui se tiendra les 30 et 31 mai prochains, et mettant des invitations à la disposition des membres de la Société qui manifesteront l'intention d'y participer ;

une lettre de M. Vallon, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et invite les membres de la Société à envoyer des délégués au prochain Congrès de Médecine légale, qui se tiendra les 26, 27 et 28 mai ;

une lettre de M. Jean Reboul-Lachaux, qui pose sa candidature comme membre correspondant. Une commission est désignée, composée de MM. Truelle, Claude et Capgras, rapporteur ;

une lettre de M. Henrique Roxo, professeur de la Clinique Psychiatrique de Rio-de-Janeiro, posant sa candidature comme membre associé étranger. Une commission est désignée, composée de MM. Dumas, Colin et Piéron, rapporteur.

M. MARIE fait hommage à la Société de deux notes présentées à l'Académie de Médecine, l'une « sur un « essai de vaccinothérapie intrarachidienne de l'encéphalite épidémique avec du virus fixe encéphalitique », l'autre intitulée : « La Paralyse générale « n'est pas encore en diminution » (en collaboration avec V. Kohen). (*Bull. Acad. Méd.*, 29 avril 1924).

Rapport de Candidature

M. André COLLIN (Commission composée de MM. H. CLAUDE, PACTET, André COLLIN, rapporteur). — Le nombre, la diversité et l'intérêt des travaux qui ont sollicité l'activité scientifique du professeur agrégé J. Lhermitte, rendent difficile l'analyse même succincte de chacun d'entre eux.

Il est plus aisé, au cours de la lecture des principales publications, de chercher à connaître les préoccupations de l'auteur qui, avec une extrême rigueur d'observation a su fort heureusement mettre au service d'exams cliniques qui ne laissent rien à désirer des connaissances étendues d'anatomo-pathologiste.

Ainsi la pathogénie et le mécanisme de bien des symptômes observés s'éclairent d'une façon satisfaisante pour l'esprit à la lumière de l'histologie pathologique ; qu'il s'agisse de l'étude des démences ou de celle des lésions du corps strié ou de l'encéphalite épidémique, ou de la chorée d'Huntington ou de l'idiotie mongolienne ou des commotions de la moelle épinière.

En 1910, au cours de ses années d'internat des hôpitaux et comme chef de laboratoire à la clinique des maladies nerveuses, Lhermitte étudie les démences et ses constatations l'amènent à conclure que « la démence est en évolution parallèle à la destruction de ces mêmes dendrites dont l'abondance et la multiplicité de connexions avaient marqué le développement progressif des facultés supérieures ».

La question ainsi posée dépasse le domaine des affaiblissements intellectuels pour aborder les problèmes de pathologie générale où l'on voit en neurologie ce qui se détruit suivre la voie inverse de ce qui se construit et l'égrèment des facultés dont la cohésion progressive a fait l'individu adulte et sain.

La pathologie nerveuse de la grande guerre devait inciter le D^r Lhermitte à faire des recherches sur la physiologie pathologique des commotions et des états de Schock, conséquences des traumatismes de l'encéphale. Dans un cas, nous voyons une étude sur le syndrome

néoplasique quadrigéminal et les rapports des tumeurs des tubercules quadrijumeaux avec les traumatismes.

L'observation d'un soldat blessé en septembre 1915 et ayant succombé en avril 1918 permet, avec l'examen nécropsique de rapporter les phénomènes d'hypertension, de polyphagie, d'adiposité et la démarche ébrieuse et festonnante à une augmentation de volume des tubercules quadrijumeaux qui présentaient une petite masse nodulaire du volume d'un noyau de cerise entre l'aqueduc et les tubercules quadrijumeaux; un infundibulum distendu et saillant.

Plus loin, en collaboration avec Roussy et Cornil, Lhermitte fait, sur le cobaye, une étude expérimentale des lésions commotionnelles de la moelle épinière.

La physiologie de la moelle et ses applications cliniques avait déjà sollicité son attention et c'est ainsi qu'il avait étudié la rigidité décérébrée et les phénomènes de libération du contrôle, et qu'il avait montré avec le Professeur Claude que « la section totale de la moelle présentait non seulement une physionomie changeante, en rapport avec la récupération des fonctions élémentaires du tronçon spinal inférieur, mais encore que l'activité automatique et réflexe du segment sous-lésionnel s'exprimait par une série de manifestations du plus grand intérêt physiologique. »

Un cas de section complète de la moelle datant de 10 ans, chez un enfant de 13 ans, avec persistance de la croissance des membres inférieurs, vient, beaucoup plus tard, appuyer cette thèse.

Les traumatismes de guerre permettent encore au D^r Lhermitte d'étudier au centre neurologique de la 8^e région, certaines dystrophies musculaires qu'il range dans le cadre des myopathies primitives.

Tous ces travaux d'histologie pathologique resteront un point d'appui sûr pour les cliniciens et les physiologistes qu'intéressent les localisations nerveuses.

Pour le centenaire de la thèse de Bayle, Lhermitte expose le problème anatomique de la paralysie générale encore à l'état de problème puisque l'accord n'est pas définitivement établi sur les limites à assigner à la paralysie générale.

Ces dernières années Lhermitte aborde avec la même méthode de travail la question des glycosuries et montre que, tout comme la piqûre du plancher du IV^e ventricule, les lésions circonscrites de la base du cerveau provoquent la glycosurie. Dans une autre étude, nous voyons la ponction lombaire provoquer, dans le diabète sucré, une chute de la polyurie et de la glycosurie.

Mais l'anatomie pathologique et la pathogénie ne sont point ses seules préoccupations et le D^r Lhermitte s'applique aussi à guérir : il montre les heureux effets des injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique sur les dyspnées paroxystiques « sine materia », il étudie l'action résolutive des arsénicaux sur les contractures organiques et de la maladie de Parkinson. Enfin il apporte la preuve anatomique de l'influence curative de la radiothérapie sur le processus syringomyélique.

L'épidémie d'encéphalite léthargique de 1916, a incité Lhermitte à établir des bases cliniques de cette maladie polymorphe dont les atteintes frustes font parfois méconnaître la nature et qui ne se révèle que par des séquelles variées et graves, le plus souvent à assez longue échéance. Albrecht de Hildesheim, en 1695, serait l'auteur de la première observation d'encéphalite léthargique ; depuis les complications à distance sont de plus en plus facilement rattachées à leur cause primitive et Lhermitte est du nombre de ceux qui, à la première heure, décrivirent avec précision les allures cliniques et les complications de l'X disease.

L'ensemble de tous ces travaux, l'idée directrice qui les mène, le constant et heureux travail dont ils sont le résultat rend les membres de la Commission heureux de présenter l'œuvre du D^r Lhermitte à leurs collègues de la Société et de demander que leurs votes lui fasse prendre place parmi nous.

Election. — Nombre des votants : 20. Majorité absolue : 11. M. Lhermitte, 20 voix, élu.

M. Lhermitte est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

Rapport de candidature

M. FILLASSIER. — J'ai l'honneur, au nom d'une Commission composée de MM. les Docteurs Henri Colin, Dupain, Fillassier, rapporteur, de présenter devant vous la candidature de M. le D^r Dabout, au titre de membre correspondant de votre Société.

Très récemment vous avez entendu la communication de M. le D^r Dabout sur le Carnet médical des aliénés ; l'accueil sympathique que vous lui avez fait en la maintenant à plusieurs reprises, et encore aujourd'hui à l'ordre du jour de vos travaux, témoigne de l'intérêt que vous y avez pris et préjuge un peu de votre décision. Dès lors ma tâche serait terminée si l'usage ne voulait que les titres des candidats ne soient rapportés devant vous.

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Médecin-légiste de l'Université, M. le D^r Dabout fut bientôt Président de l'Association des Médecins-légistes de l'Université, et dirigea jusqu'à la mobilisation la *Revue de Médecine Légale* qui restera, pour les années de son administration, une contribution importante à l'histoire de cette branche de la médecine.

Membre de très nombreuses sociétés, il se spécialisa pour une part dans les questions de médecine légale, où sa notoriété s'affirma rapidement, si bien que nous le voyons nommer tour à tour Professeur honoraire de Médecine légale de l'Université de Madrid, Membre d'honneur de la Société de Médecine légale de Londres, Membre correspondant de la Société de Médecine légale de Belgique, etc., etc...

De ses nombreux travaux nous ne retiendrons devant vous, en outre de son *Petit Dictionnaire de Médecine*, paru chez Baillière, en 1924, et déjà épuisé, que ceux qui ont trait à la psychiatrie.

Nous citerons notamment :

- le Diagnostic du délire de jalousie au point de vue médico-légal (1) ;
- la simulation du suicide par pendaison : mort par inhibition (2) ;

(1) *Revue de Médecine Légale*, 1905, p. 198.

(2) *Revue de Médecine Légale*, 1905, p. 238.

— suicide chez un auto-accusateur alcoolique (1).

En 1906, il faisait au Congrès des Sociétés Savantes, qui se tint à Paris, un rapport remarquable sur l'Hystéro-traumatisme et la prédisposition individuelle.

Indiquons encore une communication intéressante, en juin 1910, à la Société clinique de Médecine mentale dont il est membre, intitulée : « Idées obsédantes de suicide et homicide chez une dégénérée ».

Ces titres nous permettront de nous réjouir de la candidature de M. le D^r Dabout, en qualité de Membre correspondant. Quant au caractère de l'homme même vous avez pu le connaître au cours des dernières réunions : ce sera pour vous, une raison nouvelle de désirer le compter parmi nous, pour moi, qui lui suis lié depuis tant d'années, un plaisir délicat d'avoir été désigné pour être son rapporteur.

Election. — Nombre de votants : 14. Majorité absolue : 8 voix. M. Dabout : 14 voix, élu.

M. Dabout est élu membre correspondant national de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

Sur un cas de Paralyse générale incipiens. La Phase pré-symptomatique.

Par Henri CLAUDE, René TARGOWLA et D. SANTENOISE

On connaît, depuis les travaux de M. Ravaut, l'existence des réactions méningées latentes de la syphilis nerveuse qui, pendant un temps plus ou moins long, ne s'extériorisent d'aucune manière (phase préclinique de Ravaut); seule est susceptible de les révéler, à cette période, la ponction lombaire. Peu à peu, quelquefois brusquement, éclosent les signes discrets d'une imprégnation chronique du névraxe ; ils se groupent, se précisent et finalement peuvent aboutir, dans certains cas, à

(1) *Revue de Médecine Légale*, 1906, p. 5,

un syndrome clinique et biologique complet de paralysie générale, soit directement, soit après une étape tabétique. Des recherches nombreuses poursuivies en France d'abord, en Allemagne, en Espagne, en Italie, en Amérique ont établi ces données sur un certain nombre de faits indiscutables.

D'autre part, on a bien étudié depuis Delasiauve, Baillarger, Brierre de Boismont, le mode de début de la maladie de Bayle, lorsqu'il se fait par des troubles psychopathiques d'apparence banale (neurasthénie, confusion mentale, états mélancoliques et d'excitation, etc.), qu'il faut d'ailleurs distinguer de la paralysie générale survenant au cours de psychoses primitives. Deux cas peuvent se présenter en clinique : ou bien le syndrome bruyant laisse transparaître le fonds démentiel, quelques symptômes somatiques peuvent être décélés et l'on est en présence du diagnostic classique, plus ou moins difficile, de la paralysie générale au début ; ou bien il n'est pas possible de mettre en évidence les manifestations de l' « arachnitis » et il faut attendre de l'évolution un diagnostic et un pronostic. Celle-ci même peut être d'abord trompeuse : la psychose guérit et ce n'est qu'après une phase de latence plus ou moins prolongée qu'apparaissent les premiers accidents paralytiques, parfois à l'occasion d'un nouvel épisode analogue au premier. Ces faits comprennent : 1° l'excitation psychique sans délire ni démence, étudiée par V. Parant père, et qui donne lieu quelquefois à ce qu'on a appelé la « polypragmasie prodromique » ; 2° certains actes médico-légaux qu'à l'exception de la ponction lombaire aucun symptôme saisissable ne peut expliquer, mais que signe quelque temps après le développement du syndrome démentiel (Gilbert Ballet) ; 3° les états confusionnels, mélancoliques et maniaques décrits par Brierre de Boismont, par Delasiauve, par M. Séglas dans une leçon aujourd'hui classique, par Gilbert Ballet, par M. Ferrarini, par l'un de nous, par MM. Merklen et Minvielle, Raviart et Pelcé, etc... Enfin, on peut ajouter à ces cas ceux dans lesquels un syndrome paralytique se greffe sur les signes préexistants d'une lésion cérébrale en foyer (R. Targowla).

On voit que, dans des domaines différents et par des voies distinctes, psychiatres et biologistes sont arrivés à la notion d'une « phase préparalytique » ou « prodromique » pour les uns, « préclinique » pour les autres, de la maladie de Bayle (1). Tous aussi se sont trouvés d'accord pour reconnaître qu'il ne faut attendre un « diagnostic anatomique que d'une différenciation évolutive » (Ravaut), différenciation qui se fait sur l'apparition de la démence et des signes physiques caractéristiques, ainsi que le notait déjà Casimir Pinel.

Les observations (avec ponction lombaire) de Gilbert Ballet, de Nonne, de Targowla et Mlle Badonnel contrôlées par l'évolution ou l'examen anatomique, tendent cependant à établir que les deux ordres de manifestations, psychopathiques et humorales, se développent sur le terrain de l'encéphalite anatomiquement constituée. Or, on connaît désormais un certain nombre des caractères humoraux habituels de la paralysie générale, lesquels, réunis, peuvent entraîner la conviction, même en période latente : Il devient donc possible de tenter la synthèse des données du laboratoire et de la clinique pour en dégager les facteurs d'un diagnostic proprement « pré-symptomatique » de la maladie de Bayle (2).

**

Le malade que nous présentons à la Société médico-psychologique nous paraît démontrer à nouveau qu'un tel diagnostic peut se faire. Ce n'est pas encore, cliniquement, un dément paralytique ; cependant l'analyse minutieuse des données sémiologi-

(1) Les deux conceptions, bien que non identiques, s'intriquent dans les faits et se complètent. La phase préclinique de M. Ravaut est à la fois plus compréhensive, en ce qu'elle englobe toutes les formes de syphilis nerveuse, et plus restreinte, car elle ne vise que les faits cliniquement latents et rejette précisément de son cadre toutes les manifestations, d'ordre psychiatrique ou neurologique, qui rentrent dans la phase prodromique des cliniciens. Nous ne l'envisageons ici qu'en ce qui concerne la paralysie générale.

(2) Henri CLAUDE, René TARGOWLA et D. SANTENOISE. — La phase présymptomatique de la paralysie générale. *La Presse Médicale*, 30 janvier 1924, n° 9, p. 89.

ques, la marche des symptômes observés, l'apparition récente de la dysarthrie : le « signe mortel » d'Esquirol, donnent une singulière valeur aux constatations biologiques qui nous avaient fait retenir ce malade à l'asile au moment même où, apparemment *guéri*, il allait obtenir sa sortie.

Rocco Dante T..., coiffeur, sujet italien, âgé de 33 ans, s'était présenté le 14 novembre 1923 à la consultation de la Clinique. On relevait, parmi ses antécédents, une pneumonie et la fièvre typhoïde dans la seconde enfance, la syphilis en 1912. Cette dernière affection avait été bien soignée pendant deux ans ; le traitement en fut repris vers 1920 ou 1921, non pour de nouveaux accidents, mais parce que notre malade devenait « très énervé ».

Réformé pour tuberculose pulmonaire, il n'a pas fait la guerre ; on ne relève d'ailleurs chez lui aucune manifestation actuelle de bacillose. Il est marié, a deux enfants, bien portants, de neuf et trois ans. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche, et il n'y a aucun fait pathologique notable dans son histoire.

T... a toujours été très actif, entreprenant, remuant, nerveux. Depuis deux ou trois ans, ce caractère s'était marqué davantage et il était devenu plus excité et irritable, difficile à supporter pour les siens ; il présentait en même temps une activité professionnelle considérable : à la fois placier en nouveautés et coiffeur, il faisait en outre des « extras », veillant très tard le samedi et le dimanche, chez les coiffeurs. Il avait des insomnies fréquentes, mais ne buvait pas.

Cette suractivité générale, « polypragmatique » était allée en s'accroissant progressivement ; elle aboutit, une semaine avant l'entrée, à un état d'excitation franchement pathologique. L'insomnie était complète et s'accompagnait d'agitation nocturne ; T... manifestait une excitation psychique et motrice vive, travaillait à de multiples occupations, entre autres à une invention qu'il avait faite de petits bonnets en filet, dont il attendait la fortune ; il tricotait sans cesse.

Il faisait montre, de plus, à ce moment d'une irritabilité très vive liée à un état d'anxiété diffuse, avait des crises de colère violentes. Par intervalles, il tenait des discours grandiloquents, faisait des plans de réforme sociale, émettait des idées irréligieuses, etc... Il semble qu'en outre il ait présenté des hallucinations nocturnes cénesthésiques, olfactives et visuelles assez vagues, et des hallucinations auditives, plus nettes, qui lui faisaient entendre notamment

la voix de son père l'appelant au secours. D'une façon générale, d'ailleurs, leur contenu était plutôt insignifiant ; il manifestait néanmoins quelques craintes vagues de persécution et eut même quelques réactions: il sortit un soir, armé d'un couteau, pour aller défendre son père, et il alla se plaindre au commissariat. Ces voix avaient entraîné la croyance délirante à la présence de son père qu'il savait être cependant en Italie.

Enfin, sa femme avait observé qu'il avait quelques « distractions » et faisait parfois des erreurs de dates.

Quatre jours avant de se présenter à Sainte-Anne, il commença à se plaindre d'une céphalée siégeant surtout à la région temporale gauche, qui devenait par moments très violente et s'accompagnait de vomissements. Il ne sortait plus qu'avec un bandeau mouillé autour de la tête et c'est dans cet accoutrement que nous le vîmes pour la première fois.

A l'entrée, le malade est dans un état d'excitation psychique et motrice très marquée, incapable de se tenir immobile, marchant continuellement tout en tricotant et parlant sans cesse; il se rend compte d'ailleurs de cette exaltation de type maniaque: « je me sens, explique-t-il, le besoin de mouvement ». Il parle vite et on retient difficilement son attention, mais il n'a aucun signe probant d'affaiblissement intellectuel. Il est euphorique, optimiste, fait de grands projets et manifeste une très vive confiance en soi. Par contraste, il ne présente aucune satisfaction physique, mais plutôt des tendances hypochondriaques, paraît souffrir: il se plaint de maux de tête, de fatigue générale, de surmenage et demande qu'on le « soigne scientifiquement » pour sa syphilis. Il demeure d'ailleurs optimiste quant à l'avenir, avec le vif désir de travailler pour sa femme et ses enfants.

Au point de vue physique, son état est assez satisfaisant; il a cependant maigri bien que son appétit soit vif et que sa femme signale qu'il était même devenu glouton. Il n'existe pas de tremblement appréciable de la langue ni des mains, pas d'embarras de la parole. Les pupilles, légèrement asymétriques ($G > D$), réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes rotuliens existent et sont égaux. Il n'y a pas de signe de Babinski, pas de signe de Kernig ni de raideur de la nuque, pas de fièvre. Pas d'aortite.

La ponction lombaire, faite le lendemain, 15 novembre, donne issue à un liquide hypertendu (70 cm. d'eau au manomètre de Claude) et fortement hémorragique; recueilli dans trois tubes, il conserve une teinte uniforme. La réaction de fixation y est positive; la recherche des réactions colloïda-

les et la numération des éléments cellulaires sont impossibles.

Le malade est mis au traitement spécifique (bismuth).

Le 20 décembre, on note : « nettement amélioré. A engraisé; la céphalée a disparu; plus calme; moins logorrhéique; travaille avec activité mais, semble-t-il, d'une façon plus ordonnée ».

Quelque temps après, présenté au cours d'une leçon clinique, Rocco se montre calme, lucide, correct; il parle posément, se rend compte de son état, dit qu'il s'est surmené et qu'il désire reprendre bientôt son travail pour subvenir aux besoins de sa famille, mais qu'il se ménagera. On ne peut trouver aucun signe d'affaiblissement psychique. Il semble que T... puisse être considéré comme guéri et on envisage la possibilité de sa sortie. Avant de l'autoriser, on pratique une nouvelle ponction lombaire qui révèle un syndrome humoral paralytique; on décide de le maintenir en observation.

Examiné de nouveau le 20 janvier 1924, T... déclare qu'il « se sent tout à fait d'aplomb ». Il sait qu'il a été malade: « j'avais abusé de mes forces, dit-il; dorénavant, je me ménagerai ». Tous ses propos sont teintés d'une satisfaction euphorique et il a un peu de logorrhée, mais on ne peut mettre en évidence de diminution intellectuelle ». Aucun signe physique, note-t-on, sauf une légère inégalité pupillaire et un certain affaiblissement des réflexes tendineux: les réflexes rotuliens sont très difficiles à provoquer, les réflexes achilléens sont normaux ».

Le traitement est poursuivi (tryparsamide intra-veineuse et bismuth intra-musculaire associés). Dans les derniers jours de février, on constate l'apparition d'un nouveau symptôme, l'embarras de la parole et, peu après, quelques modifications dans l'état mental: un peu de niaiserie et d'approbation alternant avec une certaine irritabilité.

Ce fléchissement ne persista pas et, *actuellement*, lorsqu'on cause avec le malade on ne peut déceler aucun déficit dans les divers processus intellectuels: ni l'interrogatoire systématique, ni la conversation libre guidée seulement de façon à aborder des sujets divers ne permettent de relever la marque d'un affaiblissement; ce qui domine dans son comportement psychique, c'est l'euphorie, l'optimisme, sans doute partiellement constitutionnels et ethniques, mais qui prennent cependant une teinte de satisfaction mal justifiée et contrastent quelque peu avec l'apparente intégrité du fonds mental, spécialement, du jugement. Il y a d'ailleurs

quelques contradictions dans ses propos : il est décidé à se ménager, à ne plus faire autre chose que son métier de coiffeur et peu après échafaude des projets. Il est conscient de sa situation antérieure : « je suis arrivé ici dans un état d'excitation... je me suis rendu compte de mon amélioration progressive... », mais il n'a plus les tendances hypochondriaques du début ; son optimisme englobe maintenant son état physique, ses aptitudes professionnelles, sa santé psychique : « je n'ai plus ces idées noires depuis le traitement ; les difficultés de la vie, le souci de soutenir ma famille... J'ai abusé de ma santé : le commerce est trop dur pour moi... ». L'expression nouvelle de cette satisfaction euphorique est d'autant plus remarquable qu'elle fait contraste avec l'atténuation de l'excitation maniaque antérieure. Il a, de plus, des tendances humanitaires et morales, l'injustice le révolte ; cependant, il se contient car il est un homme, mais il en éprouve de la peine et de l'angoisse. Il reste d'ailleurs irritable, et devient désagréable dans ses rapports avec les autres malades du service.

Par contre les signes physiques sont plus nets. La dysarthrie se manifeste par intervalles dans la parole spontanée et aux mots d'épreuve ; on observe des secousses fibrillaires et quelques ondulations vermiculaires à la langue, les doigts sont animés d'un menu tremblement vibratoire. Les pupilles, légèrement inégales, présentent de l'hippus et, si la contraction est rapide à la lumière, elle est incomplète et le sphincter se relâche aussitôt ; l'accommodation et la convergence se font normalement. Les réflexes tendineo-osseux sont abolis aux membres supérieurs ; le réflexe patellaire n'existe plus à droite, il est très faible à gauche.

Enfin, le syndrome humoral est, typique, celui de la maladie de Bayle. La formule cytologique est lymphocytaire. La réaction de fixation est négative avec le sérum sanguin.

Le tableau suivant résume les données des ponctions lombaires :

Dates	Tension	B.-W.	Lympho.	Alb.	R. de Pandy	R. de Weichbrodt	R. él. par.	R. benjoin
15 nov. 1923	70 cm.	++++	»	1,50	»	»	»	»
4 janv. 1924	»	++++	8	0,40	»	»	»	»
8 fév. 1924	»	++++	8	0,45	+	+	++	12222.12222.10000.0
2 avril 1924	»	++++	9	0,35	++	+	++	22224.22222.00000.0

La céphalée, les vomissements, les troubles délirants vagues d'allure onirique peuvent être rapportés aux altérations vasculo-méningées qui ont donné lieu à la petite hémorragie révélée par la première ponction lombaire. La réaction de Bordet-Wassermann en signait la cause et l'action rapide du traitement l'a jugée.

Mais sous ces accidents banaux se dissimulait un processus grave d'encéphalique chronique, évoluant probablement depuis longtemps déjà, lié à la localisation parenchymateuse profonde du tréponème. Il persiste, et bien qu'il n'ait pas encore donné lieu aux grands accidents démentiels de la paralysie générale, nous croyons pouvoir, dès maintenant, confirmer le diagnostic que nous avons porté au moment le plus favorable de l'évolution, alors que, cliniquement, le malade paraissait guéri.

Deux ordres d'arguments, cliniques et biologiques, étayaient cette manière de voir.

Nous trouvons le premier dans l'excitation psychique cohérente, exaltant les tendances constitutionnelles du sujet et entraînant, depuis trois ans, une suractivité motrice et intellectuelle qui s'est traduite surtout dans le domaine professionnel. L'absence de délire et de démence, bien vue par Victor Parant, a été évidente ici jusqu'aux semaines qui précédèrent l'internement ; les auteurs, notamment Régis et Dupré, en avaient contesté la possibilité, estimant qu'il y a toujours, sous les manifestations bruyantes, une *dementia incipiens*, une altération avec déficit de la personnalité. Sans doute, en est-il souvent ainsi ; toutefois, et nous y avons déjà insisté, les troubles psychiques qui s'associent souvent à la démence peuvent se développer isolément sur le terrain anatomique de l'encéphalite avant toute manifestation de déchéance. Les caractères particuliers du syndrome humoral paralytique précisés par l'un de nous permettent désormais de rattacher à leur vrai substratum ces manifestations « pré-démentielles » dont l'observation clinique avait dès longtemps révélé l'existence, mais qui restaient sans signification immédiate, leur véritable sens n'apparaissant que rétrospectivement. Du domaine de la pathologie théorique

ces faits passent donc dans celui de la clinique et, contrairement aux données classiques, le diagnostic précoce de la paralysie générale peut ainsi se faire avant l'apparition des réactions psychiques démentielles.

Un second symptôme, qui prend aussi toute sa valeur à la lumière des réactions céphalo-rachidiennes, est l'euphorie imperturbable de notre malade ; elle frappe, d'une part, par le contraste qu'elle offrait à un certain moment avec les préoccupations hypochondriaques et l'état de souffrance organique réelle, d'autre part, par sa persistance, teintée d'une satisfaction incomplètement justifiée et associée à l'irritabilité du caractère, après atténuation de l'état maniaque.

Cette euphorie s'allie, d'ailleurs, chez T..., à une politesse et à une bienveillance habituelles, à une grande docilité, à la générosité des tendances tant en ce qui touche l'humanité en général qu'en ce qui concerne particulièrement les siens. Falret et Régis attachaient de l'importance à ces traits de caractère qu'ils opposaient à la perversité, à la causticité et à l'égoïsme de l'excité maniaque ; ces symptômes tirent ici, de la présence du syndrome humoral, un frappant relief.

Tels sont les faits qui, au point de vue psychique, nous ont paru devoir retenir l'attention. Ce ne sont pas les seuls.

Nous rappellerons d'abord l'amaigrissement du début contrastant avec l'appétit exagéré du malade.

D'autre part, au cours de l'observation de quatre mois à laquelle T... a été soumis, l'activité du processus inflammatoire, qu'exprime le syndrome humoral, s'est révélée par l'apparition de quelques symptômes somatiques.

Les modifications des réflexes tendineux sont particulièrement intéressantes. Les réflexes des membres supérieurs sont abolis ; les réflexes patellaires qui existaient à l'entrée, peut-être un peu faibles mais sensiblement symétriques, se sont atténués jusqu'à disparaître du côté droit, à n'être plus qu'assez difficilement perceptible du côté gauche ; les réflexes achilléens persistent. La décroissance progressive, de haut en bas,

des altérations médullaires ainsi traduites, l'inégalité des deux réflexes rotuliens, le caractère fruste, monosymptomatique de ces manifestations tabétiques, joints à l'absence de tout signe de névrite, permettent de les rapprocher de ce que Joffroy et Rabaud ont appelé le « tabes commissural, tabes de la paralysie générale » et que l'on désignait autrefois du nom de « paralysie générale descendante ».

Un autre témoin de l'activité évolutive de la « névrite » paralytique est l'apparition, à une date précise, de la dysarthrie. La brusquerie de cette manifestation, d'ailleurs variable et encore peu marquée, est à noter car si on l'a parfois observée à la suite d'un ictus ou d'une émotion vive, par exemples, il est exceptionnel de pouvoir la saisir ainsi au cours d'une progression silencieuse.

Nous avons vu, de même apparaître le tremblement.

Nous rappellerons, enfin, que des troubles discrets de la musculature irienne se sont développés chez notre sujet, mais ne constituent pas, actuellement, un signe d'Argyll-Robertson.

En résumé, faisant suite à une longue phase prodromique d'exaltation psychique, de suractivité générale avec amaigrissement, on trouve chez le malade que nous présentons un syndrome caractérisé : au point de vue mental, par une certaine satisfaction euphorique et bienveillante liée, sans doute, à une atteinte de l'auto-critique mais indemne de tout autre élément démentiel actuel ; au point de vue somatique, par des troubles de la réflexivité tendineuse, des modifications de la motilité irienne, un tremblement minime de la langue et des doigts, un embarras discret de la parole.

Cet ensemble clinique, dont la constitution progressive a été suivie en quelque sorte au jour le jour, met en évidence le mode de début de la maladie de Bayle par les signes physiques ; le syndrome est encore fruste et il manque l'élément capital : l'affaiblissement de l'intelligence. Il n'en apporte pas moins une première confirmation au diagnostic antérieurement porté sur l'excitation psychique et le syndrome humoral.

Les particularités caractéristiques de ce dernier sont

les suivantes : lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, albumino-diagnostic positif, y compris les réactions considérées comme décelant les globulines (réactions de Pandy et de Weichbrodt), type positif des réactions colloïdales, réaction de Bordet-Wassermann positive avec de faibles quantités de liquide. Non seulement ces constituants essentiels du syndrome humoral sont présents, mais il existe un certain parallélisme dans leur intensité respective qui répond au « type moyen » du syndrome paralytique. De plus, ces constatations ont été faites à la suite d'une première série d'injections thérapeutiques qui avait déterminé une sédation clinique, et le traitement poursuivi, n'a provoqué qu'une faible atténuation de la réaction du benjoin associée à une légère réduction de l'albuminose.

Ce sont là, réunies au complet, les particularités que l'on observe au cours des formes franches, confirmées de paralysie générale ; elles s'y rencontrent avec constance. Elles font défaut, au contraire, ou ne se voient que dissociées dans les autres formes de syphilis cérébro-médullaire ; en particulier, on y trouve rarement cette concordance dans l'intensité des diverses réactions qui reste le meilleur critère pour les cas douteux avec le mode d'action du traitement ; celui-ci, ou bien ne modifie pas sensiblement l'ensemble du syndrome humoral, ou bien détermine la régression lente et systématique que nous avons notée chez notre malade et qui s'observe aussi dans les rémissions spontanées.

Enfin, il y a lieu de remarquer la dissociation qui existe entre l'atténuation des accidents psychopathiques et la quasi-invariabilité du syndrome humoral ; au contraire, lorsque le traitement se montre efficace dans les formes vasculaires et méningées de la syphilis cérébrale, la sédation se fait le plus souvent avec un parallélisme manifeste entre les deux ordres de symptômes ou impressionne davantage les altérations du liquide céphalo-rachidien. D'autre part, la progression des lésions des cordons postérieurs, l'apparition de la dysarthrie, le développement des troubles pupillaires montrent que dans notre cas l'affection évolue,

confirmant ainsi la signification dynamique des réactions humorales. Le traitement n'a donc pas entravé réellement la marche du processus morbide, dernier argument en faveur de la paralysie générale. Néanmoins, nous pensons qu'il n'a pas été inutile : le tableau clinique qui résulte des réactions humorales atténuées et de la discordance entre l'état mental et les signes somatiques mérite d'être rapproché du syndrome des rémissions et des formes à marche lente ; bien qu'il soit prématuré de conclure, il n'est pas interdit de penser que la thérapeutique a favorisé cet état de choses et un tel résultat, si médiocre qu'il soit, ne saurait être actuellement indifférent.

DISCUSSION

M. TRUELLE. — M. Targowla me permettra de lui faire une petite critique que j'appellerai philologique : il parle de période préclinique, présymptomatique de la paralysie générale dans laquelle il n'y aurait pas encore, dit-il, de symptômes cliniques. Pourtant, ainsi qu'il a eu soin de le rappeler avec une documentation qui prouve sa grande érudition, les aliénistes qui nous ont précédés connaissaient cette période qu'ils appelaient préparalytique — le mot était mauvais j'en conviens, mais ceux proposés ne sont pas meilleurs. Il fallait donc bien, puisqu'ils n'avaient pas, pour la connaître, la ressource d'examiner le liquide céphalo-rachidien de leurs malades, il fallait donc bien que des symptômes cliniques la leur aient révélée.

C'est qu'en effet, des symptômes cliniques existent dans cette phase prodromique : ils sont délicats à observer, quelquefois mobiles et changeants, mais enfin ils suffisent à attirer l'attention, à faire « craindre » la P. G., sinon à l'affirmer. Et je dirai plus, parmi ces symptômes, le plus précoce et le plus sûr est précisément l'affaiblissement psychique. Affaiblissement qui, certes, n'est pas la démence globale grossière et flagrante, mais qu'une étude minutieuse du malade révèle cependant. Il apparaît dans les modifications du caractère, de l'humeur, de la conduite, dans les troubles de l'affec-

tivité, dans l'insouciance du malade ou dans des exagérations émotives mobiles et contradictoires, dans ce que Dupré a si justement appelé la diminution du pouvoir d'autocritique.

Or, précisément, dans le cas si bien observé que nous a exposé M. Targowla, on la trouve, cette diminution du pouvoir d'autocritique. A plusieurs reprises il nous a dit que son malade n'avait présenté aucun signe de démence ; et cependant j'ai relevé dans l'observation qu'il nous a détaillée, différents signes de cet affaiblissement intellectuel si particulier parce que déjà global, c'est-à-dire portant sur la personnalité intime du malade : c'est l'association et la coïncidence de l'euphorie et des préoccupations hypocondriaques ; c'est la satisfaction contradictoire avec la connaissance relative d'un état maladif ; c'est, malgré cette connaissance, l'absence de retentissement affectif et de préoccupations adéquates ; ce sont les projets enfantins, étrangers à l'orientation antérieure de l'activité, et d'ailleurs vite abandonnés ; ce sont les modifications signalées de l'humeur et du caractère. Enfin il y a des signes neurologiques, une symptomatologie organique.

Il n'est donc pas exact de dire période préclinique ou présymptomatique.

Que dans ces cas la seule clinique ne permette pas toujours d'affirmer le diagnostic, j'en suis convaincu pour l'avoir souvent éprouvé personnellement. Et je suis le premier à reconnaître combien sont alors utiles et même nécessaires les recherches de laboratoire : positives, elles consolident et confirment un diagnostic que jusqu'alors la prudence exigeait de laisser en suspens. A ce point de vue, nul d'entre nous, je crois, ne saurait contester leur grand intérêt pratique.

M. H. COLIN. — J'approuve entièrement ce que vient de dire M. Truelle. Avant la découverte des réactions biologiques on faisait couramment des diagnostics de Paralyse générale au début : actuellement encore beaucoup de médecins exerçant loin des centres, sont tenus de faire ces diagnostics sans l'aide du laboratoire. Il y a plus, il arrive souvent — et je vous en

montrai prochainement des exemples — que des cas diagnostiqués paralysie générale sur la foi du résultat des examens biologiques, n'appartiennent aucunement à la paralysie générale.

M. TARGOWLA. — Les signes d'affaiblissement intellectuel que relève M. Truelle, troubles de l'auto-critique, sont minimes dans notre cas et, en outre, se sont montrés variables. Ils peuvent d'ailleurs se voir chez les maniaques, au cours d'accès d'excitation psychique chez les débiles et nous les avons vus même chez des syphilitiques nerveux. Ils permettraient au plus de soupçonner la P. G. : c'est l'évolution ou, immédiatement la ponction lombaire qui peuvent faire le diagnostic et, ici, la ponction lombaire a ultérieurement reçu un commencement de confirmation de l'évolution : les symptômes démentiels, en particulier, sont survenus pour la plupart alors que le diagnostic était déjà posé.

Le terme pré-clinique ne nous appartient pas : il est d'ordre biologique et a été proposé par M. Ravaut. L'expression présymptomatique nous a paru la meilleure, ou la moins mauvaise, parce que le diagnostic, à ce moment, est impossible sur les seuls signes cliniques qui *manquent*, du reste quelquefois. Nous nous sommes également servis de l'expression « pré-diagnostique ».

Les faits que signalent M. Colin sont des erreurs d'interprétation des signes biologiques qui n'engagent pas la méthode.

M. Henri COLIN. — Interprétations fâcheuses, et particulièrement dangereuses. Car le traitement spécifique est indistinctement appliqué dans tous les cas. Or, s'il réussit dans la syphilis cérébrale, il ne manque pas d'aggraver la paralysie générale et d'en hâter l'évolution.

Etat de mal mortel par interruption brusque du traitement par le gardéna1 et état de mal au cours de ce traitement.

Par MM. TRÉNEL et CUEL

A l'occasion d'un fait récent nous proposerions de mettre à l'ordre du jour de la Société la question des accidents survenant au cours du traitement par le gardéna1.

Dans le cas présent, il s'agit d'une épileptique internée depuis l'âge de 20 ans, le 21 décembre 1904, et dont l'épilepsie avait débuté à l'âge de 13 ans. Accès et vertiges étaient de la forme classique et la malade possédait tous les traits du caractère épileptique avec tendance à la violence.

Les accès et vertiges avaient la fréquence suivante (1):

1917...	Trait. par le K. Br. Rég. déchloruré	6 accès	40 vertiges
1918...	—	18 —	38 —
1919...	—	11 —	39 —
1920...	—	31 —	49 —
1921...	(Gardéna1)	14 —	37 —
1922...	—	3 —	25 —
1923...	—	8 —	33 —
1924...	(Janvier à avril)	5 —	4 —

Pas d'état de mal depuis l'entrée à l'Asile. Cette malade travaillait d'une façon régulière et son intelligence n'avait subi aucune diminution.

Elle sort en congé le 19 avril dernier, munie d'une provision de Gardéna1 pour son traitement pendant le séjour dans sa famille.

Malgré les recommandations, elle ne suit pas ce traitement et, le 23 avril, dans l'après-midi, elle est prise

(1) Jusqu'à fin 1921 les relevés des crises nous sont fournis par les tableaux que nous a laissés M. le D^r TOULOUSE en nous transmettant, son ancien service.

d'un état de mal et meurt trois jours plus tard, le 26 avril, dans la soirée.

Il nous paraît évident (quoique la malade soit décédée en dehors du service) que la suppression du traitement a été la cause directe de la mort. Ce fait avec beaucoup d'autres, vient à l'appui de la théorie suivant laquelle le gardénal produirait une sorte de sensibilisation du système nerveux aux endotoxines hypothétiques qui déclancheraient les attaques épileptiques, sensibilisation qui se manifesterait d'une façon paroxysmale lors de l'interruption du traitement.

On voit donc combien en cas de congé ou de sortie il est nécessaire de recommander personnellement aux familles des malades (si dociles et si lucides que soient ceux-ci) de continuer le traitement, et il est prudent de leur remettre officiellement et obligatoirement une prescription écrite à ce sujet.

D'autre part, ces états de mal peuvent se produire au cours du traitement gardénalique et nous en avons observé quatre exemples depuis 1921.

1. — C... Entrée le 16 octobre 1917, à l'âge de 24 ans. Père éthylique. Mère tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire. Epilepsie classique. Caractère assez facile. Wassermann négatif.

1918..	(Trait. K. Br. et rég. déchl.)	6 accès	28 vertiges
1919..	— — —	9 —	36 —
1920..	— — —	7 —	51 —
1921..	— — —	4 —	55 —
1922..	{ janvier à juin.....	4 —	39 —
	{ en juillet : Gardénal 0,20.....	5 —	28 —
1923..	{ Gardénal de janv. à août....	3 —	38 —
	{ de août à sept. Gard. 0,10 et K. Br. 4 gr.	1 —	» —

Le 15 septembre, état de mal pendant 4 jours. Traitement par K. Br. et chloral. Guérison.

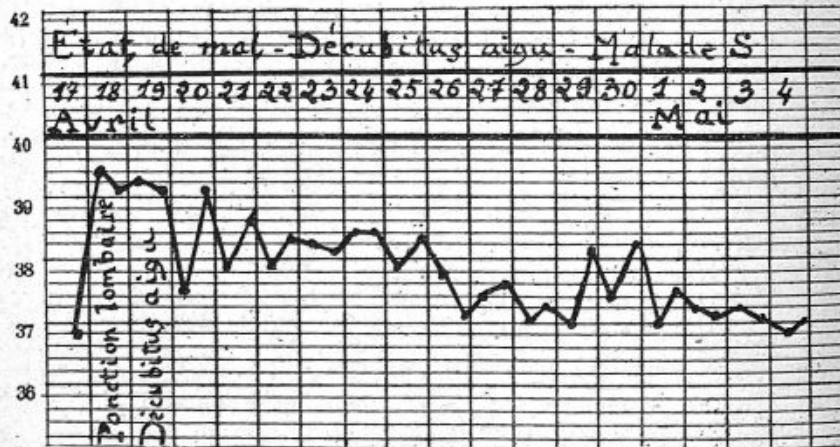
A partir du 22 septembre, traitement par gardénal, 0 g. 20.

De septembre à décembre 1923, traitement par gardénal; 2 accès, 8 vertiges.

1924 : Gardénal; janvier à avril, 2 accès, 8 vertiges.

2. — S... Entrée le 29 décembre 1916, à l'âge de 27 ans. Le 17 avril 1922, état de mal avec décubitus aigu (Escarre sacrée et escarres des deux talons), apparue le lendemain de la ponction lombaire, (Goutte à goutte normal. Lymphocytose. 0,2. Albumine, 0,20 ctg.) Traitement : K. Br. et chloral.

1917..	Bromure et régime hypochloruré	11 accès	90 vertiges
1918..	— — —	3 —	62 —
1919..	— — —	7 —	116 —
1920..	— — —	22 —	138 —
1921..	— — —	1 —	49 —
	Janvier à avril	» —	49 —
	{ Gardéнал 0,20 centig.		
	{ Mai à décembre.....	7 —	112 —
1922..	— — —	34 —	92 —
1923..	— — —	Etat de mal en avril.	
	Janvier à juillet	» —	58 —
	{ K. Br. 1 gr. Gardéнал 0,20.		
	{ Août à décembre.....	8 —	28 —
1924..	Janvier à avril.....	3 —	27 —



3. — R... Entrée le 13 avril 1920 à l'âge de 18 ans. Epilepsie classique avec prédominance des vertiges ayant débuté vers la puberté. Caractère épileptique,

intelligente, mordante, suscite des querelles. Pas d'atteinte marquée de l'intelligence. Périodes prolongées de dépression avec inappétence. Signes de tuberculose au début.

1920. — Traitement par K. Br. et le régime déchloruré ; 23 accès ; 10 vertiges.

1921. — Gardéнал 0,30 centig., suppression des accès. Le 19 mars, on rétablit le K. Br. Immédiatement surviennent 3 accès. Le Gardéнал est rétabli : 3 accès.

1922. — Gardéнал, 10 gr. 30 ; 8 accès, 10 vertiges.

1923. — Gardéнал 10 gr. 30 ; 1 accès 39 vertiges.

Depuis 3 mois, état dépressif, réduction volontaire de l'alimentation. Se plaint de douleurs au niveau d'une cicatrice ancienne d'appendicite. En décembre, M. le D^r Bloch pratique une opération exploratrice et constate l'absence de toute lésion. Les suites de l'opération sont les plus simples.

1924. — Le 21 janvier, état de mal très grave. Traitement : Lavements de K. Br. et chloral. Retour complet à l'état antérieur.

En février : 1 accès, 16 vertiges. Actuellement, la malade est bien rétablie, est entrée dans une période calme et s'alimente bien.

4. — B... Entrée le 21 janvier 1910, à l'âge de 20 ans. Imbécillité.

Régime déchloruré 2 g. de Bromure

Année.....	1917	—	18	accès	
	1918	—	12	—	
	1919	—	20	—	2 vertiges
	1920	—	50	—	7 —
Janvier-juillet.	1921	—	35	} 55 —	17 } 22 —
Juillet-août..	—	Injection thorium.	11		4
Sept. à déc...	—	Rég. déchloruré ..	9		1
Janv. à oct...	1922	—	28	} 42 —	29 } 37 —
Oct. à déc....	—	0,10 Gardéнал.	14		8
Année.....	1923	Régime ordinaire.	43	—	30 —
	1924	—	36	—	7 —

En mars 1924, B... a eu un état de mal qui n'a pas présenté de gravité.

Les états de mal au cours du traitement par le gardénal sans être extrêmement fréquents ne sont donc pas exceptionnels : la moyenne d'épileptiques présentes dans notre service étant de 100 environ. L'un des cas a été bénin, mais deux ont été extrêmement graves, et nous avons fait un pronostic fatal, et il peut l'être.

En effet, dans les notes que nous a laissées M. le D^r Toulouse, nous avons trouvé un de ces cas qui fût mortel.

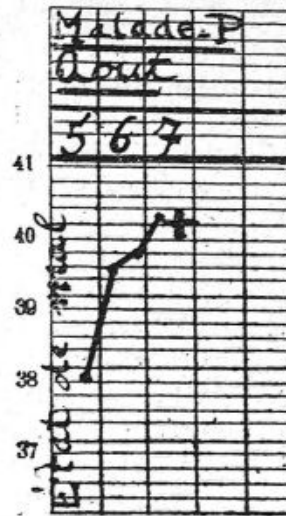
5. — P... Entrée le 18 décembre 1914, à l'âge de 18 ans.. Epilepsie depuis l'âge de 13 ans. Accès nombreux et violents, caractère épileptique, tendances agressives et impulsions qui se seraient accentuées depuis l'emploi du gardénal. Mort par état de mal.

1915	{ Février à septembre.. Bromure 3 g..... Régime ordinaire..... }	109 accès	1 vertige
	{ Octobre à novembre.. K. Br. 3 g..... Régime déchloruré... }	41 —	1 —
1916	{ K. Br. 3 g..... Régime déchloruré.... }	196 —	7 —
1917	—	109 —	5 —
1918	—	215 —	19 —
1919	—	112 —	18 —
1920	—	110 —	14 —
1921	{ Gardénal 0,10 cent.... Rég. déchloruré..... Janvier..... }	29 —	
	Février, gard. 0,30....	10 —	
	Mars —	13 —	
	Avril —	2 —	
	Mai —	11 —	
	Juin, régime ordinaire....	10 —	4 —
	Juillet —	11 —	2 —
	Août —	45 —	

Etat de mal : mort.

Température le 9 avril, 38°,1 ; le 7 août, 40°,1.

Il faut noter que le cas était particulièrement grave par le nombre et l'intensité des crises, qui, on le voit, avaient considérablement diminué de nombre par le gardénal. Mais ce dernier point est un autre côté de la question que nous n'envisagerons pas aujourd'hui.



Nous avons voulu seulement dans cet exposé succinct, ajouter nos cas à ceux qui sont déjà connus et susciter des communications sur ce sujet qui nous paraît important tant au point de vue pratique que dogmatique.

Nous n'ajouterons qu'un mot au point de vue du traitement qui a consisté uniquement dans l'emploi classique des lavements de chloral et bromure. Chez l'une de nos malades (S. obs. 2), nous avons à la suite de l'état mal, établi un traitement mixte (Bromure de potassium 1g. + gardénal, 0,20centig.) dont le résultat ne pourra être jugé que sur une expérience plus prolongée.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — La communication de M. Trénel comprend deux points différents : 1° les accidents dus à la suppression du gardénal chez les épileptiques ; 2° la possibilité de l'éclosion d'un état de mal épileptique au cours du traitement par le gardénal.

Sur le premier point, je crois que nous sommes tous d'accord. La suppression brusque du gardéнал chez un épileptique peut causer une recrudescence des crises et même provoquer un état de mal. C'est surtout dans les consultations externes pour épileptiques qu'on ne saurait prendre trop de précautions. A la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale, avant d'entreprendre le traitement par le gardéнал, j'ai soin de prévenir les malades des accidents graves auxquels ils s'exposent s'ils suspendent même une journée leur traitement et s'ils ne viennent pas chercher leur provision de gardéнал à dates fixes.

Les observations d'état de mal survenant au cours du traitement par le gardéнал sont moins connues. J'ai rapporté ici-même un cas mortel, il y a deux ou trois ans et ce cas fut considéré comme exceptionnel. Les exemples donnés par M. Trénel nous montrent que cette complication de l'épilepsie n'est peut-être pas aussi rare que certains auteurs l'admettent. Il est à désirer que l'on publie les cas observés pour établir si l'état de mal est moins fréquent au cours du traitement par le gardéнал qu'au cours du traitement bromuré.

M. TRUELLE. — Je ne puis que confirmer entièrement ce que viennent de dire, M. Trénel, d'une part, M. Marchand de l'autre. Je soigne dans mon service de Maison-Blanche, plus de 150 épileptiques par le gardéнал, et certaines malades en prennent depuis plus de deux ans. Chaque fois qu'une épileptique part en congé, sa provision de gardéнал est remise à sa famille à qui sont exposés les graves dangers possibles d'une suppression brusque du médicament. J'ai constaté à différentes reprises des cas de mal épileptique chez des malades depuis longtemps gardénalisés. Je dirai même que chez les épileptiques qui sont ordinairement sujets aux crises en série, le gardéнал est sans effet généralement. Chez l'une de ces malades je n'ai pu obtenir la disparition des séries d'accès qu'en associant d'une façon continue le bromure au gardéнал.

Au point de vue de l'efficacité et de la non efficacité du gardéнал chez les épileptiques, en général ce que j'observe à Maison-Blanche concorde tout à fait avec

ce que vient de dire M. Marchand : c'est la minorité des malades dont les crises disparaissent totalement ; c'est la minorité aussi chez qui le gardénal est sans effet, mais cette minorité n'est pas négligeable. En particulier j'ai constaté que ce médicament influençait particulièrement peu les formes vertigineuses de l'épilepsie.

M. TRÉNEL. — Il y aurait intérêt d'une part à communiquer les accidents dus au gardénal, d'autre part, par une enquête générale, de classer les faits par groupes suivant les résultats obtenus par ce traitement, résultats très différents suivant les cas. Il importerait de faire ressortir les cas rebelles et les cas sensibles à son action. Ce serait l'unique moyen de fixer les indications du médicament dans la pratique, étude qui ne peut être faite d'une façon scientifique que dans les services spéciaux.

Actes délictueux et pervers à l'occasion d'états intermittents frustes

Par MM. V. TRUELLE et J. REBOUL-LACHAUX

Le mois dernier, dans une communication (1) relative aux réactions perverses fréquemment constatées à la suite de l'Encéphalite Epidémique, nous disions que l'infection ne devait pas être considérée seule en cause; l'encéphalite ne fait, le plus souvent, que provoquer l'épanouissement de tendances anormales existant avant elle et qu'une enquête minutieuse permet ordinairement de retrouver en ébauches plus ou moins nettes. Nous insistions surtout sur le mécanisme grâce auquel ces tendances exagérées se manifestent et nous critiquons la façon de considérer celles-ci comme réalisant une entité morbide isolée, une sorte de psychose perverse. Nous proposons — et M. Laignel-Lavastine,

(1) M. J. REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles. *Société Médico-Psychologique*, 31 mars 1924.

était de cet avis — de ne voir en elles qu'un élément symptomatique d'un état mental plus général fait de manifestations cliniques nombreuses créées ou déclanchées par l'encéphalite et parmi lesquelles les réactions perverses n'occupaient qu'une place. Ces manifestations multiples doivent être considérées comme le résultat d'un état d'excitation globale, état d'hypomanie ou d'hyperthymie, commandant à la fois l'exaltation des tendances anormales et l'incapacité de les dominer, les troubles de la conduite et du caractère, les périodes d'excitation coléreuse, etc...

Le cas était celui d'une jeune fille — que nous avons présentée à la Société — et qui peu de mois après une atteinte typique d'Encéphalite Epidémique se livra à des réactions perverses d'ordre surtout sexuel : érotisme très marqué, absence de pudeur, désir de prostitution, consentement immédiat à suivre le premier venu et à se laisser déflorer par lui, provocation à des actes homosexuels. On était autorisé à faire dépendre ces faits du mécanisme rappelé plus haut et à les rattacher à un désordre mental plus général, en se basant précisément sur les symptômes qui en étaient concomitants ; parmi ceux-ci nous retenions : des phénomènes dépressifs à l'origine, puis un état d'excitation au cours duquel apparurent non seulement les réactions sexuelles, mais aussi des attitudes coléreuses, vaniteuses, des actes impulsifs et graves (défenestration, menaces de mort envers sa mère, etc...) ; enfin, on notait quelques idées délirantes et des phénomènes oniriques particulièrement riches, ces derniers — encore très actifs — survivant aux manifestations proprement perverses qui tendent à s'estomper.

Actuellement nous observons deux malades qui — en dehors de toute Encéphalite Epidémique et de tout facteur étiologique qualifié — se sont livrées à des actes à peu près comparables, cliniquement beaucoup moins complexes, mais qui ont été l'occasion de délits entraînant une expertise médico-légale. Ces actes relèvent d'un mécanisme analogue à celui invoqué pour le cas précédent, ainsi que le prouvent les autres symp-

tomes constatés, et c'est la raison première du rapprochement que nous faisons. Mais d'autre part si l'on ajoute à ces symptômes, les renseignements obtenus sur l'existence antérieure des malades, on peut porter un diagnostic d'affection mentale nosologiquement identifiée et qui eût risqué de passer inaperçu : c'est la seconde raison de cette communication.

I. Le fait médico-légal, dans le premier cas, est le suivant :

Le 9 février, à 7 h. 30 du matin, la dame Lu... a été arrêtée boulevard Bonne-Nouvelle, alors qu'habillée en homme elle s'était mise à fuir à l'approche d'un agent intrigué par ses allures. Dans une poche des vêtements qu'elle portait se trouvait une somme de 346 francs. Elle déclara que ces habits étaient ceux d'un homme rencontré la nuit précédente et avec qui elle avait couché. Ces faits furent reconnus exacts par son amant de passage.

Cet acte, avec les apparences d'un simple trouble de l'activité morale chez son auteur, put non seulement être reconnu pathologique, mais encore être rattaché à un état mental général, car il n'était qu'une manifestation « d'un tout » dont le diagnostic — de grande importance pratique — ne s'imposait pas et demandait à être méthodiquement recherché. Il s'agissait d'un état intermittent fruste avec période d'excitation maniaque au moment des faits reprochés. Ce diagnostic est justifié par la connaissance des circonstances dans lesquelles l'acte fut accompli et des détails qui l'accompagnèrent, par l'examen de la dame Lu... à Saint-Lazare après son arrestation, puis à son entrée à l'asile et tout récemment dans le service, lors d'un nouvel accès hypomaniaque, enfin par les renseignements relatifs au passé de la malade.

Le 6 février sous prétexte de « faire la révision » dans son appartement la malade met sa chambre en un désordre indescriptible, amassant les objets qui lui paraissent détériorés ou d'utilité secondaire. La journée du lendemain est employée à la même besogne. Le jour suivant, la malade se « bourre de chiffons » sur le corps, met trois robes l'une sur l'autre,

place dans un sac à main du sucre, du thé, une lampe à pétrole, un vieux plat et sort dans cet accoutrement, laissant sous son oreiller une lettre dont le graphisme tourmenté et le contenu incohérent sont caractéristiques. Elle rencontre — ne sait où exactement — un homme qui lui dit: « Viens-tu ? »; elle le suit bientôt à l'hôtel puis chez lui. Au matin, vers 4 ou 5 heures, pendant qu'il dort, elle se lève, prend les habits de l'homme et les revêt; « une idée de folle, parce que le le carnaval était proche, pour faire une plaisanterie » dit-elle. Elle sort avec l'intention d'aller faire des emplettes aux halles, de remonter ensuite chez son amant et de rire de l'aventure. Elle se rend dans différents cafés, puis se trouve à la gare du Nord, pense y prendre « un train »; elle y est remarquée et conduite au commissariat où elle dit avoir revêtu les effets de son mari; elle est relâchée. Voulant gagner les halles, elle prend la rue Lafayette où elle rencontre quelques passants qui font attroupement près d'elle; « vous voulez me photographier ? leur dit-elle en riant; je suis prête; j'attends l'heure », et elle poursuit sa route. Bientôt elle est arrêtée à nouveau par la police et au poste elle manifeste par des récriminations d'abord, puis des chants, des cris, du jeu.

A Saint-Lazare, c'est une femme de 36 ans, sans autre signe physique que de l'emphysème pulmonaire et des crises de dyspnée asthmatique, par ailleurs relativement calme, quoique exagérément bavarde et diffusément loquace. Deux choses frappent immédiatement: la négligence désordonnée de sa tenue et son indifférence à sa situation du moment qui ne l'empêche pas de rester satisfaite et joviale. Bien qu'apparemment lucide et ne manifestant ni troubles sensoriels, ni idées délirantes, elle est mobile et instable dans ses conceptions, fournissant de son acte les explications plus haut rapportées et ajoutant: « Je n'aurais jamais fait ça, si j'avais eu ma tête à moi. »

Quelques jours plus tard, à son entrée à l'Asile, le calme est presque revenu et bientôt la malade peut travailler régulièrement et bien à l'atelier de couture, malgré un bavardage facile et de nombreuses inci-

dentes dans ses propos. Il y a quinze jours enfin, après deux nuits sans sommeil, un nouvel épisode de subexcitation maniaque se manifeste par les mêmes symptômes, par une envie de « rire plus fort que les autres, de faire la gymnastique et des cabrioles sur le gazon ».

Les renseignements relatifs au passé de la malade sont des plus instructifs. Elle est fille de père non déclaré ; son grand-père maternel était alcoolique ; sa mère est nerveuse, irritable, à la gifle facile. Mme Lu... eut une enfance normale ; suffisamment intelligente, elle obtint son certificat d'études facilement et fut une bonne élève ; elle fit son apprentissage de couturière et exerça toujours cette profession. Vers l'âge de 15 ans, elle eut un premier accès de dépression (isolement, mutisme, troubles de l'humeur) qui dura environ quinze jours. Depuis lors, à de plus ou moins longs intervalles, elle présente d'autres accès semblables ou bien des phases d'excitation accompagnées de manque de sommeil. Généralement brefs, ces accidents ne duraient que quelques jours ; « c'était périodique », nous écrit la mère. Peu à peu ce furent les phénomènes d'excitation qui prédominèrent. La malade consulta à la Salpêtrière, à Beaujon où elle fut traitée trois semaines ; en tout temps elle prit du bromure. Mariée en 1911, elle est abandonnée par son mari, non revenu au domicile conjugal après sa démobilisation en 1919. Ce choc moral et le surmenage de guerre imposé par son emploi dans la confection militaire, provoquèrent une aggravation des phénomènes intermittents ; en même temps les règles étaient suspendues pendant l'année 1919, disparurent encore d'août 1923 à janvier 1924 et depuis janvier jusqu'à maintenant. Les phénomènes d'excitation se produisirent environ tous les six mois depuis 1919 ; ils se sont renouvelés trois fois depuis octobre dernier et l'un d'eux a duré six semaines.

Voici comment les choses se passent lors des accès : rapidement la malade est prise d'un besoin d'activité débordante et désordonnée, puis elle disparaît, fait des kilomètres, couche à la belle étoile, pendant un laps de temps variable durant lequel elle se livre à des bizarreries, des excentricités, changeant sa robe de

forme maintes fois, emportant de multiples paquets avec elle, etc... Quand elle rentre elle est fatiguée, généralement un peu déprimée, de mauvaise humeur ; elle a perdu la plupart des effets qu'elle portait et ceux qu'elle a conservés sont en lambeaux. Elle a gardé le souvenir de ce qu'elle a fait pendant ces fugues.

« Quand ça me prend, dit-elle, j'éprouve le besoin de marcher, de me remuer, de prendre l'air ; je me sens excitée, folâtre, exubérante... il y a trop de vie accumulée en moi... je danserais, je ferais de la gymnastique. Je sors avec l'intention d'aller faire une course raisonnable et puis je ne rentre pas ; je me laisse emmener par le premier venu. Quand je reviens, je me dis que ce sera la dernière fois, que je ne partirai plus ainsi, et puis ça me reprend. » Lors d'une de ces fugues où elle couche ainsi avec le premier venu, elle contracte la syphilis, il y a un an.

Son humeur foncière est plutôt faite d'inquiétude ; elle a conscience de son état et du caractère ridicule de ses actes.

Cet ensemble de faits, systématiquement recherchés, ne laisse pas de doute sur la nature de l'état mental lors du délit pour lequel fut inculpée la malade et il est bien évident que le trouble de l'activité morale que ce délit semblait réaliser est en fait la simple réaction à un état d'excitation générale où l'on retrouve les caractéristiques du syndrome d'excitation maniaque. Le besoin de mouvement qui fait parcourir plusieurs dizaines de kilomètres sans but précis, la diminution de capacité de jugement qui fait suivre le premier venu, le jeu qui fait naître l'idée de s'habiller en homme pour faire une plaisanterie et parce que le carnaval est proche, le fait de saisir l'idée qui passe et de ne réfléchir qu'après coup, pour prendre de bonnes résolutions quand l'accès est calmé : cet ensemble n'a aucun caractère comitial, ni obsessionnel ; il s'agit de fugues classiques de petits intermittents et, actuellement, d'état d'excitation maniaque symptomatique de psychose intermittente.

II. Nous serons brefs sur les faits — d'ordre également médico-légal — pour lesquels a été inculpée l'autre malade, ainsi que sur son histoire.

Condamnée pour vol le 6 décembre dernier, la dame Lé... était placée dans une maison de bienfaisance en attendant la décision de justice (instance d'appel) quand, pendant une sortie en permission, mal à propos, elle fut arrêtée à nouveau, le 11 février, aux Galeries Lafayette, pour vol d'un coupon de crêpe de Chine.

Les faits diffèrent donc du précédent, mais leur caractère et leur pathogénie sont superposables à la nature et au mécanisme de celui-ci. C'est la raison qui nous a conduits à les rapporter.

Le 4 décembre dernier, la dame Lé... entre au Louvre pour s'abriter de la pluie, sans intention d'acheter. « Dans un rayon, raconte-t-elle, j'ai pris une chose, puis une autre ; je n'avais alors aucune idée ; je prenais, c'est tout ; je n'ai même pas été tentée par les objets que j'ai dérobés ; je n'en avais pas besoin ; quand j'ai besoin de quelque chose, je l'achète (elle avait 600 francs sur elle). C'est quand j'ai été sortie que j'ai réfléchi. Je me suis dit : qu'est-ce que je vais en faire ? Je voulais rapporter ces objets ou les jeter, etc... »

Le 11 février, elle fit aux Galeries Lafayette l'emplette de boutons dont elle avait besoin ; puis l'idée lui vint d'acheter une plume pour son chapeau ; au moment de sortir, « je vis, dit-elle, des coupons autour desquels tout le monde se trouvait ; j'en ai pris un sans réfléchir (elle avait 1.000 francs sur elle). Une fois dans la rue, je suis revenue, me disant : pourquoi ai-je fait ça ? C'est alors que je revenais qu'on m'a arrêtée. » — Et c'est tout ; aucune explication de l'idée ou du sentiment qui l'a poussée.

Lucide, consciente de sa situation et des poursuites dirigées contre elle, Mme Lé... est un peu puérile dans ses manières, superficielle dans ses jugements, peu développée intellectuellement en somme ; surtout impressionnable et très émotive (pleurs faciles, pouls à 90, tremblement des mains, vivacité des réflexes rotuliens).

Son père était sujet à des accès dipsomaniaques intermittents : il faisait périodiquement des fugues de 2 ou 3 jours, au cours desquelles il commettait des excès

de boissons considérables ; ces crises passées, il ne buvait que de l'eau et « détestait l'alcool ».

La malade a toujours été « un peu nerveuse » ; en classe, ne pouvait « rester tranquille ». Son inconséquence, son instabilité, le défaut de son jugement lui font quitter sa mère à 21 ans pour aller à Lausanne faire des études de chimie, instruction à laquelle elle n'était nullement préparée ; elle dut vite y renoncer. Elle eut un premier ami jusqu'en 1914 et souffrit longtemps de sa perte, en eut un second qui nous a fourni sur la malade d'utiles renseignements : fière et orgueilleuse, de caractère étrange et sauvage, de santé très inégale, elle était atteinte de dysménorrhée douloureuse dans sa jeunesse, tandis que plus tard les périodes menstruelles s'accompagnèrent de troubles du caractère, d'irritabilité, d'idées de jalousie, de tristesse, d'isolement volontaire, d'idées de suicide, ou de besoin d'activité désordonnée qui lui faisait bouleverser son intérieur, déplacer au hasard les objets qu'elle ne trouvait plus ensuite, se livrer à toutes sortes d'emplettes dont elle n'avait nul besoin.

Cet état pathologique s'accrut considérablement voici deux ans, après la connaissance de l'infidélité de son amant. Ces anomalies sont assez caractéristiques des états périodiques d'excitation hypomaniaque, comme il n'est pas rare d'en observer aux époques menstruelles chez les femmes plus ou moins névropathes constitutionnellement. On en trouve à la fois l'explication et la réplique dans la dipsomanie intermittente du père.

Notons que lors des deux vols, la malade était en période menstruelle et que le 4 décembre, date du premier vol était le dernier jour de la vie commune à Paris avec son amant ; après quoi, le couple devait rentrer à Genève où chacun vivrait de son côté.

Cette malade se présente, en résumé, comme une héréditaire dégénérée, atteinte d'une forme mitigée de psychose périodique, laquelle se manifeste à chaque période menstruelle, par un état hypomaniaque fruste. Dans cette situation pathologique, outre les troubles du caractère et le besoin quasi-automatique d'activité

qu'elle présente, la malade est exposée à commettre impulsivement, sans possibilité, sur le moment, de réflexion ni de contrôle, toutes sortes d'actes délictueux ou non.

La relation de ce cas — bien que très résumée — se passe de commentaires.

Nous pouvons, en conclusion, souligner d'abord la parenté qui existe entre ces deux observations : il ne s'agit certes pas d'accès maniaques francs et on en trouve la raison dans le fonds mental particulier commun aux deux malades ainsi que dans la notion d'hérédité qui leur est aussi commune ; il en découle le diagnostic d'état intermittent atypique, d'état intermittent des dégénérés, ou, si l'on veut, de psychose intermittente sur fonds dégénératif. Remarquons encore que ce diagnostic ne s'impose pas et qu'il demande — en dehors des faits d'excitation ou de dépression franche — à être recherché systématiquement.

Enfin, puisqu'il nous a paru logique de communiquer ces observations après avoir rappelé le cas de la jeune encéphalitique présentée le mois passé à la Société, constatons que les actes délictueux ou pervers auxquels se sont livrées les trois malades appartiennent à un ensemble symptomatique plus riche qu'il ne paraît au premier abord, que le mécanisme psychologique est le même, qu'une excitation générale hyperthymique est à la base et cela, indépendamment de la nature du facteur étiologique.

DISCUSSION

M. TARGOWLA. — Je désire seulement rappeler, qu'avec MM. Claude et Santenoise, nous avons rapporté un fait analogue de perversions instinctives avec actes médico-légaux, à manifestations périodiques (Société clinique de médecine mentale, juillet 1923). Chez ce sujet, qui appréciait son état dans les périodes intercalaires, nous avons relevé non seulement les éléments psychologiques de l'état maniaque, mais ses caractéristiques biologiques actuellement connues.

J'ai d'ailleurs retrouvé dans une thèse ancienne sur

les « perversions sentimentales », due à Le Paulmier, des cas comparables de perversions intermittentes.

M. PACTET. — De telles réactions ne sont pas exceptionnelles. On peut les attendre de malades de cette espèce, chez lesquels elles ont été signalées.

M. CLAUDE. — J'appuie ce que vient de dire M. Pactet au sujet de la fréquence des actes délictueux à la faveur de période d'excitation hypomaniaque. On a même abusé, dans ces derniers temps, de la cyclothymie dans l'appréciation de la responsabilité pénale. A propos du fait rapporté par MM. Truelle et Reboul-Lachaux concernant une malade qui avait été atteinte d'encéphalite et s'était livrée à des actes délictueux en rapport avec des perversions instinctives constitutionnelles, je crois que nous ne saurions trop insister sur les caractères différentiels des perversions post-encéphaliques et des perversions constitutionnelles. Dans les deux cas on peut voir les troubles de la conduite, le désordre des actes et les faits délictueux se produire sous forme d'accès rappelant les impulsions épisodiques et les bouffées délirantes des dégénérés et il est vraisemblable, comme nous l'avons indiqué, que les accidents relèvent de la même pathogénie : trouble de l'équilibre neuro-végétatif. Mais il y a des caractères cliniques qui distinguent le pervers post-encéphalitique du pervers constitutionnel. Nous en avons vu, avec M. G. Robin, plusieurs exemples à la clinique et j'en sais plusieurs cas dans ma pratique privée. Les post-encéphaliques sont plus conscients des caractères anormaux de leurs actes, ils souffrent de leur impulsivité, ils la regrettent, ils se montrent même pendant un certain temps nettement intimidables, ils n'ont pas cette attitude ironique, narquoise du pervers qu'on gourmande ou qu'on punit. Ils peuvent même rester pendant une assez longue période dans une attitude qui laisse espérer qu'ils sont définitivement amendés. Il y a là, en somme, des caractères importants qui permettent un diagnostic intéressant au point de vue médico-légal et au point de vue prophylactique, et l'on comprend que dans certains pays, comme en Suisse, on ait pensé à créer des institutions spéciales pour enfants atteints de séquelles mentales d'encéphalite.

M. TRUELLE. — Je ferai remarquer à M. Pactet ainsi que nous l'avons dit dès le début, que nous avons aucunement eu la prétention de découvrir quelque chose de la symptomatologie des états maniaques ou hypomaniaques ; les actes impulsifs, inconscients, répréhensibles ou délictueux sont, en effet, monnaie courante dans ces cas. Il nous a toutefois paru intéressant de montrer par deux exemples concrets comment une manifestation en apparence isolée ou mal comprise peut certaines fois être rattachée à un syndrome psychopathique défini.

Nous dirons à M. Claude que nous n'avons pas voulu établir d'analogie d'ordre général entre nos deux malades et les encéphalitiques qui sont sujets par bouffées, par intermittences, soit à des troubles de l'humeur et de la conduite, soit à des phénomènes d'excitabilité plus ou moins impulsive. C'est en souvenir d'un cas particulier, présenté ici-même à la dernière séance, que nous avons été amenés à parler des perversions instinctives chez les encéphalitiques. Sans vouloir trancher absolument cette question du développement des perversions instinctives consécutivement à l'encéphalite épidémique, nous pensons qu'un tel développement doit être bien rare si d'autres facteurs ne se surajoutent pas à l'encéphalite (predisposition ou plus exactement tendances déjà antérieurement révélées) ou si ces perversions ne sont pas qu'une partie d'un tout psychopathique plus général. Chez notre encéphalitique on trouvait précisément cette double circonstance : predisposition et tendances antérieurement révélées, état hypomaniaque dont les écarts de conduite n'étaient qu'une partie de la symptomatologie.

Les deux cas d'aujourd'hui sont, pour ainsi dire, une démonstration de notre thèse, par comparaison. En effet, chez ces deux malades il n'est pas question d'encéphalite, mais les actes pervers et délictueux qu'elles ont été amenées à commettre se rattachent, comme chez notre précédente malade, d'une part à un état dégénératif héréditaire, d'autre part à des poussées périodiques d'excitation hypomaniaque ou maniaque fruste.

Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants

Par Mme et M. MINKOWSKI

La genèse des phénomènes obsédants a donné naissance à de vives discussions. Les facteurs émotionnels, intellectuels et volitionnels ont été mis en cause, à tour de rôle. Cette question ne peut pas d'ailleurs être entièrement étrangère à la clinique. En mettant en évidence les divers mécanismes pouvant aboutir aux troubles dont il est question, nous établissons forcément des parallèles avec nos conceptions nosologiques. Cependant la triade : émotivité, intelligence, volonté, ne saurait nous suffire aujourd'hui. Il devient nécessaire de tenir compte de facteurs d'ordre plus complexe. Nous avons en vue, en premier lieu, l'attitude de l'individu par rapport au phénomène obsédant et la façon dont celui-ci influe sur le contact avec la réalité. L'un de nous, avec M. Targowla, a amorcé le problème dans une communication, faite à la Société Médico-psychologique, au mois d'avril 1923.

Depuis, l'un de nous, avec M. Tison, dans une communication présentée à la Société de Psychiatrie, au mois de février 1924, sur la « Psychologie comparée des paralytiques généraux et des schizophrènes » à tenté, en se servant des notions bergsoniennes, d'expliquer les états déficitaires, observés au cours de ces deux affections, par la défaillance des facteurs statiques de la personnalité humaine, d'une part, et de son dynamisme, de l'autre. Cette opposition des facteurs statiques et des facteurs dynamiques nous a guidé également dans l'analyse que nous présentons aujourd'hui.

T..., hospitalisé depuis plusieurs mois dans le service de Prophylaxie mentale de M. Toulouse, est âgé de 32 ans.

Son père, mort à l'âge de 59 ans, de fièvre cérébrale, était un homme renfermé, sujet à des préoccupations hypochondriaques. Le grand-père paternel, mort à l'âge de 73 ans de paralysie agitante, avait été irritable. La grand'mère pater-

nelle, enfin, avait présenté pendant quinze ans des troubles mentaux ; elle affirmait avoir des crapauds et des chiens dans le ventre et aurait guéri après un simulacre d'opération.

T..., lui-même est toujours dans les premiers à l'école. Caractère silencieux et renfermé, fuyant les jeux de ses camarades, c'est, en même temps, un sensible et un scrupuleux. Dès ses premiers souvenirs, T... se voit anormal : il aimait toujours entasser dès caisses les unes sur les autres et était « fasciné » par les escaliers, les caves, les locomotives, les tables, les cartes géographiques, etc. A treize ans il a sa première obsession qui a pour objet la façon dont il faut disposer les coulisses d'un lit. « L'obsession de la montre » lui succède : le verre s'étant fendu, il craint que la poussière ne s'introduise dans le mécanisme.

Malgré ces prodromes, T... rapporte le début de sa maladie à l'âge de seize ans (1909). Il s'obsède, comme il dit, à propos des constructions. Il doute de leur solidité et se demande si les murs du lycée sont bien droits, « Je me tourmentais, écrit-il, à propos des voûtes des églises, je n'admettais pas que l'on en fasse porter tout le poids sur des nervures et des piliers, ainsi que sur une clef. Tout cela n'avait qu'à manquer ! Je n'admettais pas non plus le ciment entre les pierres de taille, parce qu'il me semblait qu'il constituait pour elles un point d'appui fragile qu'elles écraseraient. Je me disais que les maisons ne tenaient que par attraction terrestre. Et j'en suis venu à douter de mes sensations ».

Malgré ces troubles, il poursuit tout d'abord ses études et passe la première partie du baccalauréat. Il échoue cependant en 1911 à la deuxième partie. Il se présente encore une fois, mais essuie un nouvel échec. « C'est alors l'effondrement », la fin de son activité normale. Il fréquente encore, il est vrai, pendant quelque temps l'école Pigier, mais est obligé de l'abandonner bientôt ; très fatigué, il ne peut plus suivre les cours. Cette fatigue est causée par une nouvelle obsession. En descendant du tramway, il ne sait pas si une partie de son corps n'est pas restée accrochée à la portière, il oblige sa mère à guetter sa rentrée, puisque, « n'étant pas sûr d'avoir son bras, il ne peut pas appuyer sur le bouton de la sonnette. »

En 1913, croyant avoir la bouche abimée, il prend l'habitude de se la gargariser constamment avec sa salive. Une salivation involontaire en résulte. Il finit par ne plus fermer la bouche du tout et la salive s'écoule librement dehors.

Ce trouble ne disparaît progressivement qu'après trois ans. Cette même année 1913, craignant que la croûte du pain ne contienne des corps étrangers, il finit par se nourrir uniquement de purée.

En même temps la « manie de la symétrie » ne fait qu'augmenter. Il prend de préférence le milieu de la rue.

Le traitement prescrit par un médecin, ne doit à aucun prix être commencé au mois de novembre ; ceci parce qu'il « se trouverait alors à cheval sur deux années et serait ainsi écartelé ». « L'obsession des poches » fait son apparition : il cherche en quoi diffère l'impression qu'on éprouve en mettant les mains dans des poches droites de celle qu'on a quand les mains se trouvent dans des poches placées sur un pardessus en biais ; dans ses recherches, « il part du principe que dans le premier cas, c'est-à-dire quand on met les mains dans des poches droites, on établit un rapport de parallélisme entre des choses extrêmes, les bras et les jambes. « Il avait aussi pris l'habitude de se tenir devant une glace, les pieds joints, cherchant pour son corps une symétrie absolue ; pour obtenir « une position absolument parfaite » à ce point de vue, il retenait même la respiration aussi longtemps qu'il le pouvait.

Maintenant T... ne fait plus rien de raisonnable. Sa vie est entièrement envahie par son activité morbide. C'est ainsi, par exemple, qu'un beau jour il précipite un voyage de Dijon à Paris « uniquement afin de prendre une certaine position devant une glace ». En 1922 nous le trouvons à la campagne, à Port-Lesnay. Tout son temps ici est pris par deux obsessions ; l'une qu'il avait déjà eue en 1906 se rapporte à la façon dont il faut disposer les coulisses du lit, l'autre concerne l'installation de l'éclairage électrique qu'il entreprend. Recommencant toujours à nouveau, il ne parvient pas à rendre son travail conforme à son idée, « à son plan ». Il s'imagine alors que « tout est démoli et se reproche d'être venu dans cette maison pour en faire une ruine ». Il rentre à Paris « dans un état épouvantable » et, sur avis de son médecin, va passer neuf mois dans une maison de santé. « De retour à la maison, écrit-il, je décide de reprendre, depuis la base, le voyage manqué de Port-Lesnay et je me mets à faire des caisses destinées à partir l'année suivante. Le travail touche à sa fin, quand, le 15 octobre de l'année dernière, il m'arrive une terrible obsession au sujet de l'installation d'une targette. »

C'est à la suite de cette nouvelle obsession qu'il est admis dans le service de M. Toulouse. Ici d'autres troubles analogues ne tardent guère à faire leur apparition.

On lui fait des piqûres de cacodylate de soude. Il craint qu'un morceau microscopique de coton n'ait pénétré dans sa fesse. Cette pensée le préoccupe beaucoup et fait passer au deuxième plan l'obsession de la targette qui avait motivé son entrée dans le service. Il considère tout le traitement comme compromis et déclare que pour « triompher de cette obsession il faut rester le plus longtemps possible sans suivre aucun traitement », quel qu'il soit.

C'est à ce moment que nous eûmes l'occasion d'examiner le malade. En présence des données cliniques que nous venons d'exposer, nous l'abordons tout d'abord comme un obsédé. Nous avons été amenés cependant à mesure que nos investigations se poursuivaient à étudier d'une façon plus détaillée les particularités du fond mental, se cachant derrière les phénomènes obsédants, ainsi que l'attitude du malade par rapport à l'ambiance.

Nous avons devant nous un individu pâle et maigre, parlant d'une voix fluette, enfantine presque. Le malade présente des tics multiples de la face et bégaié. Ce bégaiement ne fait qu'augmenter au cours de la conversation. Il ne paraît ni déprimé, ni anxieux, tout au plus est-il légèrement ému. Il montre beaucoup d'intérêt pour les questions qu'on lui pose. C'est d'ailleurs avant tout un intérêt d'ordre intellectuel. Il analyse son cas, ramène ses troubles à sa constitution pathologique et aux antécédents héréditaires. Il parle avec une certaine volubilité, donne beaucoup de détails, mais son récit reste imprécis, impersonnel et incolore. Plus il parle, plus on a l'impression de se perdre avec lui dans le vague. Dans ses longs récits, ainsi que dans ses écrits — car nous lui avons demandé de décrire sa vie et sa maladie — aucun événement affectif, aucune personne n'intervient. C'est dans un pays désertique qu'il nous force à le suivre. Il n'y est question que d'objets, rien que d'objets, d'objets avec lesquels « il s'obsède », comme il dit.

Des remarques très fines viennent cependant de temps en temps interrompre ce récit, monotone et incolore. Le diagnostic de débilité mentale se laisse facilement écarter. Les antécédents personnels ainsi que les résultats de l'examen, pratiqué par Mlle Weinberg, dans le laboratoire du service de M. Toulouse, parlent d'ailleurs dans le même sens.

Dans le service, T. ne prend part ni aux jeux, ni aux conversations de ses camarades. Nous le trouvons toujours assis à la même place, la tête baissée, les bras croisés sur la poitrine. « Je réfléchis », nous déclare-t-il. Il passe des heures entières ainsi, complètement immobile.

Nous lui demandons de nous exposer par écrit ses troubles. Il commence par poser toute une série de conditions : l'encrier doit être en verre, les feuilles doivent avoir un format déterminé, un nombre des plumes, fixé d'avance, doit être mis à sa disposition. Tous ces préparatifs le préoccupent beaucoup. Il est anxieux. Mais ces conditions, une fois remplies, selon son désir, il se met à écrire et le fait tous les jours, sans trop de résistance, ni d'hésitation.

De ses longs écrits, ainsi que de ses dires nous extrayons quelques passages, susceptibles de projeter un peu de lumière sur les problèmes qui nous intéressent ici.

Après avoir décrit la genèse de l'obsession, née à la suite des piqûres, voici ce qu'il dit : « L'obsession enfle. Ce n'est pas seulement de la ouate, c'est du métal de l'aiguille que je peux avoir dans le corps, c'est du verre de la seringue. Et tout cela remonte par la pensée jusqu'aux organes essentiels, au cerveau, par exemple. Et le cacodylate échafaudé sur tout cela est en porte à faux, et les piqûres suivantes, étagées sur celle-là, pèchent naturellement par la base. Et les précédentes sont bousculées à leur tour par la mauvaise qui mange tout. Tout le traitement ne vaut rien. Il faudrait pouvoir le démolir jusqu'à la racine, aux fondations, et le reconstituer dans de bonnes conditions. Il ne faut pas, d'autre part, qu'un traitement mauvais donne de bons résultats, car ces bons résultats étant construits sur la mauvaise muraille, constituée par le traitement, seront sujets à être entraînés dans sa chute. Et même en dehors du risque d'effondrement, il m'est impossible de supporter l'idée absolument illogique de quelque chose de bien reposant sur quelque chose de mal : des pierres de taille reposant sur des moellons, alors que ce devrait être au moins le contraire. Que faire ? Il est bien difficile de démolir le traitement jusque dans ses effets. On peut peut-être en démolir la crête, c'est-à-dire les derniers résultats obtenus, ou tout au moins ne pas construire plus haut. Pour cela, il faudrait ne faire aucun traitement pendant le plus longtemps possible ».

Il est à peine nécessaire d'insister sur la richesse d'éléments architecturaux ainsi que sur le caractère

géométrique, spatial, hyperlogique de tout ce raisonnement. C'est cette piste que nous essaierons de suivre maintenant.

A l'occasion d'une de ses obsessions, T. nous parle d'un clou qui, « logiquement, n'aurait pas du tenir ». Il tenait pourtant. Mais c'est alors tant pis, non pas pour la logique, mais bel et bien pour le clou. T. s'obsède là-dessus. De même, dans l'obsession de la targette. De crainte que la targette ne vienne heurter le cadre, il remplace celui-ci par un cadre plus grand. Mais alors voici ce qui se produit. « Ce cadre était plus haut que le précédent, mais n'était pas plus large. C'était visible. Mais je me dis que *logiquement* puisqu'il était plus haut, il devait être aussi plus large, et j'élargis le trou dans le bois, quoique dans aucun cas il n'y eût utilité à le faire. » De là nouvelles difficultés, nouvelles considérations mathématiques et enfin comme résultat final un grand trou dans la porte et dans le mur. « J'aurais pu le boucher avec du mastic, dit notre malade, mais ce n'était pas dans mon plan. »

Nous venons de toucher à un point important du comportement de T. Il s'agit de l'*idée du plan*. « Le plan c'est tout pour moi dans la vie, nous dit-il. Quoiqu'il entreprenne il établit tout d'abord le plan, non pas seulement dans ses grandes lignes, mais jusque dans les moindres détails. « Préparer tout en bloc et ne rien laisser au hasard ».

Ce plan alors constitue une sorte de tabou ; il est sacré pour rien au monde il ne saurait être modifié. T. reconnaît avoir fait des choses inutiles dans la vie, mais quand il a arrêté un plan, il faut à tout prix qu'il l'exécute. Nous avons dit déjà que sur notre demande, après toute une série de préparatifs, il commence à écrire ses mémoires. Un jour nous le trouvons perplexe, il a interrompu son travail. Il s'était fait apporter six plumes et de suite avait décidé que la première de ses plumes servirait pendant la première semaine, la deuxième pendant la deuxième, etc. Mais un jour, en prenant une plume neuve, il croit y avoir mis trop de salive. La plume devint inutilisable. Que faire ? Prendre une autre plume, chose la plus naturelle pour nous, il ne fallait même pas y songer, puisque chacune des plumes avait été destinée d'avance à une des semaines suivantes. Le plan une fois établi ne devait être modifié, pour rien au monde. La plume, mise hors d'usage à la suite d'un accident imprévu, ne peut être remplacée que par une nouvelle plume venant du dehors.

Cette fidélité au plan établi, c'est son idéal. Il y voit une supériorité incontestable et s'y dépense entièrement. « Je veux dominer la vie au lieu d'être dominée par elle, ce qui m'intéresse c'est de déclencher, de fabriquer les événements de faire l'Etat dans l'Etat. Je ne veux pas déranger mon plan, je dérange plutôt ma vie que le plan. C'est le goût pour la symétrie, pour la régularité qui m'attire vers le plan. La vie ne montre ni régularité, ni symétrie, et c'est pour ça que je *fabrique* la réalité. C'est au cerveau que j'attribue toutes mes forces. Je suis même plus logique que Fichte; celui-ci reniait, d'une part, l'existence du monde, mais ne pouvait, d'autre part, s'empêcher de détester Napoléon; moi, je reste toujours d'accord avec mon plan. »

Quoi d'étonnant dans ces conditions, que T. ne vienne point nous demander de le débarrasser de ces phénomènes morbides, comme le font tant d'autres malades. Il cherche avant tout le repos pour pouvoir « remettre en état son cerveau », épuisé par l'effort constant. « Car, nous dit-il, je suis acharné, je suis entêté, je ne renonce à rien, je veux avoir les forces nécessaires pour revenir à mon verrou et à ma targette. Et il s'oppose à sa sœur qu'il dit être passive et trop subir l'influence des autres ».

Hypertrophie des facteurs intellectuels, dirions-nous. Mais l'intelligence ne s'applique qu'à l'espace, qu'aux objets solides et perdurables, tout ce qui est changement, succession, mouvement, vie, progrès, durée lui échappe. Notre malade se comporte en conséquence. Nous avons déjà parlé du rôle que jouait, dans sa vie, les objets, à l'exclusion totale de personnes et d'événements; nous avons eu également l'occasion d'insister sur la prédominance de facteurs mathématiques dans son comportement. Mais nous pouvons aller plus loin dans cet ordre d'idées.

« Je cherche l'immobilité, nous dit notre malade. Je tends au repos et à l'immobilisation. Souvent je restais assis sans aucun mouvement et je cherchais même à arrêter la respiration. J'ai aussi en moi la tendance d'immobiliser autour de moi la vie. J'aime pour ça les objets immuables, les caisses et les verrous, les choses qui sont toujours là, qui ne changent jamais. La pierre est immobile, la terre, par contre, tourne, ce n'est pas solide, c'est de la vitesse. La terre ne m'inspire ainsi aucune confiance, j'attache de l'importance seulement à la solidité. Le train passe sur un rem-

blai; le train n'existe pas pour moi, je voulais seulement construire le remblai. Faire revenir mes impressions d'il y a quinze ans, faire refluer le temps, mourir avec les mêmes impressions avec lesquelles on est né, faire des mouvements en cercle pour ne pas s'éloigner de la base, pour ne pas se déraciner, voilà ce que je voudrais. »

Ou encore : « Ce que je vais dire, paraîtra formidable, mais cela est. Mon état d'esprit actuel consiste à n'ajouter foi qu'à la *théorie*. Je ne crois à l'existence d'une chose que lorsque je l'ai démontrée. Par exemple, le corps de la femme fait impression sur l'homme. Pourquoi ? Voilà une chose dont je doute parce que je ne peux pas arriver à la démontrer. Je ne me vois pas arraché par cela, emporté dans l'existence sans point d'appui, et me fiant uniquement à mes impressions. Il me semblerait que je suis en l'air, ce qui est illogique. Il se peut cependant que je ne puisse pas éviter complètement cela. Dans ce cas, il faudrait symboliser ce qui me manquerait par quelque chose. Comme cela j'aurai l'impression que ce qui n'existe plus est toujours là. L'idéal serait un monument dédié à la perfection... Je me suppose sorti d'ici. Et bien ! il faut absolument que j'aie toujours l'impression d'y être, et pour cela, il me faut quelque chose qui représente mon séjour ici. » Et c'est ainsi que T., en quittant la maison de santé, emporte toutes les bouteilles et toutes les boîtes vides de ses médicaments et les range à la maison soigneusement dans des caisses, pour avoir des preuves d'avoir été dans cette maison de santé, pour avoir l'impression d'y être encore. C'est pourquoi aussi, il se demande avec angoisse, comment il va faire pour quitter le service de prophylaxie mentale, puisqu'on ne donne aux malades ni boîtes, ni bouteilles.

C'est ainsi qu'il en arrive à vouloir démontrer toutes les impressions. Ses dires deviennent tellement bizarres que nous avons peine à le suivre. « Sa figure produit une certaine impression, mais pourquoi justement cette impression et pas une autre. Il faudrait le démontrer par une analyse infinitésimale. Et pourquoi une grande vitre produit-elle une autre impression qu'une masse de petites vitres, et le pied une autre impression que la main. C'est un gouffre. Et quand dans la rue il rencontre une femme, il lui arrive certes d'être vivement impressionné ; et alors il rentre à la maison, s'assied sur une chaise, croise les bras, prend une position symétrique et réfléchit, il cherche à résoudre le problème : pourquoi le corps de la femme produit-il une impression sur l'homme. Car il espère bien que tout sera ramené aux mathématiques, même la médecine et les impres-

sions sexuelles. Le corps de l'homme ne se réduit-il pas à la géométrie ? Il se demande enfin, si le summum de la beauté ne consisterait pas à avoir le corps en forme de sphère, celle-ci étant la forme parfaite. Mais il est obligé de s'apercevoir que sa logique est déroutée. »

Ah, cette pauvre logique spatiale et immobile, elle est déroutée à chaque instant. Le plan rate constamment. Comment aussi en serait-il autrement, dans ces conditions. Il va voir un médecin et conformément à son besoin de symétrie marche au milieu de la rue, mais une auto l'oblige à monter sur le trottoir, sans qu'il ait eu le temps de réfléchir ; ce mouvement n'ayant pas été prévu dans le plan, tout le traitement est compromis d'avance. Une autre fois, il se sent mieux, mais cette amélioration aurait dû, selon son plan, se produire deux mois plus tard il fait tout son possible pour l'arrêter, pour la faire rétrocéder. « Les obsessions diminuent, il faut à tout prix les faire revenir. » Et enfin dans le service, pour éviter probablement tout changement que la logique pure ne saurait comprendre, il dit qu'il voudrait rester sans aucun traitement le plus longtemps possible.

N'est-il pas tout naturel d'en arriver, dans ces conditions, à affirmer, par rapport au mouvement et au progrès continus de la vie, que seulement « le néant, le zéro sont parfaits ». C'est ce que fait notre malade. « Le passé c'est le précipice nous dit-il, l'avenir c'est la montagne. Je ne veux ni tomber dans le précipice, ni cogner la montagne. » Et alors l'idée lui vient d'organiser sa vie, en laissant un jour-tampon entre le passé et l'avenir, journée pendant laquelle il ne devait rien faire du tout ; il reste 20 heures sans uriner. Nous retrouvons la même idée de la perfection du néant à l'occasion de son obsession de piqûres ; il nous demande de faire sauter une injection, « car ce qui n'est pas fait est bien fait, la piqûre qui ne sera pas faite sera bien faite et servira à remplacer celle, à la suite de laquelle est née la crainte d'avoir un morceau de coton dans la fesse ». La tendance d'arrêter le temps, de l'assimiler à l'espace, de nier tout changement et tout progrès dans la vie ne saurait s'exprimer plus nettement. Voici d'ailleurs encore un exemple : « J'avais terminé l'installation des sonnettes. Je m'étais dit qu'il fallait établir une séparation entre cette installation et ce que je pouvais faire par la suite, c'est-à-dire faire le moins de choses possible jusqu'au lendemain dans la journée. Je posai la main sur une rampe d'escalier et je raclai avec mon ongle la rampe ou le plâtre du mur. C'en était fait de la séparation. J'essayais de répa-

rer cela en dessinant les plans de ce qui aurait dû se passer, et en les enfermant avec soin pour qu'ils ne se sauvent pas; cela dura quatre mois, au bout desquels je brûlai ce que j'avais dessiné. »

Oui, T. ne peut que rater son plan, dans ces conditions, l'imprévu de la vie le déborde, le bouleverse à chaque instant. Mais T. est acharné, comme il le dit, il ne renonce à rien et il recommence ainsi le tout à nouveau, en essayant de lui donner une base plus large et plus solide. Et en parlant de « base plus large » il écarte régulièrement les bras, lui qui ne fait presque aucun geste, et, là où il le peut, il donne à ces mots une signification purement spatiale : il prend ainsi des caisses plus grandes là où il a raté son plan avec de plus petites.

Rappelons ici que dès son enfance, T. avait « la manie de la construction », il nous en donne la raison maintenant. « Un ingénieur qui construit, voit l'édifice s'élever tous les jours, il a ainsi le résultat immédiat de son activité devant les yeux; il faut qu'il en soit de même pour moi, car autrement, j'ai l'impression qu'il n'y a rien. D'autre part, la bâtisse, surtout l'édifice rectangulaire et régulier, c'est, pour moi, l'ordre dans le chaos des choses. »

Ajoutons encore que cette hypertrophie de l'esprit géométrique se manifesta bien souvent dans le comportement de notre malade, même en dehors de tout phénomène obsédant. En voici quelques exemples. Il décide un jour de ranger la cave. Il met alors toute la poussière de charbon dans des sacs qu'il empile les uns sur les autres ; sur les sacs de charbon il entasse des sacs de paille, en prenant bien soin que le tas ait juste *un mètre de large sur autant de haut*. Puis il dispose « une caisse à glace, contenant un certain nombre de planches, et supportant des petites caisses rangées par ordre de grandeur à *un centimètre près* ». « C'était erreintant, écrit T., dans ses mémoires, mais j'y suis arrivé et au moment où j'écris, j'en suis encore content. » « Ça vaut la peine d'être vu, nous déclare la mère de T., mais que de temps et de travail gâchés. »

T. lit les journaux. C'est juste au moment de la baisse du franc. Mais cette question ne l'intéresse point ; elle présente trop de fluctuations, « trop de changement, trop de mobilité pour lui ». Par contre son attention est attirée par le projet de *l'agrandissement* de la gare de l'Est, dont les journaux parlent en même temps. Un autre jour T. nous déclare : l'argent a une grande puissance, dit-on, je n'en suis pas sûr du tout, car l'argent ne tient que peu de *place*. Au moment d'un emménagement, on dispose les meubles

n'importe comment ; ceci ne saurait lui convenir ; il faut procéder selon un plan ; dans la chambre à coucher, par exemple, le meuble principal est le lit, il faut donc qu'il occupe la place principale ; il est nécessaire de le rechercher. Mais si par hasard cette place est occupée par la cheminée, c'est alors une véritable catastrophe pour lui.

Nous formulons maintenant quelques conclusions.

Les phénomènes obsédants n'épuisent aucunement le tableau clinique présenté par T. Nous trouvons, à côté, un trouble particulier du comportement.

Ce trouble peut être caractérisé comme suit : tout, chez T., est subordonné au plan et à la théorie, c'est-à-dire à des facteurs purement intellectuels, son attitude est déterminée avant tout par des considérations d'ordre géométrique, sa pensée opère dans l'espace, mais sa vie ne progresse plus dans le temps ; au lieu d'échelonner des buts successifs, il ne cherche qu'à revenir à la base, à recommencer toujours à nouveau, pour ne pas perdre ce qu'il croit être son point d'appui ; il éprouve tout ce qui est mouvement comme force hostile et il désire faire refluer le temps et mourir avec les mêmes impressions avec lesquels il est né ; l'évidence empirique ne compte pas pour lui, il ne se fie pas à ses sensations, celles-ci étant trop éphémères, il veut les démontrer et cherche à les remplacer soit par des preuves matérielles et tangibles, par des objets, soit par des démonstrations mathématiques ; la représentation des choses remplace leur réalisation, là où celle-ci rencontre un obstacle. L'univers n'est que pensée, espace et matière brute pour lui. La vie, les événements, les personnes, tout ce qui sent et progresse s'évanouit comme par enchantement ; l'univers et la personnalité humaine s'immobilisent, le monde se transforme en amas d'objets immuables, la sphère devient la forme parfaite, la pyramide — l'édifice idéal, le plan est tout, la réalité n'est rien.

L'équilibre des facteurs statiques et des facteurs dynamiques, qui, dans la vie se confondent en un tout harmonieux, est rompu chez T. ; il est rompu au détriment du dynamisme vital. Celui-ci ne vient plus limiter le champ d'action de l'intelligence et cette intelli-

gence alors s'épanouit, en prenant des formes monstrueuses, et devient purement géométrique et spatiale, c'est-à-dire totalement inadaptée à la vie, car la vie, comme dit M. Bergson, déborde à chaque instant l'intelligence.

T. lui-même déclare qu'il n'est pas guidé par ses instincts, qu'il ne sait pas sentir comme les autres et qu'il ne marche dans la vie que mu par ses forces cérébrales. Détail curieux, le malade présenté ici il y a un an par l'un de nous avec M. Targowla, s'exprimait d'une façon analogue.

L'opposition entre les facteurs statiques et dynamiques de la vie, dont nous parlons, n'est au fond qu'une transcription des pensées de M. Bergson. Il nous est impossible de faire des citations ici. Nous dirons simplement qu'il est surprenant jusqu'à quel point le comportement de notre malade coïncide avec ce que M. Bergson dit sur l'intelligence, dans ses rapports avec l'élan vital.

Ajoutons d'ailleurs que dans la remarquable étude de M. Arnaud dans le Manuel de Gilbert Ballet, nous trouvons la phrase suivante :

« Pour que les tendances obsédantes se fixent en des idées précises, il est nécessaire qu'il existe un trouble préalable du *dynamisme* mental. » Nous avons essayé de préciser ce point, en faisant appel aux notions de la psychologie de M. Bergson.

Le trouble essentiel de T., une fois ainsi caractérisé, nous énumérerons maintenant les différences qui, au point de vue clinique, existent entre le comportement de T. et celui d'autres obsédés.

L'obsession pénètre en corps étranger, en parasite dans le psychisme de l'individu. Celui-ci l'éprouve comme tel, se dresse contre le phénomène morbide, lutte contre lui. Au contraire, la personnalité de T. se confond entièrement avec les phénomènes obsédants, son activité se réduit à eux.

L'obsédé ordinaire a conscience de son état. « C'est idiot, mais c'est plus fort que moi », nous dit-il bien souvent. Il souffre et nous demande de le débarrasser de son anomalie. T. vient dans le service pour reprendre des forces, pour revenir ensuite à son verrou et à

sa targette. Il admet tout au plus qu'il n'est pas comme les autres, mais ses obsessions sont l'expression de ses « forces cérébrales », il les défend, et pour un peu, il y verrait sa supériorité sur ses semblables.

D'habitude le nombre d'obsessions est limité. T. « s'obsède », comme il dit, sur n'importe quoi, et passe lui-même d'une idée obsédante à une autre. Enfin, ce qui domine dans les préoccupations obsédantes de T., contrairement à bien d'autres malades, c'est avant tout l'ordre objectif des choses ; on ne sent pas vibrer derrière ni la personnalité du malade, ni aucune autre personne, aucun sentiment humain n'intervient. Il n'y a que les objets qui comptent.

En résumé, ce qui est caractéristique pour T. ce ne sont pas tant des phénomènes obsédants, qu'une attitude profondément morbide de la personnalité humaine. Nous avons essayé de l'étudier. De quels faits connus pourrions-nous la rapprocher maintenant ? Nous-mêmes serions tentés de voir une affinité assez grande entre elle et la conception de schizophrénie que nous avons développée récemment. Les cas, comme celui que l'un de nous a décrit avec M. Rogues de Fursac (1), sous le nom de « rationalisme morbide », serviraient de trait d'union. D'autre part, certaines particularités chez T., sur lesquelles nous n'avons pas pu insister, comme par exemple des périodes de mutisme, ambivalence, incohérence et maniérisme dans ses écrits, etc. viendraient à l'appui de cette façon de voir.

Nous ne nous dissimulons cependant pas que nous sommes loin encore d'avoir résolu le problème.

Peut-être un jour, en confrontant d'une façon plus détaillée la notion de psychasthénie de M. Janet, avec celle de schizophrénie, arriverons-nous à projeter plus de clarté sur les cas comme celui que nous venons de relater et à déterminer la place qui leur revient dans la classification des troubles mentaux.

La séance est levée à 18 heures 20.

Le Secrétaire des séances :
M. MIGNARD.

(1) *Encéphale*, avril 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 14 Avril 1924

Présidence de M. le D^r TOULOUSE

Délire interprétatif et traumatisme, par MM. Henri CLAUDE, A. BOREL, Paul ABÉLY. — Il s'agit d'une malade qui présente dès son enfance une double constitution paranoïaque et imaginative. A la suite d'un traumatisme, occasionné par un accident d'automobile, ces deux constitutions se libèrent et s'amplifièrent à la faveur, d'ailleurs, d'une hyperémotivité consécutive à la commotion et favorisèrent l'éclosion d'un délire à thème interprétatif familial avec appoint imagina-tif. Le polymorphisme actuel de ce délire doit faire réserver le pronostic.

Paralysies générales stationnaires et prolongées. Rapports du syndrome clinique et de la formule humorale. — M. P. CARRETTE (Service du D^r Capgras) présente deux malades entrées dans la paralysie générale il y a 5 ans. Chez la première les signes cliniques sont ceux de la forme démentielle simple, le syndrome humoral, sauf une légère hyperalbuminose, est négatif et en rapport avec l'arrêt prolongé de l'évolution. Chez la deuxième, la maladie quoique modifiée dans son allure, ne s'est pas aggravée et cependant les altérations du liquide céphalo-rachidien constatées à 5 reprises sont celles de la syphilis nerveuse en évolution. Comme dans certains de ces cas atypiques, il y a lieu d'attribuer ce désaccord apparent entre le syndrome clinique et la formule humorale, à l'existence de foyers inflammatoires déterminant les symptômes de localisation constatés dans le cas présent : hallucinations auditives et cénesthésiques, troubles paréto-ataxiques prédominants à la face, troubles spasmodiques au niveau des membres inférieurs.

Etude des variations de l'état du système neuro-végétatif chez un obsédé (Présentation de malade). — MM. CLAUDE, SANTENOISE et VIDACOVITCH présentent un obsédé qu'ils ont suivi quotidiennement pendant plusieurs mois au point de vue clinique, psychologique et biologique.

Ce malade présente des crises d'obsession-impulsion, c'est un dégénéré avec stigmates physiques et psychiques.

Schématiquement les manifestations morbides se sont présentées sous trois formes :

- 1° Crises anxieuses avec idées obsédantes ; dans ce cas, le R. O. C. et le réflexe solaire sont fortement positifs ;
- 2° Etat anxieux avec excitation psychique, mais sans crises ; dans ce cas, on note un état d'hypervagotonie ;
- 3° Etat d'hypéromotivité simple ; dans ce cas, on trouve seulement une hypersympathicotonie.

A côté des variations spontanées des manifestations morbides, on a pu provoquer d'autres manifestations à la suite d'administration d'agents pharmacodynamiques modificateurs du système nerveux végétatif.

De ces constatations on peut tirer une double conclusion :

- 1° Certains états obsédants sont étroitement liés à l'hypertonie du vague et du sympathique ;
- 2° En diminuant cet éréthisme neuro-végétatif par une médication par le gardénal, la belladone et le crataegus, on peut obtenir des améliorations notables.

Coexistence d'hallucinations sensorielles et psychiques, par MM. D. SANTENOISE, H. CODET, Paul ABÉLY. — Il s'agit d'un malade qui, au cours d'un état d'excitation avec vagotonie, présente à la fois des hallucinations psychiques et sensorielles.

Le malade les différencie lui-même très nettement : tant par leur origine : « les unes, dit-il, venant de mon cerveau, les autres de bouches étrangères », que par la teinte affective : les premières étant encourageantes et favorables, les deuxièmes agressives.

Les premières apparurent et s'éteignirent lentement et progressivement en même temps que l'automatisme mental. Les secondes eurent une apparition et une extinction brusques. Enfin le malade, actuellement guéri, réduit et discute très bien les hallucinations psychiques, il garde, au contraire, une foi absolue en l'existence des hallucinations sensorielles.

Ainsi se manifeste ici clairement la différence clinique de ces deux sortes d'hallucinations.

Un cas d'hérédosyphilis. Maladie de Recklinghausen. (Présentation de malade). — Le D^r MARIE présente un cas de maladie de Recklinghausen chez une jeune fille hérédosyphilitique de 24 ans (W. +). Le membre inférieur gauche est hypertrophié et épaissi avec pigmentation bronzée. La malade depuis la puberté présente un curieux cas d'obsession zoophilique érotique vis-à-vis d'un cheval auquel elle envoie des lettres sentimentales, curieuses, depuis des mois.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION AMICALE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALIÉNÉS DE FRANCE

L'Assemblée générale annuelle s'est tenue le dimanche 25 mai à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Mes collègues m'ont fait le très grand honneur de m'appeler à la présidence en remplacement de mon excellent ami le D^r Anglade dont les pouvoirs venaient à expiration.

Je leur en suis profondément reconnaissant et je m'efforcerai de soutenir, comme je crois l'avoir toujours fait, les intérêts légitimes de médecins dont on se plaît à reconnaître la haute valeur — quelles que soient les attaques dont ils sont parfois l'objet — sans prêter une attention suffisante aux difficultés matérielles auxquelles ils sont soumis à l'époque troublée que nous traversons.

Henri COLIN

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

XXVIII^e Session. — Bruxelles (1^{er}-7 août 1924)

Sous le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine des Belges

PRÉSIDENTS DU CONGRÈS

M. le D ^r Z. GLORIEUX, Inspecteur Général des Etablissements pour anormaux et malades mentaux du Royaume de Belgique	M. le D ^r E. DE MASSARY, Médecin des Hôpitaux de Paris Ancien Président de la Société de Neurologie
--	---

VICE-PRÉSIDENT

M. le Docteur ANGLADE, Médecin en chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. le Docteur Auguste LEY, Professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles.

PROGRAMME DES TRAVAUX & DES EXCURSIONS

Les Congressistes qui arriveront à Bruxelles le *31 Juillet* sont cordialement invités à passer la soirée chez M. le Président Glorieux, 215, Avenue de Tervueren, à 21 heures.

VENDREDI 1^{er} AOUT

9 heures 30. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la Présidence de M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE. Palais des Académies, 1, rue Ducale (Grande Salle).

14 heures 30. — 1^{er} RAPPORT. — PSYCHIATRIE :

« Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale ». Rapporteurs : MM. les Docteurs SIMON (de Paris) et VERMEYLEN (de Gheel). Palais des Académies (Salle de Marbre).

17 heures 30. — *Réception* offerte par M. le Bourgmestre et l'Administration Communale de Bruxelles à l'Hôtel de Ville.

SAMEDI 2 AOUT

9 heures 30. — 2^e RAPPORT. — NEUROLOGIE :

« Comment étudier les troubles du langage ». Rapporteur : M. le Docteur FROMENT (de Lyon). Palais des Académies (Salle de Marbre).

14 heures 30. — *Séance de communications*. Palais des Académies (Salle de Marbre).

21 heures 30. — *Soirée* à l'Ambassade de France, 41, Boulevard du Régent (tenue de soirée).

DIMANCHE 3 AOUT

Excursion à Anvers.

8 heures 44. — Départ de la gare du Nord.

9 heures 39. — Arrivée à Anvers.

Réception à l'Hôtel de Ville par M. le Bourgmestre et l'Administration Communale.

Visite de la Ville et du Port, des musées.

Excursion en bateau sur l'Escaut, offerte par la Ville d'Anvers.

17 heures. — Visite du Jardin zoologique.

19 heures 15. — Départ d'Anvers.

20 heures 19. — Retour à Bruxelles.

LUNDI 4 AOUT

9 heures 30. — 3^e RAPPORT. — ASSISTANCE :

« L'adaptation du malade mental à son milieu, spécialement dans l'assistance familiale ». Rapporteur : M. le Docteur Fritz SANO (de Gheel). Palais des Académies (Salle de Marbre).

13 heures 39. — Départ de la gare du Nord pour *Louvain*.

14 heures 13. — Arrivée à Louvain.

14 heures 30. — Réunion à l'Hôtel de Ville. Réception par M. le Bourgmestre de Louvain. Visite de l'Hôtel de Ville, de la Collégiale et de la Ville.

16 heures. — Réception par Mgr Ladeuze, Recteur de l'Université, à l'Institut de Spoelbergh, à côté des Halles Universitaires.

17 à 18 heures. — Les membres du Congrès pourront visiter, soit le laboratoire de psychologie expérimentale du Professeur Michotte, 1, rue des Flamands, soit l'Annexe psychiatrique de la Prison Secondaire, rue Marie-Thérèse.

18 heures 31. — Départ de Louvain pour *Malines*.

18 heures 52. — Arrivée à Malines.

19 heures. — Souper froid en commun.

19 heures 45. — Réception à l'Archevêché par Son Eminence le Cardinal MERCIER. Audition, dans les jardins de l'Archevêché, du concert hebdomadaire de carillon, donné par M. Jef DENYN, carillonneur en chef de la Ville et directeur de l'Ecole des carillonneurs de Malines.

22 heures. — Départ de Malines pour Bruxelles.

MARDI 5 AOUT

9 heures 30. — *Assemblée générale du Congrès*. Palais des Académies (Salle de Marbre).

14 heures 30. — *Séance de communications avec projections*. Fondation Universitaire, 30 A, rue du Champ de Mars.

20 heures 30. — *Soirée* offerte par les Présidents et les Membres du Congrès, avec le concours du *Cercle Musical Universitaire* de Bruxelles, dans les salons du Cercle Artistique et Littéraire, rue de la Loi, derrière le Théâtre du Parc. (La tenue de soirée n'est pas de rigueur).

MERCREDI 6 AOUT

Excursion à Gheel.

7 heures 30. — Départ de la gare du Nord.

9 heures 29. — Arrivée à Gheel.

Visite de la Colonie.

12 heures 30. — Déjeuner offert par la Colonie.

15 heures. — *Séance de communications* à l'Infirmerie de la Colonie.

17 heures 55. — Départ de Gheel.

20 heures 15. — Retour à Bruxelles.

JEUDI 7 AOUT

Excursion au Sanatorium du Beau Vallon, à Saint-Servais-lez-Namur.

9 heures 6. — Départ de Bruxelles (gare du Luxembourg).

10 heures 18. — Arrivée à Namur. Visite du Sanatorium.

12 heures 30. — Lunch offert par l'Etablissement.

15 heures. — *Séance de communications*. Clôture du Congrès.

Pendant l'après-midi, les dames pourront visiter la Citadelle, le Musée de Namur, les promenades le long de la Meuse.

19 heures 3. — Départ pour Bruxelles. Arrivée à 20 h. 16.

EXCURSION FACULTATIVE

Le Vendredi 8 AOÛT, après la session du Congrès, une Excursion à la Colonie Wallonne de Lierneux sera organisée. Les participants, dont le nombre sera limité, seront reçus par la Députation permanente de la Province de Liège.

A midi, lunch offert par la Colonie, à *Lierneux*.

A 14 h., départ pour *Spa*.

Le soir, dîner offert à *Liège*.

Les congressistes qui participeront à cette excursion pourront à volonté, le vendredi soir, ou loger à Liège, ou rentrer à Bruxelles, ou prendre à Liège le train pour Paris.

*
*
*

Pour les Membres du Congrès qui le désireront, des *visites* seront prévues, pendant et après la session, dans les établissements suivants :

1. Hôpital « Caritas », à Melle-lez-Gand.
2. Pavillon spécial pour aliénés dangereux à l'Hôpital de l'Etat pour malades mentaux, à Tournai.
3. Asile-colonie de Reckheim (Gare de Lanaeken, Province de Limbourg) pour aliénés délinquants calmes et susceptibles de réadaptation sociale par le travail.
4. Hôpital St-Amédée, à Mortsels-lez-Anvers.
5. Etablissements pénitentiaires de Merxplas (Prison-école pour jeunes délinquants, Prison pour épileptiques, Prison-sanatorium pour tuberculeux, Dépôt de mendicité).
6. Annexe psychiatrique de la prison de Forest-lez-Bruxelles.
7. Annexe psychiatrique de la prison de Louvain.
8. Ferme-école provinciale pour enfants anormaux à Waterloo.
9. Institut médico-pédagogique Ste-Elisabeth, à Rixensart.
10. Instituts universitaires du Parc Léopold, à Bruxelles (anatomie, physiologie, thérapeutique, sociologie).

S'inscrire au Secrétariat du Congrès.

*
* *

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 30 francs.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 15 francs.

Pour s'inscrire envoyer le montant des cotisations (en francs français, par chèque ou par mandat postal), avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés, à l'Agence de Neuilly (44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine, Seine) de la Société Générale, Compte de M. le Professeur Aug. Ley (N° 14.702).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un emploi de Médecin chef de service au quartier d'aliénés-hommes de la Maison Nationale de Saint-Maurice est actuellement vacant.

Ce poste sera réservé à un médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés choisi sur une liste de 3 noms désignés par la Commissions des Médecins des Asiles.

Il est entendu toutefois que la nomination sera faite à titre provisoire et ne confèrera aucun droit aux postes du cadre spécial des asiles de la Seine.

Un poste de médecin chef de service à la Colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château sera vacant à dater du 1^{er} juin 1924.

CONCOURS

D'INTERNAT A LA MAISON NATIONALE MATERNELLE
DE SAINT-MAURICE (SEINE)

(QUARTIER DES ALIÉNÉS)

le 5 juillet 1924, à 9 heures du matin

CONDITIONS : Etre né ou naturalisé français, avoir moins de trente ans, être pourvu de douze inscriptions.

Pour prendre part au Concours, les candidats devront adresser leur demande au Secrétaire de la Maison Nationale *avant le mardi 1^{er} juillet 1924.*

ÉPREUVES DU CONCOURS. — 1^o En une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux pour laquelle il est accordé trois heures aux candidats. Il est attribué pour cette composition 30 points. 2^o Une épreuve orale, d'une durée de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il est attribué pour cette épreuve 20 points.

La durée de l'Internat est de trois ans. — Les internes reçoivent une indemnité de : 2.730 fr. pour la 1^{re} année, 2.830 fr. pour la 2^e année, 3.190 fr. pour la 3^e année.

Les Internes reçoivent en outre la nourriture et le logement, chauffage et éclairage compris.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 29.352