Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1924.
Cote : 90152, 1924, n° 02

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1924x02

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

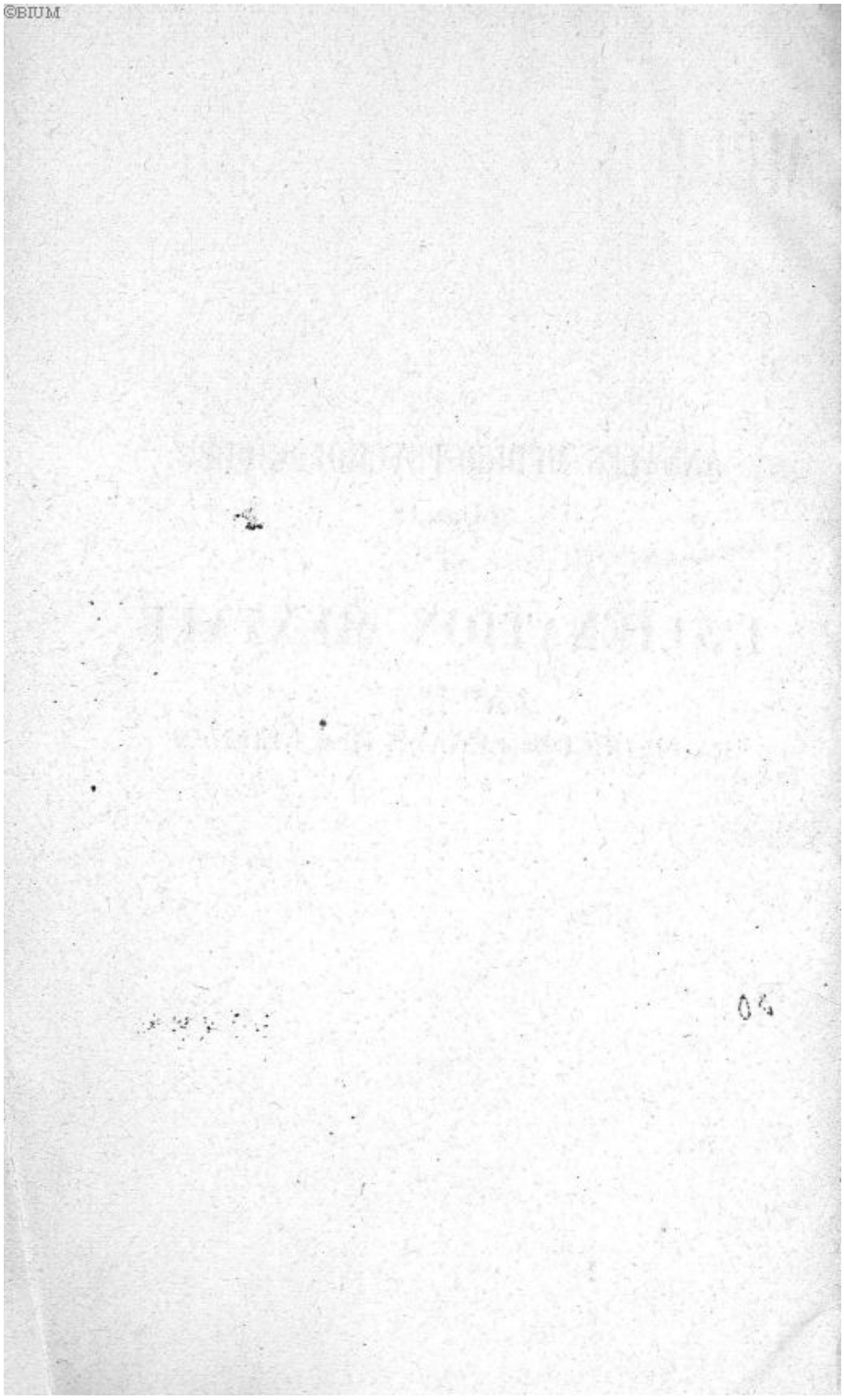
ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

1.



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

90152

90152

PARIS

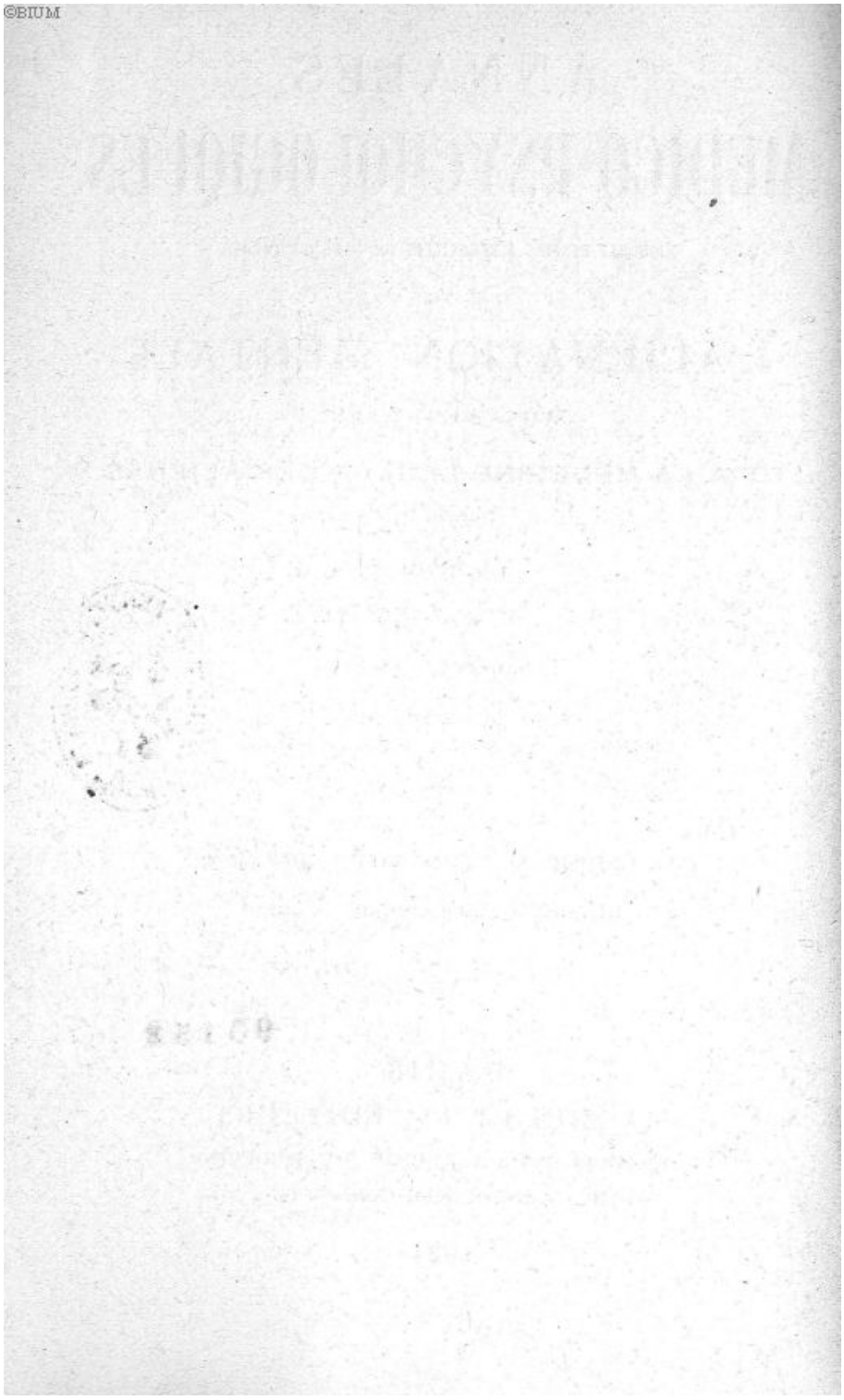
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1924

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les Aliénés devant la Loi

Nous recevons la lettre suivante :

MON CHER RÉDACTEUR EN CHEF,

Dans une chronique parue sous votre signature dans le numéro du mois d'avril 1924 des *Annales médico-psychologiques,* vous rappelez une discussion qui eût lieu à la Société médico-psychologique les 26 janvier, 23 février et 3 mars 1914. Voulez-vous me permettre d'ajouter un mot, puisque, au nom d'une Commission composée de MM. Arnaud, Blin, Colin, Fillassier, Klippel, Marchand et René Charpentier, je fus le rapporteur du texte incriminé, texte qui fut voté par la Société médico-psychologique. Il ne lui manqua même que deux voix, pour être voté à l'unanimité.

©BIUM

La Commission avait à proposer à la Société une réponse aux deux lettres suivantes.

La première, datée du 2 février 1914, était ainsi conçue :

Paris, le 2 février 1914.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Le Sénat est actuellement saisi d'une proposition de loi relative au régime des aliénés, dont la discussion a donné lieu à un échange d'observations, sur le point de savoir si la loi de 1838, qui vise les personnes atteintes « d'aliénation mentale », devait être étendue à toutes celles qui sont atteintes « d'affections mentales ».

Lorsqu'il s'agit d'édicter des prescriptions légales qui touchent de si près à la liberté individuelle, il importe de mesurer aussi exactement que possible, les conséquences des innovations proposées, et les termes employés présentent une extrême importance.

Les mots « affections mentales » ont évidemment un sens beaucoup plus compréhensif que les mots « aliénation mentale », et si leur portée n'en était pas nettement précisée et délimitée, des abus seraient à redouter.

Le Gouvernement attacherait beaucoup de prix à connaître l'opinion des aliénistes et des neurologistes sur la différence de terminologie signalée, et j'ai pensé que la Société médico-psychologique voudrait bien lui apporter son concours pour lui permettre d'indiquer au Sénat, lors de la seconde lecture du projet modifiant la loi du 30 juin 1838,

©BIUM

quel est le sens respectif des expressions « affections mentales » et « aliénation mentale », et à quelles maladies bien définies l'une ou l'autre se rapporte.

Je serais heureux de recevoir, dans un délai aussi rapproché que possible (sous le timbre : Cabinet du sous-secrétaire d'Etat), l'avis que la Société médico-psychologique aura bien voulu formuler sur ce point particulièrement important et délicat, et je vous en remercie à l'avance très vivement.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le Sous-Secrétaire d'Etat,
R. PÉRET.

La seconde, datée du 12 février, avait pour but de limiter et de préciser la question qui nous était posée. En voici le texte :

Paris, le 12 février 1924.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

A la date du 2 février courant, j'ai eu l'honneur de vous demander, au sujet du projet de loi concernant les aliénés, voté par le Sénat en première lecture, de vouloir bien provoquer l'avis de la Société que vous présidez sur la portée et les conséquences de la substitution dans ce texte, à l'expression de « malades aliénés », de celle de « malades atteints d'affections mentales », dont il conviendrait en tous cas, de préciser la signification pratique.

La discussion du projet de loi devant être

©BIUM

reprise très prochainement au Sénat, le Gouvernement serait heureux d'avoir, dans un délai aussi rapproché que possible, l'avis que vous voudrez bien lui faire parvenir sur ce dernier point, sans qu'il soit nécessaire que vous appeliez la Société à se prononcer sur l'ensemble du projet.

En vous remerciant du concours que vous voudrez bien prêter au Gouvernement, dans cette circonstance, je vous prie, Monsieur le Président, d'agréer l'assurance de ma haute considération.

Pour le Ministre de l'Intérieur :
Le Sous-Secrétaire d'Etat,
R. PÉRET.

Le texte voté par la Société médico-psychologique sur la proposition de la Commission et adressé en réponse à Monsieur le Ministre de l'Intérieur fut ainsi rédigé :

« 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

©BIUM

« et seules légitimes dans ce cas, et aux autres, les « formalités que nécessiterait leur caractère d'aliéné protestataire ou dangereux. »

« En dehors de ces sujets atteints d'aliénation « mentale, il est des malades, non aliénés, mais « atteints d'affections mentales diverses présentant « des troubles mentaux variés, auxquels devraient « s'appliquer des mesures d'assistance exclusives « de mesures judiciaires. »

« Les conséquences du choix de l'une ou de « l'autre de ces expressions pour la rédaction de « la proposition de loi peuvent être ainsi résumées : la première expression (aliénation mentale), si elle était seule employée dans la loi, ne « permettrait pas d'étendre l'action de cette loi aux « malades atteints de troubles mentaux et non « aliénés. La seconde expression (affections mentales), si elle était employée seule pour la rédaction de la loi, telle qu'elle résulte du projet « actuellement en discussion, aurait pour conséquence d'étendre à des malades non aliénés, « atteints de troubles mentaux légers et variés, « des mesures judiciaires, restrictives de la liberté « individuelle que personne ne peut songer à leur « appliquer. »

« 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. »

©BIUM

Cette réponse est-elle contraire aux données de la clinique ? Ne l'oublions pas, le but du législateur était alors d'éviter d'illusoires séquestrations arbitraires. Il désirait renforcer les précautions prises par la loi à l'occasion des internements. Sous prétexte de sauvegarder la liberté individuelle et de protéger les malades internés, il voulait leur infliger à tous l'internement judiciaire au lieu des mesures administratives prévues par la loi du 30 juin 1838.

La réponse votée par la Société avait pour résultat :

1° d'appliquer aux seuls aliénés dangereux pour les autres, ou protestataires, les formalités *judiciaires* prévues par le projet de loi ;

2° de considérer comme « seules légitimes » pour les aliénés dangereux pour eux-mêmes « les formalités *administratives* existantes », c'est-à-dire celles prévues par la loi du 30 juin 1838 ;

3° d'étendre l'*assistance obligatoire* à tous les psychopathes, en épargnant à des sujets « atteints de troubles mentaux légers » des mesures restrictives de la liberté individuelle que personne ne peut songer à leur appliquer. La création officielle de services ouverts a très heureusement réalisé ce dernier vœu.

Je ne vois dans tout cela rien qui puisse favoriser des actes comme ceux que vous rapportez et que vous déplorez si justement.

Veuillez croire, je vous prie, mon cher Rédacteur en chef, à mes sentiments très respectueux et bien affectueusement dévoués.

RENÉ CHARPENTIER.

©BIUM

Mon ami Charpentier me permettra de lui faire remarquer que si je l'avais mis personnellement en cause, au lieu de combattre simplement les conclusions d'un débat collectif, il aurait attendu dix ans avant de me répondre. La chose serait surprenante, car nous connaissons tous son esprit averti, sa critique spirituelle, élégante autant qu'incisive. La phrase qu'il me reproche a en effet été prononcée le 3 mars 1914, elle a été publiée dans les *Annales* (1914, t. 5, p. 345) à la suite des documents reproduits dans la lettre ci-dessus et que, faute de place, je n'avais pas fait figurer dans ma chronique.

C'est que mes paroles ne s'adressaient pas à lui, mais à Gilbert Ballet. Elles étaient motivées par l'affirmation de l'éminent professeur, « *le mélancolique qui est simplement dangereux pour lui-même* », qui avait précédé et provoqué la rédaction du texte du rapporteur de la Commission. M. Ballet n'ayant rien dit, il n'y avait pas lieu de le défendre malgré lui.

Mon ami Charpentier me rappelle très aimablement que son texte fut voté par la Société à l'unanimité, moins deux voix. Je le savais et j'ai été si heureux d'appartenir à cette minorité négligeable que, le 24 juillet 1922, j'évoquais ce souvenir à la Société médico-psychologique à propos de la discussion sur les services ouverts, en répétant la phrase incriminée. (Voir *Ann. Méd.-psych.*, 1922, t. II, p. 250).

A cette époque, M. Charpentier était déjà l'un des très dévoués secrétaires des séances de la Société médico-psychologique.

©BIUM

Au surplus, il s'agit là de questions d'un ordre tout spécial ; nous savons tous à quoi nous en tenir à cet égard. Mon pauvre ami Vigouroux me disait à la fin de la séance du 3 mars 1914 qu'il s'était surtout efforcé, en sa qualité de président, d'apporter dans le débat l'esprit de conciliation qui ne l'abandonnait jamais.

Cela n'empêche que les faits sont là pour me donner raison. Je conserve donc mon opinion et je persiste à déplorer que, par égard pour une personnalité éminente, quelque distinguée soit-elle, on ait pu se laisser aller à considérer les mélancoliques pour autre chose que ce qu'ils sont, à savoir, des aliénés.

Henri COLIN.

©BIUM

LA STRUCTURE DE LA PSYCHOSE

Par le Prof. G.-J. TROCHINE
Professeur de Psychiatrie de l'Université de Kazan
(Expulsé de Russie, actuellement à Prague)

Dans la psychiatrie, plus que dans les autres régions scientifiques, il faut séparer la forme et le contenu. Par exemple, la paralysie progressive: la maladie elle-même, c'est-à-dire le contenu, peut représenter les formes les plus différentes ; dans un cas, il s'agira seulement de neurasthénie ; dans un autre, de délire mégalomanique ; dans un troisième, du syndrome Korsakovien; dans le quatrième (paralysie progressive juvénile) d'épilepsie ; dans le cinquième de dépression, etc. ; et malgré cela, quelle que soit la forme, la maladie reste la même, c'est-à-dire la paralysie progressive.

En général, cette différence entre la forme et le contenu ne représente rien d'étrange : l'objet reste le même, malgré que l'ombre, projetée par lui, selon les conditions, puisse être très différente, quelquefois si différente, qu'on ne peut pas en représenter l'objet. Cette comparaison appartient à Platon, elle est relative à la psychologie normale ; mais on peut l'appliquer avec plus de droit encore à la psychique pathologique que nous connaissons et comprenons, sans aucun doute, moins que la psychique normale.

Je n'ai pas envie de développer et de détailler le point de vue indiqué. Une autre directive me paraît beaucoup plus productive : à savoir l'histoire de la psychiatrie et le développement de la pensée psychiatrique, la lutte entre la forme et le contenu, et les résultats de cette lutte.

Nous exposerons brièvement la psychiatrie ancienne; nous nous arrêterons un peu plus sur les dernières dizaines d'années ; il faut s'arrêter encore plus longtemps sur les derniers cinq ans, parce que ces derniers cinq ans ont représenté d'une manière très claire le problème de la structure de la psychose, ou,

©BIUM

à notre sens, la question de la relation entre la forme et le contenu.

L'histoire de la psychiatrie, dans les derniers trois cents ans, a suivi deux voies, qu'on peut appeler en employant la terminologie actuelle : la direction symptomatologique et la direction nosologique.

La première direction, symptomatologique ou morphologique tend à connaître la maladie mentale par l'étude des phénomènes extérieurs de la psychose. La première direction est la plus facile, cette direction a commencé beaucoup plus tôt et a dominé dans la psychiatrie plus de deux siècles et demi. Deux ou trois exemples peuvent nous démontrer, comment la pensée psychiatrique naissante était emprisonnée par la symptomatologie pure. Par exemple :

XVII[e] SIÈCLE : FEL PLATER, 1625

I. *Mentis imbecillitas:* 1, torpidité intellectuelle ; 2. inertie intellectuelle ; 3. oubli ; 4. imprudence.

II. *Mentis consternatio :* 5. sommeil excessif; 6. Carus; 7. léthargie ; 8. apoplexie; 9. épilepsie; 10. convulsions; 11. catalepsie; 12. extase.

III. *Mentis alienatio :* 13, stupidité ; 14. enivrement ; 15. amour (folie amoureuse); 16. mélancolie; 17. hypochondrie; 18. manie; 19. hydrophobie; 20. phrénitis; 21. chorée St. Vitte.

IV. *Mentis defatigatio :* 22. veille ; 23. insomnie.

Il suffit de parcourir ce tableau pour voir ce que l'illustre psychiatre du XVII[e] siècle comprenait sous le nom de maladie mentale : des symptômes isolés qui ne sont nullement liés avec la vraie psychose (l'amour), ou lui sont liés de la manière la plus éloignée (insomnie). Au siècle suivant nous trouvons une classification plus complète.

XVIII[e] SIÈCLE : SAUVAGES, 1774

I. *Morbi deliri*

1. Amentia : sénile, séreuse, par intoxications, aliatalia ;

2. Mania : spontanée, quartana ;

3. Melancholia : Scythe, « anglaise », milésienne, « héraclitique », misanthrope, zoanthrope.

©BIUM

4. Demonomania : simulée, chez les sorcières ;
5. Paraphrosyne : narcotique;
6. Agrypnia : artitique, par helmintiasis;

II. *Morbi imaginarii*

7. Oblivio : spontanée, par peste, céphalée, etc.;
8. Morosis : par hydrocéphalie, par tumeurs du cerveau, etc. ;
9. Vertigo : congestif, latéral, etc. ;
10. Suffusio : l'amoncellement des éclairs, mouches, objets multipliants, etc. ;
11. Syringus : hallucinations auditives ;
12. Somnambulismus : vulgaire, avec stupeur, avec catalepsie;
13. Panophobia : de nuit, hystérique, etc. ;
14. Hypochondriasis : spontanée, chez les ivrognes, hépatique.

III. *Morbi morosi*

15. Nostalgia : simple, symptomatique ;
16. Erotomania : vulgaire, phrénitique;
17. Salyriasis : spontanée, par mouches d'Espagne;
18. Nymphomania : chez les non-mariées, ovarienne;
19. Tarantismus : par tarentule blanc, par passion de la musique;
20. Rabies : de chien, périodique, à moncanilla ;
21. Hydrophobia : spontanée, vulgaire;
22. Boulimia : boulimie, par la piqûre des insectes, chez les femmes enceintes;
23. Cacositia: chez les mélancoliques, l'aversion pour le manger, etc. ;
24. Pica : le manger impulsif.

En comparant ce tableau avec celui du XVII^e^ siècle, nous trouvons peu de changements essentiels ; la première (1) partie, la plus importante, ne fait que répéter la terminologie classique, pour le reste, ce ne sont que des symptômes isolés, et on ne peut pas souvent comprendre, quelle est leur relation avec la psychose; en tout cas, nous voyons, chez Sauvages, le désir d'aboutir à un système plus exact.

Au XIX^e^ siècle paraît la psychiatrie académique et avec elle les différentes directions psychiatriques avec

©BIUM

leur lutte mutuelle ; on étudie minutieusement les maladies mentales, mais, pour la plupart, le point de vue reste tout à fait symptomatologique; par exemple :

XIX^e^ SIÈCLE : GRIESINGER, 1845-1860

I. Les états de dépression : hyponcondrie, mélancolie, mélancolie avec démence, mélancolie avec tendances destructives, mélancolie avec excitation.

II. Les états d'excitation : fureur, manie grandiose.

III. Les états de faiblesse psychique : délire partiel, délire général, délire apathique, idiotie, crétinisme.

IV. Les complications du délire : paralysie progressive, épilepsie.

Comme vous voyez, la terminologie de Griesinger se rapproche de la nôtre ; l'énumération ancienne et presque ridicule de symptômes, présentés comme des maladies isolées, disparaît; la symptomatologie devient presque exacte, mais le point de vue symptomatologique reste inébranlable; toute la somme des maladies mentales est réduite à la classification des formes, rien que des formes, même les unités nosologiques si graves, comme la paralysie progressive et l'épilepsie sont rapportées aux « complications », c'est-à-dire aux mêmes formes.

La classification de *Griesinger* est bonne, au moins par sa simplicité et sa brièveté; un peu plus tard a paru la classification de *Kahlbaum* qui nous étonne par son énormité.

Elle est si grande, qu'on ne peut pas en donner un tableau ; il suffit de dire que Kahlbaum compte cinq classes, 7 familles, 23 genres et 64 espèces de maladies mentales; c'est l'épanouissement de l'école symptomatologique ; une comparaison de la classification de *Kahlbaum* avec celle des temps nouveaux nous suffit pour apercevoir que tous les efforts de l'école symptomatologique pour connaître l'immensité de la maladie mentale, en étudiant les symptômes isolés, sont restés vains.

La direction symptomatologique, dans les exemples que nous venons de citer, a pour point de départ, l'idée que la maladie et la forme coïncident ; c'est pourquoi

©BIUM

dans cette école il y avait autant de maladies que de formes, la classification des formes était celle des maladies ; le résultat des formes était celui des maladies, la transition d'une forme dans l'autre désignait la transition d'une maladie dans l'autre, etc.

L'expérience clinique n'a pas tardé à prouver bientôt, que ce n'est pas exact ; les formes ne coïncident pas toujours avec la maladie elle-même; de toutes façons, elles ne sont pas identiques avec elle ; il en résulte que sous les formes se trouvent les maladies proprement dites ; on peut les séparer des formes et étudier spontanément, comme des unités isolées, données par la nature elle-même avec leur propre étiologie, leur cours particulier, avec leurs manifestations spécifiques, physiques et psychiques.

Ainsi, dans l'évolution de la pensée psychique existait toujours à côté de la direction symptomatologique une autre direction : nosologique.

La direction nosologique a été créée en France. Déjà *Pinel* renonçait à cette classification minutieuse que nous avons vue dans les XVII^e^ et XVIII^e^ siècles et donnait une courte classification de cinq processus, qui, selon son avis, contenaient toute la maladie, toute la psychose.

Guislain pensait que les étapes diverses dans le cours de la maladie mentale ne représentent que les éléments isolés d'un seul processus qui s'empare peu à peu de nouvelles parties du cerveau.

Morel, en même temps que Kahlbaum, a donné une classification étiologique tout à fait particulière pour son temps; de cette sorte, le centre de l'attention dans les maladies mentales est rapporté des signes formels sur la dépendance causale.

C'est encore en France qu'on a découvert les maladies qui, maintenant, sont, sans aucun doute, des unités nosologiques : paralysie progressive (*Bayle* 1822) et psychose maniaco-dépressive (folie circulaire, *Falret*).

Mais la direction nosologique, inaugurée en France, existait de fait, plutôt que théoriquement : on n'avait pas encore établi les principes permettant de diffé-

©BIUM

rencier l'étude des formes et la nosologie. Le mérite de la solution principale appartient à l'Allemagne, notamment à *Kraepelin.*

La doctrine de *Kraepelin* est connue et n'a pas besoin d'être exposée. Il suffit de dire que, pendant les derniers trente ans, l'histoire de la psychiatrie en Allemagne se confond avec la lutte pour l'unité nosologique : Krankheitsformen contre Erscheinungsformen.

Les premières ont prévalu. La conquête est considérable, parce que c'est aussi en Allemagne, dans le même temps que Kraepelin travaillait, qu'un autre grand psychiatre, *Wernicke,* base la psychiatrie sur la séparation et la description des formes extérieures isolées.

Vers la fin de la lutte entre les écoles nosologique et morphologique, apparut le problème de la structure de la psychose, objet du travail actuel. L'apparition de cette question était tout à fait naturelle et nécessaire. Une fois étudiées, les maladies, proprement dites, avec leur étiologie particulière, leur évolution propre, leurs signes spécifiques physiques et psychiques, on est en droit de se demander ce qu'il faut faire des formes, à l'étude desquelles on a dépensé tant de travail et tant de bel esprit ?

Certes, elles existent, elles sont très variées, présentent beaucoup d'embarras pour le diagnostic, en apparaissant presque de la même manière, tantôt avec une unité nosologique, tantôt avec une autre.

Il est indispensable de mettre ces formes en relation déterminée avec les maladies, de désigner leur place, l'ordre et la signification dans l'évolution de la psychose. Et c'est là justement le problème de la structure de la maladie mentale.

La structure de la psychose, dans le sens indiqué, est une doctrine récente, qui ne compte que 15 années. On ne l'a étudiée d'une manière détaillée que pendant les derniers 5 ans, si nous négligeons les indications isolées, concernant la question donnée, qui abondent dans la littérature ancienne.

Bonhoeffer [1,3] est le premier auteur, chez qui nous voyons le désir d'établir entre la forme et la maladie des rapports mutuels déterminés.

En 1909, décrivant les psychoses infectieuses, il

©BIUM

indiqua, que quelques formes s'y répètent avec une certaine constance : délire, amentia, le syndrome Korsakovien, parfois l'hallucinose de Wernicke et la forme maniaque. On observe si souvent ces formes dans les psychoses infectieuses, qu'on peut parler du type prédélictionné. A côté des psychoses infectieuses, elles s'observent dans les psychoses d'intoxication et aussi dans les autres maladies mentales à étiologie exogène.

C'est pourquoi on peut appeler ces formes — des formes exogènes ; on les appelle aussi formes réactives parce qu'elles apparaissent comme une réponse du cerveau au facteur extérieur morbide ; *Kleist* (2) propose de les appeler formes hétéronomes pour les séparer de celles dites homonomes ; on appelle quelquefois psychoses symptomatiques (*Krisch*, 8, et les autres), les psychoses même, dans lesquelles on observe les formes exogènes, réactives dans le sens de Bonhoeffer.

Les faits, exposés par Bonhoeffer, sont tout à fait vrais ; on observe comme une règle dans les psychoses d'infection et d'intoxication le délire, l'amentia, le Korsakoff et encore les autres formes ; dans leur apparition nous observons une certaine succession (la forme Korsakoff n'apparaît pas au premier abord, mais, plus souvent, après le délire ou l'amentia).

L'école française de *Régis*, qui, sous le nom d'onirisme, étudie les processus de l'infection et de l'intoxication, c'est-à-dire le même domaine que Bonhoeffer traite comme le type exogène-réactif, a des résultats analogues : *Delmas* (11), dans « Les psychoses postoniriques », admet, entre autre, l'hallucinose et le syndrome Korsakovien, c'est-à-dire les formes que Bonhoeffer envisage comme exogène-prédélictionnées.

Tout cela démontre que dans la doctrine du type « exogène réactif » nous avons une des indications sur la structure de la psychose dans le sens du rapport déterminé entre l'unité morbide étiologique et les formes extérieures. A notre grand regret la doctrine de Bonhoeffer n'a qu'une signification partielle ; elle s'occupe peu des formes et encore moins du nombre des processus morbides; en général, cet auteur laisse ouverte la question de la structure de la psychose.

©BIUM

Birnbaum (4) envisage autrement la structure de la psychose : selon lui, la psychose se crée par deux facteurs principaux : pathogénétique et pathoplastique; au pathogénique appartiennent les causes principales : les influences destructives sur le cerveau, l'intoxication endogène, la constitution, l'hérédité, les influences psychiques ; sous le nom de pathoplastiques on comprend les causes secondaires suivantes : l'âge, la race, l'influence du milieu, l'éducation. Selon l'auteur, il n'y a pas une grande différence entre les facteurs pathogéniques et pathoplastiques ; la même cause agit dans un cas d'une manière pathogénique, dans l'autre d'une manière pathoplastique, dans le troisième d'une manière préparative, dans le quatrième comme un motif accidentel ; par exemple, le traumatisme: dans la psychose commotionnelle joue le rôle d'un facteur pathogénique, pour la psychose psychogène ce n'est que le facteur pathoplastique, et pour l'épilepsie le trauma n'est qu'un élément tout accidentel ; de la même façon la constitution ; pour la psychose des dégénérés, joue le rôle d'un facteur pathogénique, tandis que pour les autres psychoses elle n'est que le facteur pathoplastique ou même prédisposé. De la différente combinaison des facteurs divers étiologiques, avec leur signification variée dans un ou dans l'autre cas, nous recevons toute la variation des maladies mentales avec leurs manifestations multiples extérieures ; l'auteur expose le tout dans le tableau des formes « structuro-cliniques ».

A son ouvrage l'auteur donne le titre « Der Aufbau der Psychose », et il appelle sa méthode structuro-analytique pour la distinguer des autres.

Il serait plus exact de l'appeler étiologico-analytique, parce que dans son ouvrage, Birnbaum, nous donne, à proprement parler, plutôt une méthode particulière de la description étiologique que la structure de la psychose.

On peut dire presque la même chose de l'ouvrage de *Kretschner* (5) : « Gedanken über die Fostentwieckelung der psychiatrischer Systematik ».

Selon l'auteur, la maladie mentale se compose de quatre éléments : la constitution, l'âge, les changements

©BIUM

physiques de l'origine exogène et le caractère de l'homme.

Il faut ajouter que *Kretschner* admet quatre formes de caractère : caractère primitif, expansif, asthénique et sensitif, chaque caractère ayant les réactions, qui lui sont propres. Les quatre parties indiquées par l'auteur ne se confondent pas, mais sont disposées par couches. De cette manière, la maladie mentale n'apparaît pas comme un syndrome complexe, ou comme une entité morbide, mais comme double, triple et même multiple (Krankheitsvielheit). C'est pourquoi le simple diagnostic de schizophrénie paraît incomplet parce qu'il ne comprend qu'une partie — la constitution; il est plus vrai de dire : « la schizophrénie (constitution) avec les traits sensitifs (caractère) et les signes de l'involution (l'âge) ». L'auteur appelle cette méthode de diagnostic « diagnostic à plusieurs dimensions (mehrdimensionale) ». Il n'est pas difficile de voir que, s'il y a dans ce genre de conception de la maladie mentale une indication sur la structure de la psychose, ce n'est pas que dans le sens étiologique.

La tentative suivante d'étudier la structure de la psychose c'est l'hérédité, selon *Mendel.*

L'homme comme chaque organisme présente des éléments héréditaires (gènes) et des qualités obtenues qui ne se donnent pas par hérédité (constellation). Cette combinaison a une signification générale, c'est pourquoi elle est conforme à la psychopathologie, avec ses maladies variées et leurs formes différentes. D'ici nous pouvons « approfondir la structure intérieure de la psychose » (*Kahn,* 13, 14, 15).

Par exemple, nous avons la psychose maniaco-dépressive avec trois gènes (moment endocrine, circulaire, l'affectivité, dépression), et la démence précoce avec deux gènes (la prédisposition au processus schizophrénique, prédisposition au schizoïde); si chez le malade on observe la gène d'une maladie, on observe cliniquement le cas pur de la psychose, si dans l'hérédité du malade il y a les gènes de deux maladies, cliniquement, nous avons affaire à la psychose maniaco-dépressive avec les caractères schizophréniques, ou, au contraire, à la démence précoce avec le cours cyclique; le milieu

©BIUM

peut évidemment favoriser la manifestation d'une maladie ou d'une autre et, comme résultat, il y a de nouvelles variations, portant le caractère constellaire. De cette façon, les maladies variées et leurs formes extérieures dépendent de trois éléments : gènes pures, gènes coexistées et constellation. Telle est la tentative héréditaire, biologique de la structure de la psychose.

Elle a de grands mérites, mais aussi un grand défaut. Le mérite de cette tentative consiste dans ce qu'elle opère avec des faits connus de l'hérédité, qui ont reçu dans la thèse de Mendel la base exacte scientifique, naturelle ; le défaut consiste dans le transfert trop brusque des lois de Mendel des plantes et des animaux à l'homme. Un exemple peut nous démontrer que les résultats ne sont pas exacts et sont encore prématurés : Mendel, dans sa thèse, sous le nom de gène comprend quelque chose de très simple, qu'on peut comparer non sans fondement avec un élément chimique ; par exemple, une qualité si peu compliquée, comme la teinte des cheveux ne peut être conditionnée que par 5-6 facteurs héréditaires, pas moins ; et dans la psychiatrie on veut comprimer dans deux gènes toute la démence précoce avec sa symptomatologie compliquée, comprenant la sphère physique et psychique. La non-conformité est si grande qu'involontairement il apparaît un doute : peut-on dans la psychiatrie, dans son état actuel, pratiquer la doctrine de Mendel, notamment d'une manière aussi décisive, que le font *Kahn, Hoffmann* (16), etc. ?

Les tentatives, exposées plus haut, de la structure de la psychose comptent peu avec l'évolution des tendances psychiatriques.

L'histoire (v. p. h.) nous montre que dans la psychiatrie il a toujours existé deux directives : une directive symptomatologique, qui tendait à comprendre la maladie mentale d'après ses formes extérieures, et une directive nosologique, qui proclamait la nécessité de séparer la maladie proprement dite, du complexe symptomatique.

Cette dernière a prédominé et actuellement on étudie parallèlement les maladies d'un côté et les formes de l'autre; en particulier la doctrine des formes coïncide avec celle de la structure de la psychose.

©BIUM

Birnbaum, Kretschner, même *Kahn* ne l'admettent pas suffisamment; en parlant de la structure de la psychose, ils font effort pour résoudre la question du même coup et pour les maladies, et pour les formes ; ils s'occupent principalement des maladies, laissant de côté la morphologie; comme résultat, la doctrine de la psychose apparaît vague et, au lieu de la structure nous avons la classification des psychoses ou un nouvel exposé de l'étiologie ancienne.

Or la question de la structure de la psychose resta ouverte jusqu'au moment où *Kraepelin* commença d'y faire attention. Sans aucun doute il a mis une limite distincte entre les Krankheitsformen et les Erscheinungsformen (6, 7). Les maladies, proprement dites, comme les troubles fondamentaux existent et se répètent sans exception, s'il y a l'un ou l'autre facteur morbide ; quant aux formes extérieures, elles sont facultatives : elles peuvent exister ou non : tel ou tel symptôme peut faire penser à tel ou tel processus; des processus morbides, d'une nature toute différente, peuvent se manifester extérieurement d'une manière analogue; entre les maladies variées on rencontre souvent des entrecroisements symptomatiques. Tout cela nous force à étudier les formes extérieures non seulement *de facto* et d'une manière descriptive, mais aussi théoriquement : il est nécessaire d'établir les lois, selon lesquelles les manifestations extérieures apparaissent et disparaissent.

Parmi les lois de ce genre, dirigeant les formes, l'auteur indique :

L'influence de l'individualité et du milieu, des mécanismes prédestinés dans la psychose, des mécanismes évolutionnés;

L'influence de l'individualité et du milieu est un fait connu dans la psychiatrie et coïncide avec le déterminant pathoplastique de *Birnbaum* et la constellation de *Kahn ;* les mécanismes prédéterminés sont incontestables autant que peut être incontestable l'existence de la machine de l'homme, qui réagit d'une manière ou d'autre sous les influences morbides ; les mécanismes évolutionnés c'est la partie des mécanismes prédéterminés, en général ; l'auteur les démontre à l'aide de la psychiatrie et de la psychologie comparée, des enfants surtout.

©BIUM

En résumé *Kraepelin* comprime tout le tableau extérieur des psychoses dans 10 formes ; il est divisé en trois groupes :

1er groupe : 1. Délire ; 2. Paranoïde ; 3. Formes émotionnelles ; 4. Forme hystérique ; 5. Forme impulsive.

2e Groupe : 6. Forme schizophrénique ; 7. Forme hallucinatoire.

3e groupe ; 8. Forme encéphalitique; 9. Forme oligophrénique ; 10. Forme spasmodique.

L'ordre des formes et des groupes dépend de la profondeur de l'affection : la forme la plus superficielle, c'est le délire, la forme suivante, plus profonde ; le second groupe est plus profond que le premier, et le troisième groupe est le plus profond dans le sens de l'affection.

Entre les groupes il y a souvent des coïncidences et des combinaisons, mais avec une certaine régularité ; entre les formes isolées on observe aussi un certain rapprochement : les formes schizophréniques et hallucinatoires sont très proches : la dernière se rapproche de la forme paranoïde.

En décrivant la doctrine de *Kraepelin*, nous n'avons exposé que ce qui concerne immédiatement la structure de la psychose.

Il est hors de doute que *Kraepelin* a décrit la structure de la psychose de façon plus juste que les autres au point de vue de la morphologie, c'est-à-dire en ce qui concerne le nombre des formes, leur structure, l'ordre, leur rapport mutuel, etc.

En principe, il faut être de son avis, mais, malgré cela, la question demeure ouverte. Premièrement, le système de *Kraepelin* n'envisage pas toutes les formes : celle de Korsakoff y manque, la forme aphasique et amiostatique, récemment conçue dans la psychiatrie, la démence (forme démentielle), y manque, parce que la forme oligophrénique ne coïncide qu'avec la forme retardataire ; il ne mentionne pas non plus la forme neurasthénique, la forme immorale reste en l'air. La forme obsédante n'est mentionnée que vaguement en rapport avec les formes émotionnelles.

©BIUM

Plus loin, le principe de la profondeur du processus morbide, ce grand principe n'est pas exposé précisément : selon *Kraepelin,* le délire est la forme la plus superficielle ; il envisage la forme encéphalitique avec ses symptômes, comme la logoclonie, le rire et les pleurs forcés, l'athétose, etc., comme une des formes profondes, mais cependant, le délire profond, aigu, comateux, etc., comprennent des symptômes très profonds, beaucoup plus graves que la logoclonie, le rire forcé, etc. Enfin, il y a encore une critique qu'il est désagréable d'adresser à *Kraepelin,* c'est qu'il a substitué la forme aux processus : la schizophrénie est une maladie, et non pas une forme, l'hystérie également ; il vaudrait mieux parler de la forme catatonique plutôt que de la schizophrénique (1) et séparer de l'hystérie l'élément formé, l'appeler autrement et le mettre dans une autre place, parmi les formes émotionnelles par exemple, comme il l'a fait pour la forme obsédante.

En terminant ce résumé de la littérature on peut en extraire les conditions que doit satisfaire la théorie de la structure de la psychose : Elle doit son origine aux faits cliniques et non pas aux constructions philosophiques et psychologiques. Il faut se mettre d'accord avec l'histoire de psychiatrie, c'est-à-dire distinguer d'une manière précise la maladie des tableaux extérieurs sans les confondre. Comme matériel pour la structure de la psychose on peut se servir des formes que l'école symptomatologique décrivait autrefois comme des maladies indépendantes et isolées. Dans la structure de la psychose entrent toutes les formes de sorte qu'on peut épuiser toute la symptomatologie. On dispose les formes dans leur ordre naturel clinique. La théorie de la structure de la psychose doit être appliquée à toutes les maladies psychiques sinon tout entière au moins dans ses traits principaux.

(*A suivre*).

---

(1) Chez les autres auteurs on rencontre aussi ce manque de précision : *Kahn* et *Popper* (10) parlent aussi de la forme schisophrénique réactive.

©BIUM

RÉFLEXIONS SUR LA FORMATION PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHOGENÈSE DES DÉLIRES

Par le Dr COSSA

Médecin en chef des Asiles publics d'aliénés (St-Pons, Nice)

Au cours d'une conversation récente sur l'erreur initiale du XIXe siècle, d'avoir voulu ramener la pensée à n'être qu'une mécanique cérébrale, et sa vaine tentative d'expliquer les délires par des lésions de la cellule corticale, pièce essentielle de ce mécanisme, un des maîtres de la psychiatrie française nous disait en manière de conclusion, tenue par lui désormais pour vérité acquise : « L'esprit siège sûrement hors de la cellule cérébrale :... mais où ? », ajoutait-il aussitôt, sacrifiant encore au besoin qui fut propre à son époque, d'assigner un centre, un organe spécial dans le cerveau, à chacun des actes de la pensée, même à ceux qui, n'étant ni moteurs, ni sensitifs en apparence, ne paraissent pas aisément localisables. Puis, comme pour marquer la première étape à franchir par nous psychiatres, si nous voulions contribuer pour notre part et peut-être sur le terrain le plus favorable à cette délimitation hypothétique du domaine de l'esprit : « C'est la genèse psychologique des délires qu'il nous faudrait d'abord trouver ! » Cette indication et ce vœu ainsi formulés ont déterminé le signataire de ces lignes à publier les réflexions suivantes, d'un médecin versé de bonne heure par goût personnel dans les choses de la psychiatrie et de la philosophie, qu'il tenait pour inséparables ; occupé dès lors de cette psychogenèse des délires, vésaniques surtout, dont il ne voyait la solution que dans l'observation intérieure de l'aliéné éclairée par celle du normal ; ne visant du reste à la pénétrer que pour sa propre satisfaction, sans aucune prétention, ni préjugé de doctrine, et

©BIUM

qui désire seulement que soient gardés à ces réflexions la forme et le caractère d'une observation de soi, sans laquelle il n'est pas de bonne psychologie, et où il a marqué les attitudes successives de sa pensée en présence de ce problème crucial de notre science.

« Comme tous ceux qui s'engagent dans l'étude des maladies mentales avec quelque souci des choses de la psychologie, j'avais été frappé, dès le début, de cette vérité qui fait que l'on accuse volontiers les psychiatres de voir partout des aliénés : c'est que les syndrômes mentaux, excitation, dépression, agitation, confusion, stupeur, qu'ils soient euphoriques ou anxieux, voire même coulés en des formes cliniques définies comme la manie ou la mélancolie, ne diffèrent pas essentiellement, mais seulement en intensité, des états d'âme similaires du normal, de nos joies, et de nos tristesses les plus conscientes, de nos exaltations, angoisses ou colères les mieux motivées de nos déconvenues aussi et parfois de nos stupéfactions, en présence d'une réalité pénible ou hostile. Pourquoi, dès lors, l'aliéné témoigne-t-il par son habitus général et ses réactions qu'il ne vit plus en harmonie avec le monde extérieur tel du moins que nous ne cessons pas, nous, de le voir, et comment en vient-il à interpréter ses relations avec lui par des conceptions manifestement prises hors du réel ?

Encore que certaines réponses de psychopathes éclairant de lueurs soudaines des profondeurs insoupçonnées de conscience, m'eussent parfois suggéré des hypothèses, des ébauches d'explications, sur des points de détail ou des vues partielles du problème, je demeurai longtemps incertain devant sa complexité. J'avais eu cependant à soigner une malade dont les déclarations explicites, touchant des états de dépression aussi riches que bien ordonnés, m'avaient semblé permettre une vision plus large des choses, et peut-être justifier une psychopathogénie applicable à la plupart des délires dépressifs tout au moins. C'était une femme jeune encore, sœur d'un dément vésanique prématuré, atteinte elle-même de mélancolie consciente, avec une intégrité de vision intérieure qui lui dévoilait à

©BIUM

mesure tout ce qui se passait en elle et lui en découvrait aisément la filiation, à la condition d'y être quelque peu aidée et soutenue. Le trouble fondamental était, comme chez tous les mélancoliques, un sentiment douloureux de diminution et d'amoindrissement de soi, accompagné d'humiliation et de honte, et illustré d'épisodes anxieux, où figuraient tour à tour des idées d'indignité, de ruine, de damnation, de suicide, de culpabilité, de persécution, en une suite d'apparence logique que la malade se complaisait à dérouler avec une amère satisfaction. Car enfin, et c'était là ce qu'elle mettait surtout en relief, sa déchéance et sa confusion, trop certaines, hélas ! devaient se lire sur son front comme la rougeur sur celui d'un enfant ; tout le monde la voyait bien dans son fond, telle qu'elle se voyait elle-même et qu'elle était en réalité, comme un être de rebut, dénué de toute validité intellectuelle désormais, et de toute valeur morale, indigne même de paraître aux yeux de ses semblables, à qui elle ne pouvait plus inspirer que des sentiments de dédain, de mépris ou de haine, juste sanction de l'opprobre où elle était descendue ! Tout se tournait contre elle, du reste, les choses et les hommes : sa santé seule demeurait excellente, pour lui faire mieux sentir son malheur, sans doute ; mais son commerce de lait en ville, comme sa ferme à la campagne, périclitaient ; ses champs et son bétail ne donnaient plus; elle allait être cause de la ruine des siens, comme de la sienne propre, vouée dès lors au déshonneur, à la misère et finalement à une chute ignominieuse sous la réprobation de tous. Autant valait prévenir ces maheurs en se donnant volontairement la mort puisqu'aussi bien elle était damnée d'avance, Dieu même lui ayant retiré sa protection et sa miséricorde ?... Et c'étaient des crises de désolation, avec lamentations bruyantes, ou de désespoir, avec prostration voisine de la stupeur. Puis encore, des raisons à se donner pour justifier, par sa faute sans doute, par quelque délit invraisemblable ou crime monstrueux, l'aversion générale dont elle se sentait être l'objet, et elle épluchait tout son passé, grossissant ses moindres pecca-

©BIUM

dilles d'enfant !... De ceci, encore, elle revenait assez volontiers, reconnaissant quand on la poussait, qu'elle n'avait rien de grave à se reprocher. Mais, pour motiver l'angoisse persistante qu'elle en éprouvait, en dépit de toutes raisons, même dans les intervalles des crises : n'avait-elle pas, involontairement et à son insu, commis quelque méfait impardonnable ? ou bien alors, si elle n'était pas coupable, pourquoi était-elle ainsi en butte à l'hostilité de tous ? c'était donc qu'on lui en voulait, de parti pris ? et elle cherchait maintenant hors d'elle-même, dans les intentions d'autrui, les raisons d'une malveillance dont elle s'affligeait sans parvenir à se l'expliquer. Mais elle ne franchit jamais, dans cette voie, l'étape définitive du paranoïaque : jamais elle ne précisa davantage, pourquoi on lui en voulait, ni qui lui en voulait; jamais du reste aucune hallucination ne vint appuyer, ni confirmer ses suppositions ; jamais non plus aucune suggestion de grandeur, ni même de satisfaction, ne vint la consoler, la relever de son accablement ; jamais, enfin, elle ne prit, à aucun moment, cette attitude orgueilleuse, conséquence tardive et raisonnée, dit-on, des idées de persécution, qui eût consisté à se croire un personnage d'importance, du moment qu'on la poursuivait d'une telle haine, par jalousie sans doute. Rien de semblable ici : le sentiment de fond fut toujours la dépréciation de soi et la douleur morale, simple, ou agitée, ou stupide, sans aucune compensation, même de vanité ; et les conceptions délirantes demeurèrent aussi uniquement dépressives, sans incriminations de personnes, ni revendications d'orgueil, les protestations épisodiques elles-mêmes ne visant que l'animadversion publique dont elle se croyait entourée. La psychothérapie et l'opium donnèrent des résultats inespérés chez cette malade, encore accessible aux conseils et directives d'une sympathie discrète, et dont les élucubrations idéo-émotives avaient bien pu, en quelques semaines et en un raccourci presque schématique, parcourir toute la gamme des états mélancoliques, mais par cela même, par leur mobilité un peu

©BIUM

superficielle, n'avaient que mieux donné prise à une critique attentive à les déraciner à mesure de leur éclosion.

Ce qui faisait pour moi l'intérêt de cette observation, c'était sans doute de voir avec netteté les divers états mélancoliques découler tous d'un même trouble initial, d'un sentiment unique et profond de déchéance, pénétrant de douleur et d'amertume la personnalité entière, le moi le plus intime, faussant dès lors de ses notes aigries la résonnance normale de l'être au contact du monde extérieur, éveillant en lui des inquiétudes, des suspicions, des suppositions injustifiées, des appréciations tendancieuses, en quoi résident les conceptions délirantes au début. Mais c'était surtout la manière dont se faisait cette filiation, par un procédé d'extériorisation paradoxal, dont nulle mélancolique avant celle-ci ne m'avait aussi clairement dévoilé le jeu : où la malade introduisait en quelque sorte Dieu et les hommes dans sa vision intérieure et leur faisait partager le dégoût qu'elle disait en avoir elle-même ; puis, éprouvant de leur acquiescement tacite un redoublement de peine, se prenait à son tour et par une contradiction dont il ne manque pas d'exemples en matière d'émotivité, à protester contre leur réprobation supposée et à leur tenir rigueur d'un sentiment qu'elle-même leur avait gratuitement prêté! Elle établissait ainsi avec le monde extérieur un échange de mauvais procédés, où tout venait d'elle, les offres, les demandes et les réponses, et dont elle se déclarait ensuite le mauvais marchand ! Or, n'est-ce pas là ce qui se passe un peu en chacun de nous, quand nous sommes frappés par l'adversité ? Nous aussi nous en éprouvons une peine morale et une dépression organique autant que psychique, et qui se reflette sur le monde extérieur, même physique, lequel nous apparaît dès lors atone, terne et décoloré. Si la cause de notre chagrin est une déception ou un échec, nous ressentons aussi comme une diminution, un amoindrissement de nous-même, une crainte surtout de paraître tels aux yeux d'autrui, et pour peu que cette opinion défavorable se manifeste, une peine,

©BIUM

plus aiguë encore, suivie d'accablement et de désespoir, si c'est nous qui sommes en faute, ou au contraire une vive contrariété, une colère avec réclamations véhémentes, si la déception ou l'échec ne sont pas mérités. Que si la peine ou le chagrin ne sont imputables qu'à notre mauvaise fortune, nous nous lamentons sans doute plus ou moins suivant notre faiblesse, ou notre résignation, ou notre constance devant le malheur ; mais vis-à-vis de nos semblables, nous escomptons bien leur sympathie à cette occasion, et s'ils nous la refusent, nous sommes prêts encore à crier à l'injustice, comme si cela nous était dû. Nous n'attendons même pas, le plus souvent, qu'ils nous la refusent: un mot, un geste d'hésitation ou de réserve, un jeu de physionomie involontaire et qui même n'a aucun rapport avec l'objet qui nous occupe, suffisent à éveiller nos suceptibilités, et, pour peu que l'amour-propre ou la passion s'en mêlent dans la vie courante, si surtout notre humeur ombrageuse y incline, le seul fait de ne pas partager notre manière de voir et de sentir nous rend les gens suspects et nous leur fait attribuer des intentions malveillantes, aussi gratuites que celles du mélancolique en mal de persécution ! N'est-ce pas là, si nous voulons être sincères, la cause la plus fréquente de nos brouilles, parfois les plus durables, et dont nous avons toujours quelque peu à rougir, à part nous, quand une explication vient à les dissiper. Or ce n'est point là une psychologie d'exception, encore qu'elle soit dénuée de sens autant que de raison ou d'élévation. Elle est, au contraire, communément répandue, non seulement dans le vulgaire où elle est encore proche voisine de l'impulsivité des primitifs, mais chez l'homme cultivé, qui, lui aussi, revient vers elle sitôt qu'il oublie, ne fût-ce qu'un instant, la maîtrise critique de soi imposée par la vie collective ; et chez le délirant chronique, même primitif, dont on verra les conceptions dériver également d'états mélancoliques parvenus ou non jusqu'au seuil de la conscience, par une réaction d'orgueil hypersthénique opposée à la dépression anxieuse du début; et chez le dément ou le dégénéré excités

©BIUM

qui, pour mieux s'ébattre, dépouillent d'abord toute contrainte d'éducation et de tenue. Sous la poussée de l'émotion normale ou pathologique, l'homme fait réversion d'instinct vers les habitudes de suspicion et de défense agressive dont il usait à l'état de nature, et dont le débile n'a même jamais pu se défaire. Sur ce terrain originel commun, la psychologie du sain d'esprit, du malade et de l'arriéré se rejoignent : n'est-il pas légitime de marquer le rapprochement, quand il est utile ?

Point n'est donc besoin de recourir à des situations extrêmes, à des coups de sort, chez le normal, pour établir, une fois de plus, cette vérité, que nous vivons de l'opinion d'autrui, bien ou mal venue, qu'il nous est intolérable de la voir ne pas s'intéresser à nous, que la plupart de nos actions tendent à nous la rendre favorable, au risque d'en être parfois ridicules, à la violenter au besoin pour la tirer d'indifférence et lui faire accepter l'idée avantageuse que nous avons de nous-mêmes, ou que nous voulons qu'elle en ait. Or de cette opinion d'autrui, le mélancolique déclare n'avoir plus ni soin, ni souci. Mais ne l'en croyons pas trop sur parole ; car la moindre expérience intérieure nous apprend que nous vivons aussi et d'abord de cette propre opinion personnelle que nous voudrions tant faire partager, et sans laquelle du reste l'estime d'autrui elle-même ne nous est d'aucun prix ; et le dédain des stoïciens pour la foule montre bien que nous pouvons nous passer de celle-ci, pourvu que nous gardions celle qui nous vient de notre fond. Entendons bien qu'il ne s'agit pas nécessairement ici de l'estime morale de soi, dont les fripons se moquent à leur tour en se parant d'elle au besoin pour faire des dupes ; mais de cette estime toute pratique et plus communément prisée, du sentiment de ce que nous valons par l'intelligence et dont nous sommes capables par la volonté, basé sur ce que nous avons été dans le passé. Que ce sentiment soit légitime ou non, peu importe ; mais, même illusoire, une certaine confiance en nous, un certain tonus moral autant que physique est nécessaire en nos moindres actes et attitudes, comme dans

©BIUM

les entreprises où nous engageons le plus de notre responsabilité, et sans cette assurance de fond, les plus présomptueux deviendraient aussitôt des timorés qui n'oseraient plus ni agir, ni se montrer, ni se laisser voir. Or c'est ce qui arrive, à l'entendre, chez le mélancolique, qui ne renonce à l'estime d'autrui que parce qu'il s'en tient vraiment pour indigne, et dont la douleur ne prend effectivement le ton de l'anxiété et de l'angoisse que parce qu'elle exprime cette perte de confiance totale et définitive par où l'on va droit au suicide. Mais encore ne devrait-elle prendre ce ton, précisément, que dans la mesure où elle exprime réellement cette détresse morale et ce désespoir ? Car il y a des degrés en cette matière, et l'on conçoit que la perte absolue de toute estime de soi et de toute confiance exclue chez celui qui l'éprouve, tout soin de l'opinion d'autrui ; mais il n'en est pas ainsi heureusement dans tous les cas ! Sinon, comme le sentiment qui domine actuellement la conscience du psychopathe est toujours celui qu'elle tient pour le seul vrai et définitif, cela n'aurait jamais d'autre conséquence possible que la suppression immédiate de soi ? Or nous savons que le suicide, pour si fréquent qu'il soit dans la mélancolie, n'y est pourtant pas de règle : c'est donc qu'il y a aussi des degrés dans la conviction intime du malade et, encore que celle-ci soit en grande partie inconsciente, n'est-on pas, dès lors, autorisé à le taxer d'exagération involontaire assurément, quand après avoir déclaré qu'il n'a plus aucune estime de soi, ni désir de celle d'autrui, il ne traduit pas son désenchantement et sa désespérance par quelque tentative de cet ordre ? Gardons-nous, en tout cas, ici comme plus haut, d'accorder d'emblée notre créance au mélancolique en toutes ses doléances. Certes, c'est en toute bonne foi qu'il se proclame déchu, ruiné, damné, ou coupable, ou victime, et le sentiment qui l'oppresse, à vouloir en mourir, est de ceux que ni le fripon ne saurait simuler, par perversion, ni le stoïcien dissimuler sous son dédain ; mais il est trompé lui-même, aveuglé dans sa vision intérieure, par l'irruption soudaine de ce sentiment qui envahit toute sa conscience,

©BIUM

réduisant au silence, refoulant tous les autres jusque dans les limbes de l'inconscient, où ils cessent d'être perçus ; et nous-mêmes, pour les retrouver, nous devons faire confiance à la psychologie normale qui nous affirme que l'estime et surtout l'amour de soi ne perd jamais ses droits, que l'homme, tant qu'il vit, s'aime soi-même avant tout, et rechercher dès lors si cette loi ne demeure pas vraie ici encore : si l'amour-propre en particulier, cette forme d'amour de nous-mêmes et spécialement de notre personnalité, aussi attentive à réclamer que jalouse de défendre la place que nous croyons devoir tenir dans le monde, si ce « maître d'erreur et de fausseté », plus dangereux que l'imagination, en ce qu'il nous trompe surtout sur nous-mêmes, et dont l'œuvre morale des siècles s'est attachée à nous dévoiler les multiples et changeantes modalités pour mieux nous mettre en garde contre elles, n'exerce point encore un rôle primordial sous ce désarroi et ce désespoir sans fond du mélancolique, où nul moraliste assurément n'a jamais songé à aller le débusquer !

(*A suivre*).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 MAI 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Abadie, Xavier Abély, Frantz Adam, Allamagny, Baruk, Beaussart, Borel, Demay, Halberstadt, Hamel, Hesnard, Lalanne (de Nancy), Masbrenier, Porot, Rayneau, Daniel Santenoise, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 28 avril 1924. La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Dabout qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

une lettre de M. le Dr Lautier (d'Alençon) qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. Une Commission est désignée, composée de MM. Pactet, René Charpentier et Henri Colin, rapporteur ;

une lettre de M. le Dr Paul Abély (de Paris), qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. Une Commission est nommée, composée de MM. Claude, Colin et Capgras, rapporteur ;

une lettre de M. Répond, remerciant la Société de s'être fait représenter à la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie.

Rapport de candidature.

M. CAPGRAS. — Vous avez nommé une commission composée de MM. Claude, Truelle, Capgras, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. Jean Reboul-Lachaux, au titre de membre correspondant.

Externe des hôpitaux de Marseille, en 1914, Jean Reboul-Lachaux n'hésita pas à interrompre ses études;

©BIUM

il s'engagea pour la durée de la guerre, obtint la croix de guerre et le grade de médecin-major de 1re classe.

Interne des hôpitaux de Marseille au concours de 1920; Interne des Asiles de la Seine, reçu premier, au concours de 1922 ; Médecin légiste de la Faculté de Paris en 1922 ; Docteur en médecine de la Faculté de Paris, en 1923 ; Chef de clinique à l'Ecole de Médecine de Marseille (concours 1923), il vient de subir brillamment les épreuves du concours de médecin des Asiles publics d'aliénés.

Doué d'une puissance de travail remarquable, possédant une érudition scientifique et littéraire de premier ordre, il a déjà publié des mémoires importants dont je ne citerai que les principaux, consacrés à la neuropsychiatrie.

Avec le Prof. Roger, de Marseille, il étudie le syndrome neurologique de l'inflammation zostérienne du ganglion géniculé; à l'occasion de deux observations cliniques originales, soulignant l'intérêt de la recherche systématique du syndrome de Ramsay-Hunt, dans les paralysies faciales douloureuses, il apporte une autre contribution aux troubles moteurs du zona en relatant un cas de *Paralysie radiale zostérienne.*

Il publie une observation anatomo-clinique de *Maladie de Recklinghausen à localisations multiples périphériques et centrales* (avec le Prof. Roger et M. Aymès), un cas de *Myopathie combinée à prédominance scapulo-humérale et pelvi-fémorale avec double équinisme* (avec M. Aymès); une observation anatomo-clinique de *Paralysies multiples et bilatérales des derniers nerfs crâniens par tumeur de l'étage moyen de la base du crane* (avec le Prof. Roger et M. Aymès); une variété spéciale de sensation lumineuse anormale (lueur bleue) accusée par un Epileptique hémianopsique dans le champ visuel aveugle et il propose, pour les symptômes excito-visuels, une classification analogue à celle donnée par Bard, Piéron, pour les troubles déficitaires des hémianopsiques (avec le Prof. Roger, *Encéphale,* déc. 1921).

Il décrit avec moi, sous le nom d'« *Illusion des Sosies* » un syndrome mental, opposé à l'illusion de

©BIUM

fausse reconnaissance et consistant à méconnaître une identité réelle tout en apercevant la ressemblance parfaite (Soc. clin. de Médecine Mentale, 15 janvier 1923).

Il présente à la même Société, le 19 mars 1923, sous le nom de clastomanie systématique, une malade, primitivement anxieuse et délirante, se livrant à des actes de destruction d'abord impulsifs, puis à caractère obsessionnel, enfin — au cours d'un état mixte de longue durée, sans affaiblissement intellectuel — volontaires, prémédités et exécutés avec ruse ; puis en avril un cas de *Paralysie générale épileptiforme prolongée,* évoluant depuis 8 ans avec formule humorale à peu près négative.

Dans sa thèse sur *le Réflexe solaire,* faite sous la direction du Professeur Claude, après un aperçu des procédés servant à étudier les réactions du système neuro-végétatif, il expose les notions relatives à la recherche, aux modalités cliniques et physiologiques du Réflexe solaire et donne les résultats des observations qu'il a faites dans le service de la clinique des maladies mentales ; les rapprochements psychiatriques et biologiques sont groupés en 4 catégories, la réponse du Réflexe solaire, étudiée parallèlement à celle du réflexe oculo-cardiaque, étant différente suivant les groupes considérés : 1° psychose périodique ; 2° épilepsie ; 3° anxiété constitutionnelle, constitution émotive, psychopathies avec troubles cœnesthésiques ; 4° sujets atteints de troubles acquis de l'affectivité, du jugement et de l'activité générale et présentant une aréflexie neuro-végétative.

Il décrit une modalité particulière d'Erotomanie : *Erotomanie secondaire* (avec le Dr Truelle, Soc. Clin. de Méd. Mentale, décembre 1923), où le syndrome érotomaniaque est apparu à la faveur d'un système de défense commandé par un délire de persécution. Il participe enfin à l'étude de l'Encéphalite épidémique. Il publie une des premières observations d'arythmie respiratoire succédant à l'épisode aigu (avec le Dr Capgras, Soc. Clin. de Méd. Mentale, 17 juillet 1922). L'examen des troubles mentaux observés dans la période tardive de l'infection lui permet, d'autre part,

©BIUM

de considérer, ici même, avec le Dr Truelle, les réactions d'allure perverse constatées à la suite de l'E. Ep., soit comme le seul épanouissement de tendances constitutionnelles anormales, soit comme un syndrome d'excitation hyperthymique globale créé par l'E. Ep.. A l'appui de cette conception, il apporte, par ailleurs, deux observations d'actes délictueux et pervers, accomplis à l'occasion d'accès intermittents frustes (Société M.-Psych., mars et avril 1924).

Le meilleur de ses titres, c'est sa bonté pour les malades, son empressement et sa patience à les écouter, à les consoler, à les soigner. Je puis en témoigner : tous ceux qui conservent une lueur de raison, dans mon service, ont plaisir à rappeler son année d'internat. Il fut pour moi un savant collaborateur dont j'ai, particulièrement, apprécié le dévouement.

Guidé par le souvenir glorieux d'un père qui, médecin-inspecteur des troupes coloniales, est mort pour la France, stimulé par l'exemple de son oncle et de son frère, tous deux aliénistes bien connus de vous, le Docteur Jean Reboul-Lachaux, modeste comme tout homme de valeur, va droit son chemin, sans bruit, sans faiblesse, sûr d'un bel avenir. Il a sa place marquée dans notre Société. Votre commission vous demande de l'y introduire.

Election

M. le Dr Jean Reboul-Lachaux est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité de 18 suffrages exprimés.

Rapport de candidature

M. Pieron. — Le professeur Henrique de Brito Belford Roxo, fut un brillant élève de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro ; il devint, en 1898, interne à l'Hospice national d'aliénés, cette vieille et célèbre maison que dirige notre éminent collègue Juliano Moreira, et dont le beau vestibule est gardé par les statues des grands aliénistes français. Assistant, en 1901, de la clinique psychiatrique, suppléant, en 1904, professeur extraordinaire de neurologie et psychiatrie

©BIUM

en 1911, il succéda, en 1921, à Teixeira Brandaô, comme professeur titulaire de la chaire de clinique psychiatrique de l'importante Université de Rio, et directeur de l'Institut neuro-pathologique d'assistance aux aliénés situé à l'Hospice national.

Il possède là un important service clinique, comprenant un service ouvert à côté des services d'internement, et des laboratoires bien outillés, un laboratoire de psychologie, en particulier, où l'on met en application les méthodes de la « Technique de Psychologie » et où l'on emploie nos appareils.

Les travaux du professeur Roxo, qui est membre de l'Académie de médecine de Rio, sont nombreux et je ne puis les énumérer tous, je n'indiquerai que les principaux.

Tout d'abord la thèse inaugurale, qui date de 1900, et qui porta sur la durée des actes psychiques élémentaires chez les aliénés : cette étude fort bien conduite et très intéressante sur les temps de réaction montre que le professeur Roxo fut un des premiers à faire entrer les méthodes de la psychologie expérimentale dans la clinique psychiatrique.

Divers travaux, des observations, des discussions théoriques, des recherches, sur la syphilis cérébrale, sur la paranoïa, sur le pouls chez les aliénés, sur les psychopathies des nègres, sur les causes de la folie au Brésil, sur le traitement de l'épilepsie et de la psychasténie, etc., s'étagent de 1899 à 1907. Une série d'études, de 1908 à 1915, préparent l'élaboration d'un grand Traité dont nous allons dire quelques mots : elles traitent de la conscience, de l'attention, de la mémoire, de la volonté, du raisonnement, de l'affectivité, chez les aliénés.

En même temps et jusqu'à aujourd'hui se succèdent d'autres articles sur le délire systématisé hallucinatoire, la confusion mentale, la démence précoce, les états atypiques de dégénérescence, le diagnostic précoce des tumeurs du lobe frontal, l'opiomanie, etc.

C'est en 1921 que fut publié l'important Traité qui synthétisait de nombreuses années d'enseignement (1).

(1) *Manual de Psychiatria*, in 8° de 712 pages, Alves, Rio-de-Janeiro.

©BIUM

Dans ce volume, une partie très importante est consacrée à la psychologie pathologique. Mais les descriptions cliniques constituent l'essentiel, et manifestent une expérience personnelle appuyée d'une connaissance approfondie de la littérature psychiatrique et tout particulièrement de la littérature française.

Le professeur Roxo connaît et pratique parfaitement notre langue. C'est un actif travailleur et un homme charmant ; c'est surtout un psychiatre de grande autorité que nous devons être heureux d'accueillir comme membre associé à la Société Médico-psychologique ; nous pouvons témoigner par là, en même temps, de notre haute estime pour la psychiatrie brésilienne, et de notre sympathie pour la grande République qui sait toujours réserver aux Français le plus chaleureux accueil.

M. le Dr Henrique Roxo (de Rio de Janeiro) est élu membre associé de la Société, à l'unanimité de 19 suffrages exprimés.

Rapports des commissions de prix

Prix Aubanel

M. Mignard. — Messieurs, une commission composée de MM. Semelaigne, Leroy, Vurpas, Mallet, Mignard, rapporteur, a été désignée pour examiner les travaux présentés pour le prix Aubanel. Le sujet proposé était le suivant : les Etats Maniaques.

Deux mémoires ont été remis à votre Commission, l'un du Docteur R. Deron, l'autre du Docteur D. Santenoise ; et je dois dire, dès maintenant, que la Commission a particulièrement remarqué l'excellente qualité des deux travaux qui lui ont été soumis.

Dans l'Introduction de son Mémoire, M. D. Santenoise rend hommage aux tableaux cliniques et aux études psychologiques que les Maîtres de la Psychiatrie, anciens et modernes, nous ont laissés des états maniaques. Il ne pense pas que l'on puisse ajouter quelque chose à leur œuvre sur le terrain qu'ils ont choisi. C'est en vertu de ce principe que l'auteur s'attachera seulement à mettre en rapport avec les données qu'ils

©BIUM

ont fixées, celles qu'il vient d'obtenir par l'application aux malades qui présentent ces troubles spéciaux des nouvelles méthodes de recherche biologique.

C'est aux maniaques intermittents que M. D. Santenoise s'est adressé surtout pour établir des formules caractéristiques de certaines réactions biologiques dépendant, plus ou moins directement, du système neuro-végétatif. Dans de nombreuses et patientes expériences, que je ne puis même indiquer ici, mais auxquelles se rapportent les abondants documents, tracés et graphiques présentés à l'appui de ce travail, nous voyons étudiées, au moment des accès et dans les intervalles, les variations de la formule leucocytaire, en rapport avec celles des fonctions vasomotrices, digestives, hépatiques, et surtout les modifications des processus nerveux vago-sympathiques, qui commandent cet ensemble complexe.

« En résumé, dit M. Santenoise, nous avons cons-
« tamment observé dans la psychose périodique un
« déséquilibre très considérable du système neuro-
« végétatif. Nous avons noté, en particulier, que les
« paroxysmes de cette affection, accès d'excitation
« maniaque ou d'agitation anxieuse, sont caractérisés
« par une hyperexcitabilité très marquée du système
« vague. Nous avons vu, de plus, que cette augmenta-
« tion du tonus parasympathique précède de plusieurs
« jours l'apparition des accès. Enfin, les intermittents
« à périodes intercalaires courtes nous ont semblé
« présenter en général un réflexe oculo-cardiaque très
« marqué, même dans les périodes de calme. »

Ce bref aperçu vous permettra seulement de vous rendre compte de l'intérêt très considérable, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, des recherches de M. D. Santenoise sur les variations du tonus neuro-végétatif en rapport fonctionnel avec celles des états mentaux étudiés. Je dois ajouter qu'une partie concernant les expériences pharmacodynamiques laisse entrevoir les plus intéressantes perspectives thérapeutiques. Ce travail, très original, nous apporte donc des vues neuves et fécondes. Il constitue un chapitre nouveau, et des plus remarquables, des études biopsychiatriques.

©BIUM

M. R. Deron, pour sa part, n'a pas pensé que tout fût dit sur la clinique et la psychologie des états maniaques. Il ne s'est pas laissé décourager par l'éclat des belles études antérieurement parues; et votre Commission pense qu'il a bien montré, par le fait, que des choses neuves et très intéressantes pouvaient encore être dites sur ces points. La biologie, la psychologie, la clinique sont des disciplines autonomes, bien qu'associées. Le progrès de l'une d'elles ne doit pas arrêter l'épanouissement des autres, car ces méthodes ne sauraient s'exclure. Leur harmonieuse synthèse, dans des vues d'ensemble bien comprises, nous offre l'exemple de ce qui doit être tenté pour la bonne intelligence des résultats si complexes obtenus dans les divers ordres de recherche.

Nous ne saurions donner en quelques lignes l'analyse complète de l'ouvrage si nourri, si réfléchi, de M. R. Deron. Nous dirons seulement qu'au profit de ses abondantes lectures, tant psychologiques et cliniques que biologiques, à celui de l'enseignement, si vivant et si profond, du Maître Séglas, l'auteur a joint le résultat d'observations et de réflexions toutes personnelles et intéressantes. Relevons, en autres points, la conception de l'état maniaque considéré comme un syndrome ; l'importance reconnue de l'automatisme moteur dans la psycho-physiologie de tels états ; la constatation, sous l'influence de cet automatisme, de l'abaissement de la valeur de l'activité mentale ; une discrimination très judicieuse des divers types d'erreurs qui se produisent au cours de ces états ; de pénétrantes considérations sur le jeu et la rêverie. Mais nous devons spécialement signaler le beau chapitre sur les troubles de l'activité et de la conduite, qui place la question sur un terrain très moderne, cher aux psychologues du « comportement » ainsi qu'aux élèves de Pierre Janet. Il faut remarquer, notamment, la très originale étude sur l'inertie au cours des états maniaques. Des considérations sur les signes physiques, où sont discutées les récentes théories biologiques, terminent cet intéressant ouvrage.

Pour choisir entre ces deux belles études, qui repré-

©BIUM

sentent beaucoup de travail et de talent, votre Commission se fût trouvée fort embarrassée, si une considération étrangère à celle de leur valeur intrinsèque n'obligeait à les départager. Malgré tout leur intérêt, ces deux ouvrages ne traitent pas toute la question proposée. Celui de M. R. Deron, cependant, dans ses « généralités », dans la « Séméiologie psychologique », les « Signes physiques » des Etats Maniaques, contient l'essentiel du sujet. Celui de M. D. Santenoise, dont nous soulignons encore une fois la haute valeur scientifique, ne traite qu'une part bien spéciale de la question, celle qui concerne les rapports des variations des états maniaques avec les variations des fonctions neuro-végétatives. Encore son étude touche-t-elle également les épisodes anxieux de la psychose périodique, certaines bouffées délirantes, et d'autres troubles psychopathiques, en se plaçant toujours au point de vue biologique. La Commission, tout en reconnaissant le grand intérêt de ces rapprochements et de ces recherches, estime que seul le mémoire de M. R. Deron traite le sujet dans son ensemble. Rendant hommage à la valeur de ces deux ouvrages, vraiment remarquables, elle vous propose, en conséquence, de décerner le Prix Aubanel au travail de M. R. Deron, et une Mention très honorable à celui de M. D. Santenoise.

Les propositions de la Commission, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité. Le PRIX AUBANEL est décerné à *M. le Dr Deron.* Une *mention très honorable* est accordée à *M. le Dr Daniel Santenoise.*

PRIX BELHOMME

Commission composée de MM. Briand, Claude, Legrain, Pactet, Simon, rapporteur.

M. SIMON. — Nous avons regretté que le sujet mis au concours pour le prix Belhomme n'ait suscité la présentation que d'un seul mémoire. Nous avons regretté ensuite que celui-ci ne nous ait pas offert toutes les qualités que nous y aurions souhaitées : les observations qui y figurent auraient pu être plus approfondies, les troubles décrits manquent parfois de relief.

©BIUM

Cependant le travail de M. ROBIN : *troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique* témoigne d'une connaissance assez étendue de la littérature qu'avait déjà provoquée à l'époque la question des troubles mentaux de l'encéphalite ; l'auteur y ajoute des faits et des remarques personnelles ; il termine par un tableau clinique qui paraît juste dans ses grandes lignes. Malgré les réserves que nous formulons plus haut ce travail représente donc une mise au point consciencieuse, facile à lire et votre commission estime que le prix Belhomme peut lui être décerné.

Th. S.

Les propositions de la commission mises aux voix sont adoptées à l'unanimité. Le PRIX BELHOMME est décerné à M. le Dr ROBIN.

PRIX ESQUIROL

M. TRÉNEL. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Vallon, Arnaud, Antheaume, Dupain et Trénel, rapporteur, de vous présenter un rapport sur l'unique mémoire déposé pour l'obtention du Prix Esquirol.

Ce mémoire présenté par M. Targowla, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine, a pour titre : *Recherche sur le syndrome humoral de la paralysie générale et ses applications cliniques.*

M. Targowla s'est attaché à l'étude du syndrome humoral de la paralysie générale et durant ses trois années d'internat a poursuivi sans relâche ses recherches sur ce chapitre toujours renouvelé de pathologie mentale. Le nombre et la précision de ses observations cliniques, la multiplicité de ses examens de laboratoire, donnent une base solide aux conclusions qu'il tentera d'en tirer.

Il en précise le but dans cette phrase : « Après avoir exposé rapidement les différents éléments constitutifs du syndrome humoral, nous essaierons de démontrer l'existence de plusieurs modalités mesurables de ce syndrome et nous étudierons les rapports

©BIUM

qu'elles présentent avec les données cliniques. Enfin nous nous efforcerons de déduire de cette double démonstration un certain nombre de considérations cliniques générales. » Nous ne chicanerons pas M. Targowla sur l'axiome qu'il émet que « la destruction matérielle proprement dite, définitive, ne joue qu'un faible rôle dans le déterminisme de la démence caractéristique » et que « les lésions méningées ne sont que la traduction fixée, à un moment donné, d'un phénomène, évolutif, dynamique ». C'est peut-être là céder à une tendance au dogmatisme.

Nous préférons exposer les faits palpables, les constatations matérielles très intéressantes et les recherches très poussées de l'auteur. M. Targowla passe d'abord en revue les quatre réactions « Leucocytose, hyperalbuminose avec exagération des globulines, réaction de fixation dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, « Tétrade humorale », caractéristique de la P. G. et conclut qu'il n'existe pas de P. G. cliniquement indiscutable avec syndrome humoral négatif ; que dans les cas cliniquement douteux ce syndrome permet, soit par sa présence, soit par son défaut, de résoudre le problème parfois sans lui insoluble.

La technique de la réaction de Guillain et sa valeur sémiologique sont exposées en détail. L'auteur en fixe la notation suivant ses diverses modalités et son interprétation clinique et pronostique.

Il apporte sa contribution personnelle par l'ingénieuse méthode qu'il a imaginée de la réaction de l'elixir parégorique.

Il donne ici une importance particulière à la détermination d'une classification du syndrome humoral dont il distingue *une forme moyenne, une forme intense, une forme atténuée ;* division qu'il a été amené à établir en partant des réactions homonomes du benjoin colloïdal ayant constaté qu'il existe « un certain parallélisme entre l'intensité globale de ce syndrome et celle de la réaction colloïdale ».

Chacune de ces formes fait l'objet d'un chapitre développé, illustré de nombreuses observations com-

©BIUM

portant toutes de multiples expériences de laboratoire ; cette seconde partie du mémoire se termine par une vue d'ensemble du syndrome humoral, dont la conclusion est que, par elle seule, la réaction de floculation donnée par le benjoin colloïdal fournit une précision suffisante pour constituer une véritable mesure.

Dans une 3e partie est étudiée la valeur séméiologique du syndrome humoral dans ses différentes formes. Le syndrome humoral moyen s'observe à toutes les périodes de la maladie et sa précocité, comme il précède le syndrome clinique, permet un diagnostic précoce. Il répond à une méningo-encéphalite d'intensité moyenne.

La forme intense du syndrome s'observe indifféremment à toutes les périodes de la maladie. Il indique une intensité exagérée du processus, mais il n'a qu'une valeur *actuelle* et ne permet pas un pronostic ferme.

Les formes atténuées sont liées à un processus d'intensité faible et d'évolution lente. Dans de tels cas le syndrome humoral peut devenir négatif. On conçoit l'importance de cette dernière affirmation de M. Targowla si elle est vérifiée.

Dans un dernier chapitre de « Considérations cliniques », s'abstenant de reproduire les opinions connues des auteurs, M. Targowla étudie à propos de quelques cas particuliers, l'intérêt que présentent tant le syndrome humoral global que chacun de ses éléments en insistant surtout sur la valeur diagnostique et pronostique de l'intensité du syndrome qui se montre faible dans les paralysies tabétiques, dans les états dépressifs et circulaires. D'autre part, un syndrome humoral fort, accompagné ou non d'augmentation du taux de l'urée dans le liquide est d'un pronostic fâcheux. L'augmentation de l'urée dans les cas de réactions moyennes ou faibles doit faire penser à la probabilité d'une confusion mentale surajoutée, le plus souvent curable et aboutissant à une pseudo-rémission.

La modalité du syndrome au cours des ictus serait aussi un important élément de pronostic immédiat, de même en cas d'apparition d'escarres.

©BIUM

Les syndromes atténués sont constants dans les rémissions vraies.

Enfin, si peu encourageants que soient les résultats de la thérapeutique moderne, il n'en est pas moins vrai que la constatation d'un syndrome humoral atténué est une indication favorable, et en terminant il est donné un cas où un syndrome de type paralytique guérit par un traitement intensif.

Nous ne sommes point partisan de longs rapports parfois envahissants, à moins qu'ils ne doivent servir de point de départ à des discussions générales. Mais l'importance du sujet traité par M. Targowla, en raison de son intérêt d'actualité, pourrait, à notre avis, être l'amorce d'une semblable discussion. C'est ce qui nous a engagé à l'exposer en détail.

Son mémoire constitue, en effet, une importante contribution à l'étude des réactions humorales dans la P. G. Si ses conclusions ne sont, comme il le reconnaît lui-même, que provisoires et sujettes à révision, elles n'en définissent pas moins l'état actuel de la question, la précisent d'une façon intéressante et la présentent sous toutes ses faces. Ce travail marque une étape dans l'édification de nos connaissances sur la maladie de Bayle. Pour qui se livre aux recherches de laboratoire, il représente le résultat du long et méticuleux labeur que réclament les travaux biologiques et la biologie pathologique en particulier, cette science nouvelle.

Si dévotieux que nous soyons à la clinique, nous devons encourager les jeunes travailleurs sur cette voie riche en promesses dans le domaine de la pathologie mentale où les résultats thérapeutiques sont jusqu'ici si décevants.

Au nom de la Commission nous vous proposons d'accorder à M. Targowla le prix Esquirol.

Les propositions de la Commission mises au voix sont adoptées à l'unanimité. Le PRIX ESQUIROL est décerné à M. le Dr *Targowla.*

©BIUM

Illusion des sosies et complexe d'Œdipe

par J. CAPGRAS et P. CARRETTE

Les fausses reconnaissances, si fréquentes dans certaines psychoses, ne conduisent qu'assez rarement les malades à parler de sosies, c'est-à-dire à découvrir une ressemblance entière, mais non une identité, entre deux personnes. Habituellement ils ne prennent pas des inconnus pour les sosies de leurs parents ou de leurs amis ; ils les prennent pour ces parents ou ces amis mêmes, ne se fondant pour cela, d'ordinaire, que sur une très vague ressemblance.

Sous le nom d'illusion des sosies l'un de nous, avec Jean Reboul-Lachaux (1), a décrit, non pas une fausse reconnaissance, mais une méconnaissance, une agnosie d'identification, caractérisée par ce fait que le même individu cessant d'être identifié, encore qu'il soit très exactement reconnu, se dédouble, voire se multiplie, en sosies : le malade perçoit la ressemblance parfaite, il s'en étonne même, mais il affirme néanmoins qu'il n'y a pas identité et il en déduit logiquement l'existence des sosies ; son affirmation n'est donc pas commandée par une erreur de perception, elle résulte d'une interprétation d'ordre affectif basée sur un détail infime : c'est une illusion interprétative.

La persécutée qui a fait l'objet de notre observation, et dont l'illusion s'est progressivement généralisée à tout l'entourage, découvrit, au cours d'une période d'inquiétude, que l'on changeait sa fille plusieurs fois par jour et elle déclare aujourd'hui qu'en quelques mois on lui montra plus de mille sosies de cet enfant. Dans ce cas l'illusion nous semble produite par la combinaison d'un sentiment d'étrangeté d'origine anxieuse et d'une méfiance extrême avec recherche

(1) J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX. — L'Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la Société Clinique de médecine mentale*, janvier 1923.

©BIUM

attentive des plus minimes particularités, le moindre changement de physionomie, de voix ou de costume suffisant à détruire le sentiment de familiarité indissolublement lié à toute reconnaissance immédiate.

Halberstadt (1) a publié récemment une observation de ce même syndrome et l'explique par l'existence d'une « mentalité prélogique » analogue à celle des peuples primitifs. Lévy-Bruhl, en effet, a montré que les perceptions sont toutes différentes chez le primitif et chez le civilisé. « Notre perception, écrit-il, est orientée vers l'appréhension de la réalité objective et de cette réalité seulement. Elle élimine ce qui aurait une valeur purement subjective. Par là elle contraste avec le rêve... Chez les primitifs ce contraste n'existe pas. Leur perception est orientée autrement. Ce que nous appelons réalité objective y est uni, mêlé et souvent subordonné à des éléments mystiques insaisissables que nous qualifions aujourd'hui de subjectifs. » Le primitif croit à ses rêves plus qu'à ses perceptions parce que le rêve est, pour lui, une perception privilégiée qui le met en communication directe avec les esprits et les forces mystérieuses dont il se sent entouré de toutes parts. Cette mentalité persiste encore chez la plupart d'entre nous. Comme l'a dit Amiel, « nous produisons nous-mêmes nos monstres, nos chimères et nos anges, nous objectivons ce qui fermente en nous... Nous sommes tous visionnaires et ce que nous voyons c'est notre âme dans les choses... Aussi tout paraît changer quand nous changeons ».

Cette subordination de la réalité au rêve, source de nos illusions, nous l'avons trouvée, à l'origine de l'illusion des sosies, chez une jeune israélite dont le cas a la valeur d'une démonstration expérimentale. Pendant un long accès de confusion mentale puerpérale cette jeune femme fut prise d'une haine subite contre son mari qu'elle aimait tendrement et qu'elle avait épousé contre le gré de la famille. Dès qu'elle l'apercevait, elle se précipitait sur lui, l'injuriait, le frappait,

(1) HALBERSTADT. — Le syndrome d'Illusion des sosies. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, octobre 1923.

©BIUM

le griffait. Cette conduite paradoxale, cette altération brusque de l'affectivité, jointe à d'autres symptômes, faisaient craindre la démence précoce. Une fois guérie, la malade dévoila le motif de ses actes. Dans un rêve éveillé, peut-être révélateur d'une envie inconsciente de divorcer, elle avait assisté à l'assassinat de son mari ; quand elle le revit bien vivant, elle crut à une comédie macabre et fut convaincue qu'on lui envoyait, pour la tromper, un bandit camouflé, selon son expression, semblable à son mari, mais qui n'était pas lui. Jamais elle n'employa le mot sosie, mais elle avait évidemment l'illusion qu'il désigne.

Nous observons maintenant depuis plusieurs années une jeune fille dont l'illusion des sosies, que nous allons décrire, a ceci de particulier qu'elle sert à masquer inconsciemment un instinct pervers, un désir d'inceste, longtemps refoulé et symbolisé sous la forme d'un état psychasthénique.

L'illusion des sosies a donc une étendue et une genèse très variables. Elle peut se généraliser et créer alors une sorte de délire métabolique. Elle peut au contraire se circonscrire à une petite catégorie de personnes ou même à un seul individu. Au point de vue pathogénique elle peut être rapprochée de certaines pseudo-amnésies, répudiations de souvenirs, oublis plus ou moins volontaires, sentiment de jamais-vu, dont l'un de nous a publié des exemples (1). Ce sont là, vraisemblablement, phénomènes de même nature, essentiellement affectifs, malgré leur apparence sensorielle ou mnémonique, liés soit à un sentiment d'inquiétude ou d'étrangeté, soit à un état onirique ou délirant, soit à un commencement de dépersonnalisation. Groupés sous l'étiquette de *méconnaissances systématiques*, ils constitueraient un syndrome qui ne semble pas avoir retenu l'attention jusqu'à présent et dont il y aurait lieu de poursuivre l'étude.

Voici d'abord notre nouvelle observation.

---

(1) J. CAPGRAS. — Deux cas d'amnésie systématique. *Bulletin de la Société Clinique de médecine mentale*, mars 1920. — Négativisme simulateur d'amnésie générale. *Ibid.*, mai 1920.

©BIUM

Blanche P... est actuellement âgée de 33 ans (née le 28 septembre 1891). Son père et sa mère sont en bonne santé. Elle a un frère de 28 ans ; deux autres frères sont morts, l'un jumeau du premier à 4 mois ; l'autre, plus jeune, à 6 mois, à la suite de convulsions. On ne connaît rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires.

Aimant la solitude, fuyant les jeux, d'un abord difficile pour les autres enfants d'une humeur « sauvage » selon son expression et d'un caractère précocement irritable, Blanche apprit assez péniblement à lire et à écrire et ne put subir l'épreuve du certificat d'études. Elle a été réglée à 14 ans. Elle n'a jamais pu garder une situation : apprentie couturière, ouvrière modiste ou vendeuse de magasin, elle quittait brusquement le travail à la moindre discussion, n'acceptant ni réprimande, ni conseil, ou se disant énervée, congestionnée par l'immobilité.

Blanche a toujours beaucoup aimé son père qu'elle préférait à sa mère. Quand il rentrait du travail, elle suivait sur sa figure avec anxiété, les traces de la fatigue et des soucis, admirait son énergie, son intelligence, recherchait ses caresses. On lui connaît cependant une liaison sentimentale avec un jeune homme ; il devait l'épouser, mais elle le quitta après un an de relations amicales, sans en éprouver de peine, pour ne pas mécontenter son père, qui la désapprouvait dans son choix.

A 18 ans, elle se montre d'une susceptibilité exagérée à l'égard de sa mère. Celle-ci lui dit, un jour qu'elle s'appliquait à la couture : « Ne plisse pas ton front, cela te donne l'air dur. » Cette simple remarque et d'autres portant sur des faits en apparence aussi futiles, l'affectent au point qu'elle ne peut plus penser à autre chose. « Je voulais ne pas sortir avec mes parents, — écrira-t-elle plus tard dans une de ses périodes de calme où elle s'analyse très bien. — je me figurais une montagne d'idées ; je croyais que je faisais peur aux personnes dans la rue ; j'allais dans un théâtre avec ma famille, je ne regardais pas les pièces que l'on jouait ; je causais avec ma mère, je ne pouvais pas continuer à travailler ; c'est pour cela que l'on m'a dit que c'était de l'obsession que j'avais. Mon caractère changeait de jour en jour ; je me mettais de mauvaise humeur pour la moindre chose que ma mère me disait ; je ne peux attribuer cette idée fixe qu'à mon sang qui est débile. »

Cet état obsédant s'aggrave peu à peu, s'accompagne de récriminations et de menaces, et bouleverse la vie de famille. En septembre 1915 à la suite d'une période d'excitation

©BIUM

où elle s'était montrée particulièrement agressive, ses parents décident de la placer à la Salpêtrière. Depuis cette époque, jusqu'à son arrivée à Maison-Blanche, en 1922, elle subira cinq internements ; chaque fois, la famille essaye de la sortir après quelques mois d'asile, espérant la guérison à la suite d'une période de calme relatif ; chaque fois, après un court essai de réadaptation, la malade s'excite à nouveau et on doit la replacer ; d'ailleurs, elle le demande elle-même, quitte à reprocher ensuite son internement à son père et à sa mère.

Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer cette période de son existence qui s'écoule de 1915 à 1922, que de transcrire ici les certificats des médecins qui l'ont examinée.

1er *internement* à la Salpêtrière du 13 septembre 1915 au 16 février 1916.

Entrée : « Attitude arrogante; reste constamment sur sa chaise dans une même pose de défi ; idées de persécution : sa mère, dit-elle, est folle, ne sait pas ce qu'elle dit et lui en veut. Refus de nourriture au début, qui a cessé sur la menace de la faire manger de force, mais on est obligé de la conduire à table. A toujours été anormale ; n'a pu apprendre aucun métier ; a essayé de nombreuses places où elle s'est plainte qu'on s'occupait trop d'elle. Est-ce une folie raisonnante, ou une folie discordante (hébéphrénie) qui commence ou se joint à la première ? » (Dr Ph. Chaslin).

Sortie : « Conserve les mêmes idées vagues de persécution avec attitudes arrogantes ; ne veut s'occuper à rien ; demande instamment sa sortie ; ses parents veulent la reprendre. » (Dr Ph. Chaslin).

2e *internement*. — Salpêtrière, du 5 juillet 1916 au 31 octobre 1916.

Entrée : « Débilité mentale et déséquilibre mental aggravés par une éducation peu judicieuse. Elle est beaucoup moins arrogante qu'à sa première entrée. Elle en voulait pourtant d'abord à son père et à sa mère ; il semble aujourd'hui que ces vagues idées de persécution aient disparu. Refuse encore de travailler à l'atelier, mais a écrit une lettre sensée à ses parents. A observer encore pour arriver à porter un diagnostic précis, car on peut se demander s'il n'y a pas complication par hébéphrénie. » (Dr P. Chaslin).

Sortie : « Est une de ces demi-folles, déséquilibrées de l'esprit, ne délirant le plus souvent pas, mais tenant avec obstination des raisonnements bizarres, instables, irritables, impulsives, atteintes de folie du caractère, ayant une

©BIUM

haute opinion d'elles-mêmes (elles ont toujours raison et les autres toujours tort), et qui ne sont à leur place longtemps, ni dans la maison d'aliénées, ni dans la société ordinaire entre lesquelles elles passent généralement leur vie à osciller (quelquefois aussi la prison les recueille pour un temps). Cette anormale avec laquelle ses parents se conduisent d'ailleurs très peu judicieusement, reprochait à son entrée à sa mère, de lui avoir dit une fois vers l'âge de 18 ans de ne pas plisser son front. Cette injonction l'avait empêchée de penser, de travailler et ainsi s'expliquait qu'elle n'avait pu rester dans aucune place. Elle a reproché avec véhémence pendant près de 8 jours, à une infirmière, de l'avoir empêchée de chercher elle-même les plats au réfectoire. Elle fait toute une affaire pour un bain donné en retard, etc..., etc... Elle réclame constamment sa sortie. Il a été impossible de la faire travailler plus de deux jours de suite à l'atelier, quoiqu'elle couse très bien à part ; à sa première entrée, elle avait présenté une attitude bizarre, stéréotypée, d'arrogance et de dédain qui, jointe à une mimique discordante (qu'elle a conservée : elle paraît sourire et rire lorsqu'elle se livre à ses récriminations) avait fait craindre un début d'hébéphrénie ; ce qui actuellement semble moins à craindre. Comme il arrive souvent en pareils cas, la prolongation de l'internement ne fait qu'exaspérer le déséquilibre du caractère. » (Dr P. Chaslin).

3e *internement.* — Du 8 juin 1917 au 28 février 1918.

Placement : « Démence précoce avec troubles des sentiments affectifs vis-à-vis d'elle-même et de sa famille ; idées de persécution de la part de sa mère qu'elle accuse de vouloir, suivant son expression, l'empêcher d'arriver ; aboulie : elle passe des journées sans rien faire ; tendances aux violences : elle a frappé et bousculé sa mère ; idées de suicide ; maniérisme et stéréotypies intermittentes ; rire explosif et non motivé ; variations rapides de l'humeur ; appoint basedowien certain. » (Dr Morel).

Admission : « Débilité mentale avec obsessions, craintes de persécution et impulsions au suicide. » (Dr Briand).

Ville-Evrard : « Débilité mentale avec préoccupations obsédantes hypocondriaques ; irritabilité et violences par intervalles ; Basedow fruste. » (Dr Truelle).

4e *internement.* — Du 12 février 1919 au 20 décembre 1919.

Infirmerie Spéciale : « Déséquilibration psychique caractérisée par l'association d'une constitution paranoïa-

©BIUM

que et d'une constitution hyperémotive. Sur ce double mode de déséquilibration s'est développé un système de revendication en vertu duquel, sa mère, lui ayant révélé qu'elle avait un plissement au front et une expression mauvaise du visage, elle est obsédée et honteuse à la fois, par suite de cette infirmité ; elle en veut à sa mère de la lui avoir révélée ; elle en conserve des préoccupations hypocondriaques, fuit le monde, cherche à se cacher et réagit en raison de l'état passionnel et de l'hyperémotivité par un état continu de maussaderie, d'irritabilité, d'impulsivité. Basedowisme associé. » (Dr Delmas).

Ville-Evrard : « Déséquilibre psychique avec idées obsédantes ; accès de colère ; impulsions ; conscience partielle de son état. » (Dr Lwoff).

5e internement. — Du 28 mai 1920 au 15 octobre 1922.

Ville-Evrard : « Débilité mentale avec idées obsédantes et préoccupations hypocondriaques, irritabilité et violences par intervalles. » (Dr Truelle).

Transférée à Vaucluse le 6-2-21 : « Débilité mentale ; idées obsédantes multiples ; instabilité d'humeur ; alternatives de dépression et d'excitation... syndrome fruste de Basedow. » (Dr Dupain).

Sortie : « Psychose hébéphrénique avec automatisation de l'activité mentale, inactivité, maniérisme, réactions paradoxales. » (Dr Mignard).

La dernière tentative de sortie, surtout provoquée par la mère, femme aboulique et hyperémotive, n'a pas été heureuse. Pendant la courte période de vie en liberté, la violence et l'irritabilité de la malade ont encore augmenté. Elle traite sa mère d'hystérique, la menace, ainsi que son père, de mettre du poison dans leur café. Elle blesse son père à la face par les éclats d'une vitre qu'elle casse d'un coup de poing dans un paroxysme coléreux et elle est alors internée à Maison-Blanche.

A son arrivée, le 6 décembre 1922, on constate les symptômes déjà notés précédemment, sans plus. Les renseignements donnés par la famille n'apprennent rien de nouveau. La malade est correcte, calme, bien orientée, lucide. Elle analyse avec précision son état mental et avoue ses troubles du caractère ; elle a gardé son idée fixe initiale : ce conseil que lui a donné sa mère de ne pas plisser son front ; elle en est toujours obsédée; et s'anime quand elle en parle : « ça me rend désagréable, dit-elle, j'ai un tempérament nerveux qu'il ne faut pas contrarier. C'est peut-être par jalousie que ma mère m'a dit ça ; je réflé-

©BIUM

chis plus qu'elle... Quand cette réflexion me passait par le cerveau je recommençais à être désagréable... Ça m'ennuie moi-même de voir que je suis comme ça avec ma famille... » Elle se demande si sa mère ne voulait pas l'empêcher de vivre.

La malade reste ainsi plus d'un an sans attirer l'attention autrement que par des épisodes d'excitation et des récriminations parfois violentes contre ses parents. Elle ne se lie avec aucune malade, toujours seule, préférant, l'hiver, le froid de la cour à la promiscuité de la salle de réunion. Elle ne rend aucun service ; elle accepte bien et même demande d'aller à l'atelier de couture ou à la buanderie, mais elle n'y fournit aucun travail, se montre irascible et se fait bientôt renvoyer. Vêtue assez proprement mais sans coquetterie, mal coiffée, elle est ordinairement accroupie à l'écart, monologuant, ressassant à haute voix ses idées fixes, mais ne parlant à personne sauf pour lancer une injure si on la bouscule, ne s'intéressant à rien, ne lisant jamais le journal, tout à fait oisive. Elle écrit assez régulièrement des lettres correctes à ses parents, répétant continuellement « qu'elle se fait toutes sortes d'idées ».

Le 3 mars dernier, dans une lettre à sa tante on lit ces phrases : « je ne suis pas une comédienne, je ne veux pas du sozit des miens... je ne veux pas du sozit de mon oncle non plus ». On l'interroge et l'on découvre alors deux symptômes, jusque-là ignorés : les idées d'inceste, l'illusion des sosies.

1° *Les idées d'inceste.* — L'idée de rapports sexuels incesteux possibles a été envisagée, dit la malade, il y a 5 ou 6 ans, comme une chose toute naturelle. Toutefois, elle ne s'est pas extériorisée immédiatement. Les premières déclarations amoureuses, faites en termes érotiques et grossiers, datent du mois de novembre 1922, au moment de la période d'excitation qui a suivi la sortie de l'Asile de Vaucluse. Son père, questionné sur ce point, finit par avouer que Blanche lui fit des propositions obscènes. Pendant longtemps, ces déclarations ne se sont pas renouvelées ; depuis deux mois, la malade en parle sans réticences, même quand elle est calme. « Mon père me plaisait ; il était très caressant avec moi, déclara-t-elle ; s'il avait divorcé pour m'épouser, j'aurais accepté ; mon père se serait mieux porté avec moi qu'avec ma mère, j'aurais été aux petits soins. Ma mère me reprochait de trop embrasser mon père... Ça m'aurait beaucoup plu de cou-

©BIUM

cher avec lui. Je voulais être son ange gardien ; j'aurais bien voulu être sa maîtresse ».

Aussi déteste-t-elle sa mère qui est sa rivale et parfois injurie-t-elle son père qui se laisse guider par cette femme. Certains jours, au comble de l'exaltation et de la jalousie, elle vocifère contre eux les pires obscénités, les accusant de pratiquer la pédérastie et autres vices. « Vieux maboule, vieux marteau, crie-t-elle, grosse hystérique ; vous pouvez bien crever... tu te pavanes avec elle à Robinson, au concert, au ciné... fous-la donc sur un marbre avec un globe sur la gueule, vieux maboule, tu as de quoi être fier de ta grosse carne pleine de vice. »

Elle attribue également une puissance occulte à son grand-père maternel, qu'elle n'a pas connu, mais dont l'esprit invisible agit sur sa pensée. « Ce fumier d'en haut », comme elle l'appelle souvent, n'arrête pas de la persécuter parce qu'elle est la rivale de sa fille, et c'est lui qui lui fait des visions de ses parents sur des étrangers.

Le souvenir de l'ancienne intimité familiale redouble sa colère : elle n'y voit que comédie et raffinement d'hypocrisie de la part de ses parents qui ne lui ont prodigué que de « fausses caresses », pusqu'il l'ont fait enfermer dans un asile de folles où ils lui envoient des sosies au lieu de venir eux-mêmes.

2° *L'illusion des Sosies.* — Les premiers doutes sur ce point datent de la sortie de Vaucluse, soit en octobre 1922. A cette époque, Blanche déclare à ses parents qu'ils ne sont que de faux parents. Elle examine les robes, le manteau de sa mère ; elle retrouve chez son père les cheveux blancs, les yeux bleus, la taille, la voix qu'elle lui a connus ; tous les détails y sont, et cependant ce n'est pas lui. A son retour à l'asile, en décembre 1922, elle reste encore perplexe ; elle reçoit d'abord aimablement les gens qui viennent la voir, car elle a encore des doutes ; et elle continue à examiner les costumes, les jupons, les bijoux de sa mère, surprise de les reconnaître. Puis, elle se donne l'explication suivante : « mon père s'est dit : comme elles sont rivales toutes les deux, elles ne vont plus s'entendre. C'est pourquoi, préférant ma mère, il s'est séparé de moi et m'envoie son sosie. Il aurait mieux fait de me le dire. » Son frère, son oncle et sa tante qui vont la voir à l'Asile sont également des sosies. Quand on lui affirme qu'elle se trompe, elle hésite et confie sa perplexité : « Je suis peut-être folle ; je ne sais pas ce que c'est que

©BIUM

toutes ces montagnes d'idées que je me forge. Est-ce la bile qui me fait avoir toutes ces idées ? » Les lettres adressées à sa famille, il y a un an, traduisent également son incertitude. Plus récemment, elle envoie à ses parents des lettres conformes à une conviction délirante mieux établie. A son père et à sa mère, elle écrit le 3 mars 1924 :

« Cher Monsieur et Madame. — Je ne dois pas me tromper dans mes idées ; mon père et ma mère vous ont vendu leurs meubles pendant que j'étais dans la maison de Vaucluse où je suis restée huit mois, toujours parce que je me suis fait une idée fixe de la réflexion de ma mère... Si j'avais pensé à tout cela pendant que j'étais avec mes parents, je serais partie à mes vingt et un ans ; je me serais placée pour travailler selon mes idées... Je vous écris de ne pas vous déranger pour venir me voir ; je ne veux pas de faux parents ainsi que d'une fausse famille... »

Et quelques jours plus tard : « Je crois qu'il y a des esprits invisibles qui me font des visions de vos figures sur d'autres personnes... » L'écriture de ses parents, qu'elle reconnaît très bien, n'en est, de même, que l'imitation ; cependant elle lit leurs lettres et y répond d'abord.

Cette illusion reste strictement limitée aux membres de sa famille qui lui écrivent ou viennent la voir à l'Asile.

Récemment, elle a consenti, sur notre demande, à écrire quelques pages qui sont le reflet actuel de ses préoccupations constantes, et où elle mentionne des troubles psychosensoriels, surajoutés depuis quelques mois : en voici des extraits.

« Je suis à me faire des réflexions ; une voix, pas très éloignée de moi me répond..., je crois que ce sont les voix invisibles de ma famille qui me parlent. Je me dis que mon père ne doit pas être content de moi..., que je n'ai pas d'énergie. Il me vient une bourrasque de vent, comme si mon père me répondait, en effet, qu'il est très en colère... Je pense ; j'entends par des voix ce que je viens de penser. Je me dis que je me tuerai si je vois que je ne peux pas me sortir de la tête l'idée de ma mère. J'entends cette voix qui répond : je me tuerai. Je finis par croire que ce sont des esprits de serpents invisibles qui sont à épier tous mes gestes et qui peuvent lire toutes mes pensées. Je ne savais pas que les serpents parlaient. On m'envoie aussi des odeurs invisibles de parfum de rose ou alors de mauvaises odeurs. Je m'asseois à une place ; je sens une odeur d'un chat qui aurait été malade. Je ne sais qui peut faire tout cela. » « Ces voix, ajoute-t-elle, sont des voix

©BIUM

d'esprit dans l'air : ils imitent la voix de mon père, de ma mère et de mon frère, pour me faire croire que mes parents répondent à mes réflexions. L'esprit invisible du père de ma mère me persécute aussi par crainte que mon père abandonne sa fille ; je me dis qu'il se figure un tas de choses de mon père avec moi. » Il est difficile de faire préciser par la malade les caractères de ces hallucinations ; il s'agit, semble-t-il, d'hallucinations auditives verbales plutôt que d'hallucinations psychiques ; elle les objective dans l'espace.

Malgré le développement de cet automatisme mental, on ne constate encore chez Blanche aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Son langage n'a pas la moindre incohérence, ses écrits restent très corrects. Son attention est peu soutenue, concentrée qu'elle est sur ses idées fixes. Sa mémoire paraît assez infidèle : bien conservée pour les faits personnels dont elle cite les dates exactes, elle a mal fixé les événements contemporains et notamment les souvenirs de la guerre. Elle apprécie judicieusement son trouble mental et se sait incapable de travailler ; elle se déclare impuissante à chasser ses idées fixes.

On remarque souvent chez elle une discordance entre la mimique et les propos : alors qu'elle exprime des idées pénibles elle sourit et parfois même ce sourire éclaire un instant son visage vultueux dans ses violentes colères. Elle a conscience de cette contraction irrésistible et intempestive des muscles de la face, et elle déclare qu'elle sourit de ses propres idées tant elles lui paraissent drôles. Il y a là, semble-t-il, une sorte de tic ou de stéréotypie plutôt qu'une discordance ; tic qui existait dès la première année de la maladie et qui avait fait déjà penser à l'hébéphrénie.

Au point de vue physique, on note l'hypertrichose du visage, apparue il y a 5 ou 6 ans, mais surtout marqué depuis deux ans, l'hypertrophie du corps thyroïde, le tremblement des doigts, une tachycardie variable qui atteint rarement 90 pulsations, des troubles de la menstruation (règles interrompues trois mois l'an dernier). Bref, syndrome pluriglandulaire à prédominance thyroidienne avec insuffisance ovarienne et hirsutisme.

Le diagnostic de ce trouble mental n'est pas facile : la réserve de Chaslin, au début, persisterait aujourd'hui car le fonds mental ne semble guère avoir

©BIUM

changé dans ces huit dernières années. Devant un autisme si évident l'école de Bleuler n'hésiterait pas à affirmer la schizophrénie. Aussi bien en faveur d'une démence précoce même plus circonscrite, on trouverait des arguments nombreux : stéréotypies, maniérismes, sourires intempestifs, soliloques, discordances entre la mimique et l'expression des idées, impulsions, hallucinations, affirmations absurdes, troubles du jugement. Par contre, la conservation de l'affectivité, toute pervertie qu'elle soit, les préoccupations obsédantes, la tendance à l'introspection, à l'analyse des sentiments, la logique des raisonnements, la correction des écrits, la systématisation progressive du délire s'accordent mal avec l'existence d'un état démentiel. La monotonie des propos, la pauvreté des idées, la niaiserie de certaines conceptions, les anomalies du caractère, l'instabilité de l'humeur, s'expliquent mieux par la débilité mentale préexistante.

Quoi qu'il en soit, ce n'est point sur les difficultés de ce diagnostic ni même sur l'intérêt que présente l'association du syndrome pluriglandulaire, que nous voulons insister, mais uniquement sur l'évolution de la psychose, encore qu'elle ne soit pas terminée.

Cette jeune fille présente un notable degré de débilité mentale, notion fondamentale certes mais qui ne suffit pas à la caractériser entièrement. M. Achille Delmas a découvert chez elle l'association d'une constitution paranoïaque et d'une constitution hypérémotive ; on décèlerait aussi aisément les signes d'une constitution schizoïde. Mais on constate surtout, dès le jeune âge, une affectivité spéciale dominée par l'attraction presque exclusive que Blanche éprouve pour son père. Ce sentiment a été tellement fort, tellement précoce que son jugement de débile en rapporte le début à sa naissance même. « Le premier jour que je suis née, soutient-elle, c'est mon père que j'ai vu et qui me faisait un tas de sourires et de caresses. » Cette prédilection de l'enfant s'exagéra dans la suite et se manifesta par les mille petits soins dont la jeune fille entourait son père. Cependant rien dans sa conduite à cette époque ne laissait soupçonner

©BIUM

le moindre désir d'inceste : le complexe d'Œdipe restait inconscient.

A 18 ans, ce complexe, toujours refoulé, réussit à tromper la Censure, selon la théorie de Freud, sous la forme symbolique d'un état psychasthénique. Ce fut d'abord la hantise d'une réflexion maternelle malencontreuse à propos des traits masculins de Blanche et, comme corollaire, une certaine phobie de la laideur ou plutôt de la crainte obsédante d'être remarquée. Il s'ensuivit une recherche constante de la solitude, une propension à la rêverie, à l'introspection, à la rumination continuelle de la même idée, puis le développement de la haine pour cette mère coupable d'avoir causé le malheur de sa fille. Sous l'influence de cette phobie et de ce sentiment, l'irritabilité et l'insociabilité augmentèrent : des crises d'excitation, des menaces nécessitèrent l'internement.

Pendant six ans, cette psychose masqua le complexe d'Œdipe sans grande modification. A travers des alternatives de calme et d'agitation se maintint l'idée obsédante, la concentration de la pensée et en même temps la tendresse pour le père, la haine pour la mère. Mais le désir d'inceste resta toujours latent : il échappa entièrement à l'observation de l'entourage et et à la sagacité des médecins qui soignèrent la malade durant cette période. Sous ce déguisement, il grandissait néanmoins de plus en plus et finit par apparaître au grand jour il y a deux ans.

Depuis deux ans le voilà donc de subliminal devenu conscient. Cette émergence n'a modifié en rien la psychose, contrairement aux résultats thérapeutiques obtenus par la psychanalyse en pareil cas. L'idée obsédante non seulement persiste mais reste au premier plan et constitue encore le principal souci de la malade, celui qu'elle analyse sans cesse et dont elle parle le plus abondamment. Elle avoue pourtant avec le plus naïf cynisme, sans y voir rien de maladif ni même d'immoral, son amour pour son père. Dans les périodes de calme cet amour apparaît presque filial. Il s'exprime le plus souvent en un mélange de tendresse sentimentale, d'érotisme et de jalousie, d'ordinaire

©BIUM

assez placide et sans caractère véritablement passionnel. Mais que, sous l'influence d'une contrariété quelconque, survienne une crise d'excitation, aussitôt la sensualité s'éveille et Blanche accable d'injures obscènes ce père qui ne répond pas à ses désirs et cette mère qui est sa rivale.

L'extériorisation de ce complexe d'Œdipe a été toute spontanée, sans la moindre intervention de la psychanalyse. Elle provient, croyons-nous, du développement d'un certain degré d'affaiblissement psychique ou du moins d'automatisme mental qui progresse peu à peu et qui se traduit actuellement par des hallucinations auditives et olfactives, par l'écho de la pensée et par des allusions à l'existence d'esprits ou de serpents invisibles : prodromes d'un de ces délires d'influence qui succèdent à des états d'obsession, d'introspection mentale et de rêverie analogues à celui-ci.

Cependant ce déficit psychique et la diminution corrélative du sens moral n'ont pas entièrement aboli la Censure. Cette dernière, incapable désormais de refouler le complexe d'Œdipe, le dissimule, sous l'influence de la pudeur et de la honte inconsciente qui subsistent en dépit du cynisme des propos, à l'aide d'une conception nouvelle, l'illusion des sosies, laquelle est, en effet, contemporaine de l'aveu érotique. En même temps qu'elle déclare ses désirs incestueux à son père, Blanche le prend pour un étranger de même figure : elle bâtit ensuite un petit délire d'où il résulte que ses parents ont vendu leurs vêtements et leurs meubles à des sosies chez qui elle vit et qui viennent plus tard la voir à l'asile. Ce ne serait donc pas à son véritable père, mais au sosie de celui-ci qu'elle aurait fait ses démonstrations voluptueuses. Il est curieux de constater que chez cette débile, tout à fait ignorante de la mythologie, le sosie joue à peu près le même rôle que dans la fable antique qui est, par excellence, un mythe sexuel.

Cette invention d'un sosie, évidemment destinée à cacher l'inceste, nous paraît l'œuvre d'une censure, encore attentive, malgré ses défaillances, précisément

©BIUM

parce qu'elle a surgi soudain de l'inconscient et que, pour la malade, elle n'a pas du tout ce caractère d'excuse, d'atténuation qui s'impose pour l'observateur. Blanche, en effet, ne pense nullement à fournir l'explication susdite : loin de chercher à voiler son désir, elle s'irrite de ne pouvoir le satisfaire. Ce sosie, que sa pudeur crée à son insu, elle en fait une habile manœuvre pour éloigner et tromper une rivale de sa mère. La rivale c'est elle, Blanche, et le sosie ne sert qu'à éviter toute discussion en empêchant son père de la voir, de divorcer et de l'épouser.

Cette illusion des sosies n'est donc pas, comme dans le premier cas rapporté, la conséquence d'un sentiment d'étrangeté ou d'une attention trop minutieuse. Il se présente comme une intuition subitement provoquée par une honte inconsciente ; intuition automatique, attribuée à une action étrangère : la malade tantôt déclare que l'existence des sosies lui a été révélée par une voix invisible, tantôt ajoute que ces esprits invisibles lui font des visions de ses parents sur les étrangers qui viennent la voir.

Quelquefois cependant elle a un doute : elle se demande si elle ne déraisonne pas, si cette croyance au sosie ne vient pas de « la montagne d'idées » que lui donne son obsession et dont elle ne peut elle-même s'empêcher de sourire. Et pourtant elle n'arrive pas à corriger son erreur. Bien souvent, au début, elle éprouvait le besoin de vérifier l'exactitude de ses conceptions : elle examinait attentivement non seulement le visage mais les vêtements de ses parents et s'étonnait de les trouver identiques à ceux qu'elle connaissait. Mais, semblable en cela à ces primitifs étudiés par Lévy-Bruhl, elle repoussait le témoignage de ses sens et n'accordait de valeur qu'aux inspirations de son sentiment. Peu à peu elle en vient à ne plus discuter, à se persuader qu'après tout il y a bien des gens qui ont les mêmes yeux, les mêmes cheveux, la même figure.

Secondairement, par suite de l'effacement et de la déformation des images mentales, phénomène physiologique, exagéré par la psychasthénie aussi bien que par la démence précoce, elle n'évoque plus fidèlement

©BIUM

la physionomie de ses parents. En outre, elle n'incorpore plus, comme dans l'état normal, immédiatement et inconsciemment à la perception actuelle de leur visage, le souvenir qu'elle en a gardé : à la reconnaissance automatique habituelle se substitue maintenant une reconnaissance attentive et l'attention a pour effet essentiel de rendre la perception plus intense, d'en dégager les moindres détails, par conséquent de la séparer davantage de l'image ancienne altérée. Aussi Blanche découvre-t-elle dans les prétendus sosies des traits différents de ceux qu'elle se remémore. Or, pour elle, aujourd'hui, la seule image vraie, c'est l'image souvenir. Un certain degré d'amnésie d'évocation s'ajoute donc à son illusion interprétative pour lui donner une apparence objective.

Des associations d'idées, dues à la ressemblance ou à l'affinité des sentiments, élargissent le domaine de cette agnosie par excès d'attention, l'étendent progressivement aux personnes qui intéressent la malade, les seules d'ailleurs qu'elle examine avec soin, c'est-à-dire à sa famille dont chaque membre, frère, oncle, tante, devient son propre sosie. Par contre la méconnaissance n'englobe pas les objets, encore que l'attention se soit fixée sur eux autant que sur les personnes et qu'ils aient même servi à contrôler la valeur de l'intuition initiale : vêtements et meubles sont parfaitement identifiés, mais considérés comme vendus aux sosies par leurs propriétaires. Pareille différence d'appréciation ne peut s'expliquer que par l'insuffisance du coefficient émotionnel attaché à la vue ou au souvenir des choses familières. Le rôle de l'élément affectif à l'origine de l'illusion des sosies apparaît donc prépondérant, sinon exclusif. Nouvelle preuve que, primitivement, c'est bien une intuition, un concept affectif, et non un trouble sensoriel ou mnémonique, qui s'est associé à la perception, concept délirant étroitement subordonné au complexe d'Œdipe.

L'interprétation freudienne de ce cas, exclusivement appuyée sur des faits d'observation, nous paraît très vraisemblable. Elle montre qu'il y a une grande part de vérité dans la doctrine de Freud, mais que la cessa-

©BIUM

tion du « conflit entre le moi et la libido » n'est pas toujours le signal de la guérison et peut parfois aggraver la psychose ou plutôt résulter de cette aggravation (1).

Discussion

M. Achille Delmas. — Je ne pense pas que l'observation de cette malade puisse amener l'adhésion de M. Capgras aux théories de Freud. Elle présente, en effet, certaines particularités. D'abord ce « complexe d'Œdipe » se serait révélé en dehors de la psychanalyse, ce qui ne serait pas la règle. Enfin la malade a avoué très facilement ses sentiments dès qu'elle les a éprouvés. Pourquoi donc admettre qu'ils aient été refoulés ou conservés dans l'inconscient? Il se peut que les sentiments érotiques se soient simplement développés à un moment donné.

M. Piéron. — Je pense que l'observation très intéressante de M. Capgras n'affecte pas avec certitude une illustration du complexe freudien d'Œdipe, entraînant, sous le jeu de la censure, l'illusion des sosies, pour résoudre le conflit devenu conscient entre l'attrait pour ce père et la morale. Pour qu'il y ait complexe, il faut un refoulement actif par le garde inconnu qui veille aux portes de la conscience. Ne peut-on admettre que l'attrait sexuel est resté une tendance vague, dont la malade n'a pris connaissance intellectuelle qu'assez tard, quand elle a réalisé la formation verbale. Et ce ne serait pas ce mystique censeur qui aurait voilé l'inceste en faisant intervenir le sosie du père : la malade dit que c'est avec son vrai père qu'elle voudrait

(1) Un élève de Freud, le Dr R. de Saussure, nous écrit : « La question de savoir pourquoi la malade est consciente de son désir incestueux est fort intéressante. Freud l'expliquerait non pas par la débilité mentale, mais par l'état schizophrénique qui lui est associé. Le délire de la malade représente une rêverie. Plus elle est plongée dans son délire et moins elle refoule, car alors c'est bien le monde réel et non plus le monde des rêveries qui devient l'objet de la répression. Chez le psychopathe qui vit dans la réalité, il y a intérêt à refouler le vœu incestueux, mais chez l'aliéné qui se satisfait par le rêve, la réalité n'existe plus ou du moins elle est perçue comme un monde étranger. C'est pourquoi votre malade prend son père pour un sosie. »

©BIUM

vivre et avoir des relations, non avec le sosie, dont elle ne veut pas. Il serait plus légitime peut-être de faire intervenir le mécanisme bien mis en lumière déjà par M. Capgras : la notion de l'attrait sexuel entraîne la malade à examiner de plus près son père et ses réactions, d'où le sentiment d'étrangeté inévitable en ce cas, et le sentiment d'une substitution possible, l'illusion du sosie.

Dr DE CLÉRAMBAULT. — Je laisserai de côté les complications érotiques du cas pour ne commenter que le processus de Méconnaissance Systématique.

Ce processus méritait d'être isolé, dénommé et commenté.

La Méconnaissance Systématique peut s'observer tout d'abord chez les mélancoliques. Elle fait alors partie d'un système général de négation dont les origines sont multiples : troubles idéatifs, sensitifs et affectifs.

Dans la manie des troubles affectifs, sensitifs et idéatifs, peuvent provoquer eux aussi une méconnaissance systématique. Celle-ci se rapproche surtout, par son allure, de celle des psychoses systématiques, dont je parlerai dans un instant. Souvent, en outre, elle sera enjouée et taquine ; elle ne sera alors que partiellement sincère, et fera partie de ces comédies que le maniaque se joue fréquemment à lui-même.

Dans les psychoses dites systématiques, la méconnaissance des personnes semble n'être que l'application particulière d'un sentiment plus général ; du moins tout se passe comme si telle en était l'origine.

Ainsi chez des mégalomanes à prédominance optimiste la conviction d'être d'une haute origine amène le sujet logiquement à renier ses père et mère légitimes pour ne plus voir en eux que des parents nourriciers ; chez des ambitieuses érotiques (fiançailles royales, etc.), le même orgueil amènera à renier l'époux.

Chez les persécutés, la méconnaissance systématique peut avoir plusieurs origines. Ce peut être l'animadversion issue du fonds paranoiaque ou le mécontentement de voir l'incrédulité des proches à l'égard des thèmes délirants.

©BIUM

Dans de tels cas tout se passe comme si la méconnaissance systématique avait pour origine profonde, ou le dédain ou la rancune.

Dans le cas actuel la cause pourrait être un dépit, à savoir, dépit amoureux. Justement le dépit amou-amoureux est une rancune associée à une illusion ou une simulation de dédain. Feindre de méconnaître l'Objet est d'ailleurs un mode de froideur 1° aisément révocable ; 2° non blessant pour l'objet ; ainsi l'avenir reste réservé, en même temps que l'amour-propre est sauf et que les pourparlers continuent, ce qui est le triple objectif du dépit amoureux.

La méconnaissance dans les Etats Confusionnels reconnaît des causes plus profondes que dans les psychoses systématiques et même dans la mélancolie. Néanmoins elle aussi peut être accompagnée de reconnaissance subconsciente. Un bel exemple d'une telle dualité de processus se voit dans une œuvre littéraire, dans le *Faust*, scène de la prison : Marguerite repousse Faust comme un inconnu dangereux, mais reconnaît sa voix et le tutoie, puis dans une détente affectueuse elle dit : « Tout ce que j'ai fait jadis, je l'ai fait pour l'amour de toi ».

M. Hesnard. — Le cas de MM. *Capgras* et *Carrette* ne se prête pas à une analyse affective minutieuse et sûre, à cause de la débilité mentale sous-jacente au délire de cette malade. Néanmoins il est fort intéressant de concevoir ses symptômes à la lumière des principes de la psychanalyse.

Les discussions que je viens d'entendre au sujet de cette malade me démontrent que, si les membres de notre société se font encore parfois une idée assez théorique de la doctrine de Freud, il s'y intéressent vivement, abordant ainsi le contrôle d'une théorie, qui, quoiqu'on en dise, paraît destinée à donner une orientation nouvelle à la psychiatrie.

Lorsqu'on recherche, chez les aliénés, chez les délirants surtout, les complexes affectifs dénoncés par les psychanalystes, on les trouve sans peine. Lorsqu'on veut se donner la peine de reconstituer la biographie intime d'un psychopathe et, au cours de longues conversations et de confidences patiemment provo-

©BIUM

quées, de rechercher chez lui les origines de ses idées morbides dans les souffrances, les conflits moraux de sa vie personnelle, on s'aperçoit qu'il n'y a pas, dans la psychose — sauf lorsqu'intervient un facteur étiologique d'ordre grossièrement et primitivement organique — ce désordre, cette incohérence inexplicable que se plaît à y supposer la tradition psychiatrique. On ne tarde pas à se convaincre que l'individu malade bâtit son rêve morbide à l'aide de matériaux empruntés à son histoire réelle et cela selon des lois dérivées de ce grand processus pathologique découvert par *Freud :* l'inassouvissement affectif, par évolution défectueuse des instincts. Tous les psychopathes apparaissent à l'analyste comme des individus restés des infantiles de leur être affectif, s'étant refusés aux exigences de la virilité ou de la féminité, par exemple. C'est une application de cette grande loi de la psychanalyse qui explique, dans le cas présent, le contenu du délire.

On a souvent posé cette objection à la conception de Freud que les complexes ainsi décelés sont parfaitement conscients.

Sans vouloir entrer ici dans une discussion purement théorique qui nous entraînerait trop loin, je me borne à dire que, d'abord, ce qui est essentiellement pathogène, pour *Freud,* c'est le *refoulé* et non l'inconscient ; certains conflits restés sans issue pouvant (en particulier chez certains obsédés) être conscients et en même temps pathogènes. Mais surtout je ferai remarquer que le fait, pour un complexe, d'apparaître à la conscience sous la forme d'une idée délirante, constitue non pas une mise au jour de la conscience telle que la réalise la cure psychanalytique, mais bien un refoulement d'un genre particulier.

Je m'explique — et ceci est important, car les mécanismes psychanalytiques sont très différents chez les psychopathes et chez les névropathes, et beaucoup moins bien connus chez les premiers. — La malade de MM. *Capgras* et *Carrette* présente un complexe d'Œdipe, ou plutôt — dans la terminologie freudique, — un complexe d'Electre. Ce complexe d'Electre, caractérisé par l'attirance sexuelle pour le père, a dû

©BIUM

être longtemps sinon absolument inconscient, du moins refoulé. Quand la maladie apparaît, il se fait jour en pleine conscience, mais dans des conditions très spéciales : en même temps qu'il est dépouillé de son aspect de réalité *pour faire partie du monde imaginaire* délirant construit par la malade. Celle-ci avoue et approuve sa tendance incestueuse seulement le jour où le refoulement a eu pour résultat cete solution spéciale du conflit : l'illusion du sosie, la conviction délirante du « faux père ».

On peut discuter sur la valeur explicative de cette notion (de refoulement aboutissant à la création d'un monde délirant) en ce qui concerne la pathogénie même de la psychose. Mais il ne semble pas possible d'en rejeter la valeur concernant le contenu des délires. *Bleuler* et son Ecole en ont donné trop d'exemples convaincants. Il est impossible aujourd'hui de méconnaître le symbolisme des délires et leur base affective, tels que les étudient la psychanalyse depuis vingt ans.

Catatonie et Psychose périodique

Par J. LAUTIER, Médecin à l'Asile d'Alençon

Une femme de 46 ans, Eugénie L... commence le 15 mars dernier, au soir, une crise d'agitation. Le lendemain matin, quand je la vois, elle ne prête aucune attention à ce qui se passe autour d'elle, ne répond pas aux questions, et ne cesse pas de chanter, d'une voix fort juste d'ailleurs.

Pendant dix minutes, elle chante sans interruption :

« Du charbon, bon, bon. »

Puis pendant les dix minutes suivantes :

« Vive la folie,
La folie des vierges,
Vive la folie,
Vive la folie. »

Je m'approche d'elle, lui saisis le bras. Il présente une flexibilité cireuse parfaite ; placé dans une position incommode, il la conserve plus de quatre minu-

©BIUM

tes sans aucun signe de fatigue et sans aucun tremblement.

Après mon départ, la malade ne cesse de crier et de chanter. Dans l'après-midi, sans que rien ait pu faire prévoir cette action, elle bondit sur la grille entourant le poêle de la salle et met le cendrier de fonte en morceaux.

D'autres impulsions soudaines et violentes exigent bientôt l'emploi de la camisole de force qu'elle doit garder à peu près pendant toute la durée de la crise d'agitation.

Après une nuit d'insomnie presque complète, passée à hurler et à chanter, lorsque je la revois le lendemain, elle se trouve dans un état stuporeux. Les yeux sont énergiquement clos ; aucune parole n'obtient de réponse ; la flexibilité cireuse et les attitudes cataleptoïdes sont encore plus caractéristiques que la veille.

L'accès se poursuit avec des caractères semblables pendant quinze jours. Ce sont des alternatives de stupeur, et de chants et de cris, répétés de façon stéréotypée pendant un quart d'heure ou plus. On remarque chez Eugénie L... un négativisme intense ; les yeux sont fermés et les paupières énergiquement contractées. Les bras et les jambes offrent une résistance très grande aux mouvements qu'on veut leur imprimer, puis, tout d'un coup, cette résistance cède et le membre se laisse placer dans n'importe quelle attitude qu'il conserve. Au moment même que la malade lutte pour retirer sa main qu'on a saisie, elle n'a aucune réaction de défense si on lui enfonce une épingle dans le front. Un jour, elle frappe pendant une heure avec ses coudes contre les barreaux de son lit.

Lorsqu'on veut la lever, elle se laisse aller comme une masse, et, étant donné son poids, il faut plusieurs personnes pour la remettre sur sa couche. Elle gâte au lit, quoiqu'on la mette sur le seau. Parfois, elle éclate brusquement en injures contre les religieuses ou contre le médecin. Ou, sans rien dire, elle crache sur les personnes qui passent auprès d'elle sans lui adresser la parole.

Le 28 mars, Eugénie L... répond quand on l'interroge,

©BIUM

mais elle profère une suite de phrases décousues, chacune séparée de la précédente par un éclat de rire strident, sans que la face ait aucune expression de gaieté, et les yeux fermés. Par exemple, à la question : « Comment allez-vous ? » elle répond : « Je suis encaustiquée, encaustiquée partout. — Je ne veux plus de ces sœurs de Saint-Joseph de Cluny. — Vive le couvent des Oiseaux — à Alençon — sur un paillasson. — Elles m'encaustiquent tout le temps — me couvrent de suie. — J'aime mieux mon mari. — Je ne veux plus de ce médecin aliéniste. — J'en veux un tout neuf. — Qu'on m'en fabrique un — en Autriche — en Autriche-Hongrie. — Je suis prussienne, alsacienne, je ne sais pas quoi. — Je suis de la troupe. — Mon oncle Joseph est dans les dragons. — Je suis encaustiquée. » etc...

L'accès prend fin brusquement le 31 mars. La malade revient de suite à son état habituel, avec seulement une lassitude physique extrême et une sensation de brisement général.

J'estime que le seul diagnostic que l'on puisse porter d'après l'observation clinique de cet accès est celui d'agitation catatonique. Indifférence absolue envers le milieu, alternatives d'agitation et de stupeur se succédant d'un instant à l'autre, négativisme, flexibilité cireuse, catalepsie, stéréotypies, violences impulsives, discordance entre la mimique, les paroles, les rires, les actions, tous les signes de catatonie se trouvent réunis.

J'ai rapporté assez longuement l'observation de cet accès, à cause du contraste qu'il offre avec l'histoire de la malade que je vais maintenant exposer.

Nous ne connaissons à Eugénie L... aucun antécédent héréditaire morbide. « Je suis la première toquée de la famille », dit-elle. Elevée depuis l'âge de 3 ans 1/2 par des religieuses, elle prend leur profession en grande admiration, et dès l'âge de 9 ans, elle adopte la résolution de prendre, elle aussi, le voile. C'est une résolution bien affermie qui ne la quittera plus de toute sa jeunesse.

Cette résolution se heurte aux volontés de ses parents qui s'opposent à sa réalisation, dès les premières ouvertures.

©BIUM

A 17 ans, Eugénie L... a une maladie qualifiée anémie, qui paraît avoir été une crise dépressive.

Dès qu'elle atteint sa majorité, elle en profite pour réaliser son désir, contre la volonté de ses parents, et entre comme novice au couvent des Clarisses de A... Remarquons que notre malade n'est dirigée vers le couvent par aucun chagrin, par aucun amour contrarié, qu'elle aime bien ses parents et que le seul motif de désaccord avec eux, c'est leur opposition à sa vocation religieuse. Je n'ai découvert chez elle aucun complexe d'amour ou de haine envers ses parents.

Eugénie L... reste trois ans novice chez les Clarisses ; au bout de ces trois années, elle est atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui provoque une endocardite, et lui laisse des lésions valvulaires. Une fois guérie, elle entre en religion et prononce ses vœux. Mais elle est aussitôt atteinte de troubles mentaux. On la relève de ses vœux et on l'interne à l'Asile du Bon Sauveur de Caen.

Le certificat d'internement a été rédigé par M. le Dr Anglade. Il est ainsi conçu : « J'ai constaté chez elle un trouble mental caractérisé par la déchéance de la volonté à laquelle se substituent des voix intérieures. La malade se sent irrésistiblement poussée à se mortifier, à prier, etc... Elle est capable d'obéir passivement à toutes les idées délirantes qui se présentent à son esprit. » Les certificats d'entrée et de quinzaine, du Dr Gosselin, portent le diagnostic de « Délire mystique » sans autre détail. Elle sort guérie après un séjour de six mois.

Après sa sortie, elle est trois ans domestique à Paris. Puis, cédant aux instances de sa famille, elle se marie. Elle a une fille, et reste en bonne santé jusqu'à l'âge de 37 ans, n'ayant que de légères irrégularités d'humeur au moment de ses règles.

En 1916, à l'âge de 38 ans, elle est internée pour la première fois à l'Asile d'Alençon. Le certificat d'admission est très détaillé : « Eugénie L... est atteinte d'aliénation mentale, dont les premières manifestations, au dire de son mari, ont eu lieu dimanche dernier où elle a cessé de se livrer à ses occupations habituelles. Elle se livre à toutes sortes d'extravagances, s'habille en

©BIUM

mariée, chante et danse dans sa maison. La femme L... tenait une petite épicerie : elle donne sa marchandise aux clients sans se faire payer et sans inscrire leurs noms. Il y a déjà plusieurs mois, elle était obsédée par cette idée que sa petite fille âgée de 10 ans était menacée d'une méningite, quoiqu'elle n'en eût présenté aucun symptôme. La femme L... n'a jamais cherché à faire du mal à personne, mais le dérangement de ses facultés mentales est manifeste. »

La teneur de ce certificat fait de suite penser qu'il s'agit cette fois d'un accès maniaque, qui a sans doute été précédé d'un période de dépression. Et en effet, à l'Asile, le diagnostic d'excitation maniaque est porté à l'admission et à la quinzaine par notre prédécesseur, le Dr Prince. Elle sort guérie au bout d'un mois et demi.

Moins d'un an plus tard, elle est à nouveau internée à l'Asile d'Evreux. Cette fois-ci, le certificat du Dr Bessière porte : « Psychose périodique qui se traduit actuellement par des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe, des craintes délirantes, des impulsions au suicide, un énervement continuel, de l'insommie.

« Elle se figure qu'on veut l'empoisonner, la faire entrer dans la franc-maçonnerie, qu'on court après elle pour la tuer, qu'elle est condamnée à mort, que des voix d'hommes l'appellent, qu'on la tourne en dérision, que le diable la tourmente.

« Elle porte au niveau du larynx une blessure légère qu'elle s'est faite avec un couteau ou des ciseaux dans l'intention de se suicider parce qu'elle se chagrinait d'avoir perdu la tête. »

Pendant son séjour à Evreux, le Dr Bessière porte toujours le diagnostic de « Psychose périodique caractérisée par des accès intermittents de mélancolie ». Au bout de 6 mois, elle est transférée à Alençon, où le Dr Prince signale sur ses certificats d'entrée et de quinzaine « Psychose maniaque dépressive. »

Je connais la malade depuis trois ans et demi. Je l'ai vue tantôt dans un état mental à peu près normal, tantôt déprimée et hypocondriaque, tantôt euphorique, et à quatre ou cinq reprises en état de manie aiguë dont les crises duraient une quinzaine de jours. Ces crises

©BIUM

de manie s'accompagnent en général de quelques hallucinations auditives et de quelques idées vagues de persécution. Après les dernières crises persistait l'idée, peu tenace d'ailleurs et facilement combattue par le raisonnement, qu'on lui donnait ses crises au moyen de médicaments ou tout au moins que ses potions étaient « trop rudes ». Dans ses périodes d'euphorie légère, elle a bien le tempérament hypomaniaque, cherche par tous moyens à ennuyer les religieuses et à décider les autres malades à ne plus travailler. Au reste, aucune abolition ni perversion de l'affectivité : elle entretient des relations tout à fait normales avec son père et sa mère, avec ses frères et sœurs, avec son mari, avec sa fille. Elle ne se désintéresse pas le moins du monde de sa sortie, et la demande souvent ; en la raisonnant, on lui fait admettre qu'elle ne pourra sortir tant qu'elle aura de grandes crises d'excitation, et elle espère que lesdites crises vont être supprimées par la ménopause comme on le lui a dit dans son entourage.

Elle est arrivée, en effet, à l'âge critique, et depuis un an elle présente des troubles menstruels, des ménorragies longues et abondantes sans symptômes de fibrome utérin. Sa dernière crise maniaque m'avait déjà paru un peu anormale, mais je n'avais pas songé à l'observer aussi attentivement que celle qu'elle vient d'avoir en mars.

Cette crise que nous avons décrite en commençant cette communication s'est annoncée, comme les précédentes, par des prodromes. Se sentant abattue, la tête vide, incapable de suivre une pensée, elle a demandé à être alitée, prévoyant la crise imminente. C'est au bout de trois jours d'alitement que l'agitation a éclaté :

Après le retour à la normale, Mme L... nous a déclaré que la crise qu'elle venait d'avoir lui paraissait complètement différente des précédentes. Tandis qu'autrefois, elle se souvenait parfaitement de ce qui s'était passé durant les accès, elle n'a conservé cette fois-ci aucun souvenir précis, ne se rappelle rien de ses paroles, ni des examens auxquels nous l'avons soumise ; revenue à elle, elle a été désorientée dans le temps, ne sachant combien avait duré son agitation, jusqu'à ce qu'on lui ait dit la date à laquelle on se trouvait.

©BIUM

Quels sont les diagnostics que l'on aurait pu porter en présence de cette crise ? En considérant essentiellement l'évolution de la maladie, et en sachant que la malade est une périodique, on serait conduit à parler soit de manie confuse, soit d'état mixte maniaque-dépressif, à cause des alternatives de stupeur et d'agitation.

Mais un observateur ignorant tout des antécédents et n'ayant vu la malade que pendant cet accès aurait été amené forcément, à notre avis, à voir chez elle de la catatonie. Ne pas admettre ce diagnostic, ce serait nier la possibilité de faire un diagnostic mental par l'examen direct, et en dehors des commémoratifs, comme on demande de le faire aux candidats aux concours des Asiles.

A notre avis, il s'agit d'un accès de catatonie remplaçant un accès maniaque chez une périodique arrivée à l'époque de la ménopause. Je sais que cette opinion peut paraître tout à fait contraire aux doctrines des kræpeliniens orthodoxes. « Jamais non plus, disent Deny et Paul Camus, on ne voit la folie maniaque-dépressive se transformer en une autre maladie mentale, ce qui constitue un argument irréfutable en faveur de la légitimité de cette entité clinique. » Mais mon opinion ne choquera pas, par contre, nombre de psychiatres français qui voient dans la catatonie un syndrome (peut-être dû à une intoxication d'origine génitale) qui pourrait se produire dans bien d'autres affections que dans la démence précoce. Dernièrement on a décrit la catatonie de la ménopause, puis MM. Courbon et Bauer ont attiré récemment votre attention sur les Syndromes non démentiels de catatonie.

Pour l'école de Bleuler, il s'agirait ici sans aucun doute d'une de ces manies « impures » qui rentrent dans le cadre de la Schizophrénie. La maladie qui a provoqué le premier internement ne ressemblait nullement à une crise maniaque ou dépressive ; les crises suivantes ont été souvent accompagnées de quelques hallucinations ou idées délirantes, la dernière crise revêt un aspect catatonique.

Pour nous, cette évolution nous paraît extrêmement intéressante et ses rapports avec la vie génitale nous

©BIUM

semblent dignes de la plus grande attention. Voici une jeune fille qui, à 24 ans, mène la vie conventuelle et vient de prononcer ses vœux. Les troubles mentaux qu'elle présente alors sont caractérisés, d'après la description que M. Anglade nous en a fait en 1906, par de la désagrégation de la personnalité, des hallucinations psychiques, du délire mystique. Est-ce que, quelques années plus tard, on n'aurait pas eu tendance à les intituler : hébéphrénie délirante ?

3 ans après sa guérison, cette jeune fille se marie, elle a un enfant, et l'on observe une longue intermission des troubles mentaux. Ce n'est qu'à 37 ans qu'elle retombe malade et les accès successifs que l'on observe alors ont un caractère indéniablement maniaque ou dépressif.

Enfin c'est au moment de la ménopause et à la suite de troubles menstruels caractérisés que l'on observe une crise catatonique. Ne semble-t-il pas qu'il y ait un rapport entre le fonctionnement des glandes génitales et la forme des troubles mentaux ?

Nous terminerons cette communication par des conclusions et par une hypothèse. Nos conclusions c'est que l'on doit séparer les concepts de la catatonie et de la démence précoce, et ne pas faire exclusivement de l'une une forme de l'autre ; d'autre part, que chez des périodiques, on peut observer quelquefois certains accès d'aspect entièrement catatonique.

Quant à l'hypothèse, la voici :

On sait combien la majorité des aliénistes français ont été réfractaires à la théorie des états mixtes de Kraepelin. « Les états prétendus mixtes que j'ai eu l'occasion de voir, dit Chaslin, étaient des erreurs de diagnostic... Peut-être est-ce par hasard que je n'ai pas rencontré d'états mixtes, bien que je les aie soigneusement cherchés ? »

De fait, il est facile d'expliquer, sans faire intervenir aucun mélange de manie et de mélancolie, des états comme la manie coléreuse, la manie akinétique ou l'agitation anxieuse. Le problème est plus difficile, par exemple dans les cas de stupeur maniaque comme celui qu'analyse Kræplin dans la 8e leçon de son introduction à la Psychiatrie traduite par Devaux et Merklen.

©BIUM

Mais, à notre avis, ce serait plutôt dans une association de symptômes maniaques et catatoniques, que dans une association maniaque dépressive qu'il faudrait chercher l'explication de semblables tableaux cliniques.

Comme nous l'avons dit, ce n'est qu'une hypothèse, et qui demanderait d'autres observations pour être établie.

Deux nouveaux cas d'Encéphalite Epidémique avec perversions instinctives

par P. CARRETTE (service de l'Admission)

Pour répondre au vœu exprimé par M. Briand et M. Truelle au cours de la séance du 31 mars 1924 à la suite des communications de M. J. Reboul-Lachaux et Mlle Serin et de M. Cénac, sur deux observations de perversions sexuelles survenues à la suite de l'encéphalite épidémique, nous vous présentons deux nouveaux cas pour lesquels la question du rôle de l'encéphalite dans l'apparition des perversions instinctives pourra être discutée.

OBS. I. — Du... André, 14 ans, a été amené à l'Admission de l'Asile Clinique le 15 mai dernier pour des troubles du caractère avec réactions violentes contre l'entourage.

Il a présenté au mois de janvier 1920 des symptômes caractéristiques de l'encéphalite épidémique : épisode fébrile initial, agitation motrice, myoclonies, troubles oculaires. Le troisième jour, le petit malade présentait de l'hypersomnie, se réveillant spontanément à plusieurs reprises pendant la journée pour réclamer à manger. Les phénomènes oculaires et les myoclonies durèrent une quinzaine de jours ; l'hypersomnie céda progressivement en un mois cependant que les troubles mentaux apparaissaient. Ils consistèrent en instabilité, paresse, impossibilité de faire un effort, de se livrer à aucun travail intellectuel suivi, colères violentes suivies de regrets et de crises de sensiblerie au cours desquelles le malade se montre triste et caressant. Il cesse d'apprendre en classe ; sa mémoire est défectueuse et pendant quatre ans, il oscillera entre l'école et les vacances prolongées à la campagne, sans pouvoir s'instruire et sans éprouver le désir d'exercer un métier.

©BIUM

L'année dernière, il tente de s'empoisonner en absorbant du blanc de céruse à la suite d'une observation faite par son père. A plusieurs reprises, au cours d'accès coléreux, il a des crises pithiatiques.

Deux fois il vole de l'argent dans le porte-monnaie de sa mère, sans en avoir besoin, car ses parents lui accordent tout ce qu'il désire. Enfin, il y a un mois, après un refus d'obéissance à une fermière chez laquelle il était placé, le malade se jette sur elle, la renverse et voulait l'étrangler quand des voisins attirés par les cris, sont venus la secourir. Il paraît ensuite regretter très sincèrement cet acte de violence. A la suite de ces faits, l'internement a été décidé.

Depuis qu'il est à l'Asile, André ne s'est livré à aucun acte répréhensible. C'est un grand garçon, pubère, qui s'est développé très rapidement au point de vue physique depuis son encéphalite. Enfant plutôt chétif avant sa maladie, il a acquis en moins de trois ans la taille et la vigueur d'un homme et cela contraste d'autant plus avec sa puérilité. Ses camarades se plaignent de son insistance à réclamer des caresses ; il prend le bras, la main, cherche continuellement à embrasser. Ce symptôme souvent signalé dans les manifestations post-encéphalitiques et lié généralement au puérilisme n'a aucune valeur dans le cas présent, car il existait avant l'encéphalite et on le retrouve également chez la mère du malade.

Le sommeil est parfois agité. les rêves sont fréquents, mais il n'y a pas de somnambulisme.

A l'examen, on constate un léger ptosis bilatéral, de la gêne de la respiration nasale, une cicatrice de la cuisse droite due à une intervention pour ostéite du fémur subie en février 1919.

Nos recherches ne nous ont révélé aucune tare héréditaire, mais le malade a un frère et une sœur plus âgés que lui et a présenté dès sa première enfance un retard très net dans son développement physique et mental par rapport à ses aînés. Avant sa maladie, on le trouvait indolent, paresseux, obtus et il lui a fallu quatre années d'application scolaire pour apprendre les lettres de l'alphabet.

Obs. II. — Se..., Pierre, 14 ans, nous est arrivé de la Roquette après arrestation pour vol et expertise de M. Truelle qui termine son rapport par les conclusions suivantes :

« Présente des perversions instinctives diverses et des manifestations variables d'instabilité, d'impulsivité et de propension à la violence. Ces divers troubles sont sous la dépen-

©BIUM

dance d'une encéphalite épidémique (ou léthargique) dont il a été atteint en 1922.

« Les faits qui lui sont reprochés sont la conséquence de cet état pathologique.

« On est par suite fondé à le considérer comme un malade irresponsable qu'il est nécessaire de soigner dans un service d'enfants spécialisé pour troubles mentaux. »

L'encéphalite remonte au mois de juin 1922 ; elle a débuté par de la fièvre, de la courbature, de la diplopie. Le diagnostic n'a pas été fait immédiatement ; aucun médecin n'a été consulté. Après trois jours d'absence, — les phénomènes aigus ayant disparu, — notre malade retourne à l'école qu'il fréquentait en général avec assiduité, mais il somnole pendant les cours, a des absences fréquentes ; ainsi il s'aperçoit après une dictée qu'il a oublié d'écrire une phrase entière ; il s'endort parfois debout et tombe à plusieurs reprises. La somnolence dure jusqu'au mois d'octobre ; le sommeil nocturne est normal. Cependant, à la rentrée des classes, Pierre ne travaille plus ; il est devenu batailleur ; il est renvoyé chez ses parents par l'instituteur à cause de ses fugues et de son indiscipline ; il commet de petits vols (sucre, argent). En février 1923, on le place comme ouvrier ferblantier aux environs de Bar-le-Duc où habite sa famille ; il y reste huit mois, puis doit changer de place parce qu'il se dispute fréquemment et qu'il n'exécute pas son travail avec soin, détruit et gaspille le matériel de son patron ; nouveau changement en février 1924 ; ses parents le placent dans une lunetterie. Une semaine après son arrivée, il brise un bloc de verre par inattention ; il est congédié ; redoutant d'en faire l'aveu à ses parents, ayant touché sa paye, il prend un billet de train pour Paris à la gare de Bar-le-Duc.

A Paris, il erre toute une journée, s'endort le soir sur un banc et est envoyé au Dépôt dès le lendemain, puis placé dans un patronage. Le 16 mars, pendant la nuit, il vole la montre d'un camarade qu'il convoitait depuis quelques jours. Fouillé le jour suivant, puis envoyé à la Roquette et soumis à l'expertise médico-légale, il est entré à l'Admission le 12 mai.

Depuis son entrée à l'Asile, il a commis d'autres vols. Il a pris de l'argent à deux reprises à ses voisins ; une autre fois, il s'est emparé d'un paquet de gâteaux. Aussi est-il accueilli avec froideur dans les groupes de malades auxquels il se mêle. On s'en méfie et on le considère en outre comme un garçon sournois, hypocrite. Il souffre

©BIUM

de l'attitude des autres à son endroit ; il est parfois déprimé, craint de ne pas guérir, redoute d'avoir de nouvelles envies de voler et nous demande quels moyens il pourrait employer pour résister à ses tendances.

C'est un sujet de petite taille, pâle, myope, présentant un strabisme interne congénital de l'œil gauche, de l'asymétrie faciale, des malformations dentaires avec carie précoce.

Nous n'avons pu obtenir sur ses antécédents que des renseignements insuffisants soit par lui-même, soit par des lettres de sa famille. Les lettres adressées de la mère au fils nous deprésentent le père — sacristain à Bar-le-Duc — comme un individu timoré, aboulique, obsédé, traversant des périodes de dépression à l'occasion des moindres ennuis. Le petit malade a toujours été chétif : il a présenté de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 5 ans. Son frère aîné, âgé de 19 ans, a dû quitter son pays l'année dernière pour s'engager dans l'armée parce qu'il avait volé, pour la vendre à son compte, de la cocaïne détenue par le pharmacien chez lequel il était employé.

Ces deux malades ont donc commis des actes d'allure perverse après une encéphalite épidémique ayant déterminé un état alternant d'excitation et de dépression psychiques. Cet état s'est traduit par de l'instabilité, des impulsions au vol et à la violence d'une part ; du découragement avec conscience de la déchéance, — dans un cas une tentative de suicide, — d'autre part.

L'étude des antécédents personnels ne nous a pas révélé de tendances perverses antérieures, mais il est évident que ces deux sujets n'étaient pas exempts de toute tare avant l'éclosion de la maladie et qu'ils n'étaient pas armés pour résister sans dommages ultérieurs à l'atteinte d'une encéphalite survenant à un âge de plein essor physique et mental. Le premier malade était un débile arriéré par rapport à ses collatéraux ; le deuxième présente de nombreux stigmates de dégénérescence et son frère aîné, qui n'a pas eu d'encéphalite, est un pervers. Aussi croyons-nous qu'il n'est pas téméraire de parler de prédispositions chez nos deux malades.

Comme dans le cas présenté par M. J. Reboul-Lachaux et Mlle Serin l'encéphalite a créé un état de dysthymie

©BIUM

qui, greffé sur un terrain favorable, a déterminé des troubles variés du caractère, de l'affectivité, de l'activité, à côté des réactions perverses.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER, M. MIGNARD.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès de Médecine légale de langue française

Paris, 26, 27, 28 Mai 1924

A la séance d'ouverture, M. le Dr Ch. VALLON, Président du Congrès, a prononcé un discours que nous regrettons de ne pouvoir reproduire tout entier. *En voici quelques extraits :*

MESDAMES, MESSIEURS,

Le Congrès de Médecine légale de langue française, qui s'ouvre aujourd'hui, est le neuvième d'une série commencée en 1911 et interrompue, pendant cinq années, par l'invasion. C'est le premier dont la présidence a été dévolue à un médecin aliéniste. D'être celui-là j'ai grande fierté, aussi je vous adresse, mes chers collègues, mes remerciements les plus vifs, les plus cordiaux.

.....

A la présidence du Congrès ma pensée se reporte vers deux médecins aliénistes, mes contemporains, hélas disparus ! que leur situation, leurs mérites et leurs travaux indiquaient pour occuper cette place avant moi. J'ai nommé les Professeurs Gilbert Ballet de Paris et Emmanuel Régis

©BIUM

de Bordeaux. A évoquer leur souvenir, mon cœur se serre car ils furent mes deux meilleurs amis.....

.....

Ce pieux devoir rendu aux chers disparus, je reviens au présent et plus exactement à l'année dernière. Mon éminent prédécesseur le professeur Parisot saluant le ministre M. Paul Strauss s'exprimait ainsi : « Sa présence parmi nous symbolise l'union qui existe entre ces deux branches de la *médecine sociale :* l'Hygiène et la Médecine légale confondues autrefois sous le nom de *médecine publique*, application la plus élevée des sciences médicales au *bien-être* et aux *rapports réciproques* des hommes vivant en société sous l'égide de la Loi ». C'était bien parler et le ministre faisait, de la tête, des signes approbatifs ; moi, je ne pouvais m'empêcher de sourire en pensant à ce qui se passait, alors, à l'Académie de Médecine. Dans cette docte Assemblée s'achevait en effet la rupture, depuis longtemps commencée, entre les représentants des deux branches de la Médecine Sociale.

Jadis l'Académie comprenait une section d'Hygiène et de Médecine Légale. Le professeur Brouardel qui en fut, pendant longtemps, le membre le plus éminent, à la fois grand légiste et grand hygiéniste, formait un trait d'union entre les deux parties de la section et en maintenait l'équilibre. Mais, Brouardel mort, les choses changèrent complètement de face ; il y eut séparation entre les Hygiénistes et les Légistes, plus exactement élimination des seconds par les premiers. Au fur et à mesure que moururent les Légistes, les Hygiénistes, en majorité dans la section, présentèrent, pour les remplacer, d'autres Hygiénistes ; de telle sorte qu'au bout d'un certain temps il n'y eut plus, dans la section qu'un seul Légiste, le professeur de Médecine Légale de la Faculté de Paris notre deux fois président, M. Balthazard.

Enfin un nouveau règlement vint faire passer le dernier survivant des Légistes dans la grande section de médecine et instituer l'autonomie de la section d'Hygiène. La section mixte d'Hygiène et de Médecine Légale avait vécu.

Vous comprenez, maintenant, mon sourire de l'année dernière, sourire désabusé d'un légiste nombre de fois candidat et toujours battu par les Hygiénistes.

Deux éminents aliénistes avaient été membres de la Section d'Hygiène et de Médecine Légale : Magnan et Motet. C'est ce dernier, mon vénéré maître en médecine légale psychiatrique qui m'avait incité à poser ma candidature et, chaque fois que je me suis présenté, Magnan m'a fait

©BIUM

le grand honneur de voter pour moi, ce dont je lui garde une inaltérable reconnaissance. Je n'ai pu parler de l'Académie sans parler de ma candidature et je m'en excuse ; je n'ai mis d'ailleurs dans mes paroles aucune acrimonie : la porte jadis réservée aux Médecins Légistes est fermée, je n'irai pas frapper à une autre ; ma candidature, qui menaçait de devenir perpétuelle, a donc pris fin.

Dans le même temps que l'Académie fermait cette porte, oh, ironie du sort ! on ouvrait le testament de Magnan. Il contenait un legs à l'Académie de Médecine. Magnan, ce grand travailleur qui a passé plus de quarante ans dans son service de l'Admission à Sainte-Anne, service qui était, à la fois, son occupation et sa distraction, ne cessait, par son exemple et ses conseils, d'inciter les jeunes médecins au travail ; il a voulu, offrir, encore après sa mort, un stimulant et une récompense aux travaux sur la psychiatrie. A cet effet il a fondé un prix triennal de 3.500 francs à décerner au meilleur travail sur une question de médecine mentale posée par l'Académie de Médecine. Le médecin de Sainte-Anne, lorsqu'il a pris cette disposition généreuse en faveur de l'Académie, ne se doutait certainement pas que celle-ci, désormais, n'accueillerait plus aucun de ses collègues des Asiles de la Seine.

Ainsi, Messieurs, en France, berceau de la Médecine Mentale, patrie de Pinel, d'Esquirol, de Bayle, de Calmeil, de Morel, de Marcé, de Baillarger, des deux Falret et de tant d'autres illustres aliénistes, l'Académie de Médecine ne compte pas un seul représentant des médecins aliénistes de carrière. Il en est pourtant, parmi mes cadets, qui, par leur savoir et leur honorabilité, seraient dignes de lui appartenir.

Le peu de cas fait, par l'Académie, de la Médecine Légale, en la personne de ses représentants est tout à fait injustifié. Les questions médico-légales en effet, comme l'a écrit Brouardel sont en nombre illimité ; chaque jour il en surgit de nouvelles provoquées par les découvertes de la science et par les changements des mœurs.....

L'ostracisme dont sont l'objet, de la part de l'Académie, les Légistes et particulièrement les Aliénistes est d'autant plus inconcevable que la plupart des grandes questions qu'elle a discutées dans ces derniers temps étaient des questions de Médecine Légale et de Médecine Sociale dans lesquelles les Légistes auraient pu utilement intervenir.

©BIUM

Le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire, par le Docteur VERVAECK, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire.

Résumé du Rapport présenté au *Congrès de Médecine Légale* de Langue française (Paris, 26-28 mai, 1924).

Les recherches d'anthropologie criminelle moderne ont amené une profonde évolution dans les idées et les méthodes qui régissent le traitement pénal et pénitentiaire des délinquants.

Dès à présent l'accord est bien près d'être réalisé dans quelques pays entre juristes et médecins criminalistes sur quelques notions essentielles. La sanction pénale ne doit pas nécessairement avoir un caractère répressif ; à côté des pénalités, s'adressant aux délinquants normaux de corps et d'esprit, — susceptibles d'être influencés par un régime de punition et de privations, — il faut prévoir des mesures de simple élimination sociale — visant ceux que l'expérience démontre être incapables de s'y adapter, en raison de leurs tares héréditaires ou acquises — des sentences d'ordre éducatif ou de préservation pour les délinquants juvéniles qu'il importe avant tout de protéger et d'instruire, enfin des sentences à portée thérapeutique confiant au médecin et au psychiatre les divers groupes de criminels débiles, déséquilibrés ou malades.

Un tel régime pénal, basé essentiellement sur des préoccupations de défense sociale et de prophylaxie criminelle et se traduisant en fait par des méthodes de rééducation et de thérapeutique peut ne plus se préoccuper des problèmes, souvent bien délicats à résoudre, de responsabilité criminelle.

La privation de liberté en sera la seule sanction commune, pour tous les cas du moins où elle constitue l'élément indispensable à la cure morale ou médicale du coupable.

Faut-il ajouter que cette conception pénale du traitement de la criminalité, ne perdra en rien de son efficacité répressive et intimidante, puisque dans la pratique la plupart des délinquants incorrigibles ou morbides seraient maintenus, plus longtemps que par le passé, dans les sections pénitentiaires spéciales où ils seront détenus ou soignés.

Quant à sa plus grande efficacité thérapeutique et préventive, on ne peut contester qu'un traitement individualisé et prolongé, qu'il soit éducatif, médical ou même répressif, ait plus de chance d'être fructueux qu'une détention de caractère uniforme et de durée limitée.

©BIUM

La réforme anthropologique du régime pénitentiaire belge a permis de réaliser dans une large mesure cette conception moderne du traitement des délinquants. Sans compromettre en rien les exigences légitimes de la sécurité sociale, les prisons ont pu, par la seule voie administrative, être transformées dans un sens psychiatrique, conformément aux conclusions des recherches d'anthropologie criminelle.

Toutefois, une lacune importante persisterait dans la réalisation intégrale de cette réforme, parce que le régime actuel de nos prisons ne s'adresse qu'aux criminels jugés entièrement ou partiellement responsables de leurs actes et condamnés ; dès lors échapperait à son action de prophylaxie criminelle et de défense sociale le groupe intéressant, et si dangereux au point de la sécurité publique des délinquants déclarés irresponsables en raison de leurs tares ou maladies mentales.

Actuellement ils sont, la plupart, internés dans un asile où dans bien des cas leur séjour est de trop courte durée; d'autres, ce qui est pis encore, sont laissés en liberté, sans qu'on se préoccupe de leur traitement et de protéger la Société contre la récidive de leurs actes criminels.

On ne doit pas hésiter à les confier à une administration pénitentiaire dont les tendances et les méthodes de traitement s'inspireraient essentiellement de conceptions de thérapeutique médicale.

En exerçant un contrôle efficace sur le régime de traitement et sur la décision de mise en liberté des criminels, jugés irresponsables et assimilés aux aliénés, l'Administration pénitentiaire resterait en réalité dans son rôle qui est d'assurer la répression de la criminalité, répression individualisée qui prendra nécessairement le caractère d'un traitement psychiatrique, quand elle s'adresse à des malades mentaux.

Dans la première partie de son rapport, le docteur Vervaeck esquisse à grands traits l'évolution des régimes pénitentiaires qui jadis se basaient exclusivement sur les principes de répression et d'intimidation, alors qu'aujourd'hui ils tendent de plus en plus à accorder une importance primordiale aux préoccupations de traitement médico-mental, de relèvement moral et de reclassement social, dont l'application se trouve grandement facilitée par la sériation thérapeutique des condamnés dans les laboratoires d'anthropologie pénitentiaires.

L'auteur justifie ensuite par une série d'arguments d'ordre social et médical, sa thèse que le traitement des criminels

©BIUM

jugés irresponsables par les experts et dont les tendances restent dangereuses pour l'ordre social, doit être maintenu dans le cadre pénitentiaire.

A première vue, il peut paraître téméraire de vouloir comprendre, dans une conception de régime pénitentiaire, le traitement des aliénés judiciaires ; aussi, cette proposition n'est-elle défendable pour un médecin qu'à la condition que soient sauvegardés d'une manière absolue les droits du malade à être considéré et soigné comme tel, fût-il un délinquant dangereux.

Ces droits étant respectés, si l'on envisage la proposition sous son aspect social qui, en matière de traitement des criminels, doit dominer l'aspect médical du problème, les préventions et objections qu'elle peut soulever, perdront certes de leur importance.

Si, personnellement, l'auteur a préféré le terme pénitentiaire à celui plus moderne et plus expressif de défense sociale, c'est qu'il a voulu marquer un double souci : tout d'abord celui, dans les conditions précaires des budgets d'après-guerre, d'utiliser après les avoir transformés dans un sens médico-psychiatrique, l'ensemble des établissements pénitentiaires existants et devenus trop vastes ; ensuite, celui de maintenir à la base du régime pénal, même quand il s'agit de criminels morbides et à condition qu'ils puissent être influencés par de telles méthodes (1) les principes si nécessaires au point de vue social, de répression et d'intimidation, étant entendu toutefois que leur application s'inspirerait de conceptions essentiellement thérapeutiques et prophylactiques.

Dans ces conditions, le terme pénitentiaire s'appliquant dans son sens élargi, à tous les criminels, normaux ou anormaux, ayant prouvé leurs tendances dangereuses, ne saurait offusquer le médecin et le psychiatre.

Un premier argument en faveur de cette conception est d'ordre pénal.

Aucune règle logique ou équitable ne préside aujourd'hui à la répression des délits et des crimes commis par les malades et anormaux de l'esprit ; pour des motifs divers, les uns sont condamnés sévèrement, d'autres traités avec indulgence, d'autres encore assimilés aux aliénés et renvoyés des poursuites les uns étant internés, d'autres laissés en liberté.

---

(1) Parmi les délinquants déclarés irresponsables au point de vue pénal il s'en trouve un grand nombre qui ne peuvent être considérés comme des aliénés : la plupart de ces débiles mentaux et psychopathes sont intimidables dans une certaine mesure.

©BIUM

Au surplus les aliénés criminels apparemment guéris sortent en général trop tôt de l'asile et l'expérience le prouve ils s'en évadent plus facilement que d'une prison.

Un second argument est d'ordre médical. En analysant la documentation anthropologique actuelle des prisons belges — 8.500 observations complètes de condamnés — et en la comparant aux indications que le Dr Vervaeck a pu réunir sur les caractères mentaux et biologiques des aliénés criminels colloqués en Belgique en ces dernières années, on est frappé de la grande analogie anthropologique qui existe entre ces deux groupes de délinquants, qui sont, les uns condamnés, les autres internés dans un asile.

Cette analogie s'établit par les constatations suivantes :

1. Le groupe de criminels judiciaires déclarés irresponsables ne se compose pas exclusivement d'aliénés au sens médical de ce terme ; sa majeure partie est composée de psychopathes constitutionnels, qui sont, avant tout, des antisociaux dangereux, dont les réactions démentielles sont accessoires, ou tout au moins passagères.

2. Parmi les délinquants qui ont été condamnés on retrouve un certain nombre de vrais aliénés, dont l'affection a été méconnue au cours de l'instruction ou ne s'est révélée que tardivement en prison. D'autres condamnés ont été atteints de réactions démentielles après une détention plus ou moins longue. En Belgique ces deux groupes de condamnés représentent 30 0/0 des aliénés criminels internés dans les asiles de l'Etat.

3. Enfin on observe, en bon nombre, parmi les délinquants tarés, dont la responsabilité a été jugée atténuée et qui, de ce fait, ont été condamnés à des peines moindres, les mêmes psychopathes et pervers constitutionnels que ceux que l'on trouve dans les quartiers d'asile, réservés aux criminels irresponsables.

Il est, en effet, dans les asiles de l'Etat à Tournai et à Mons, une proportion de 65 à 70 0/0 d'irresponsables qui ne sont pas de vrais aliénés, mais avant tout des psychopathes constitutionnels, peu susceptibles de guérison stable; ils ne diffèrent guère ou pas du tout des demi-fous que l'on condamne à la prison. En pratique la décision d'envoi des criminels anormaux ou malades à l'asile ou à la prison, dépend en dernière analyse de l'appréciation des experts-psychiatres.

L'auteur apporte à l'appui de sa thèse une importante documentation statistique témoignant de la fréquence de la criminalité morbide tant en France qu'en Belgique.

©BIUM

Il signale enfin les avantages administratifs, sociaux et thérapeutiques qu'entraînerait le placement des toxicomanes, des malades et anormaux de l'esprit dans des sections psychiatriques annexées aux grandes prisons. Seuls seraient envoyés dans un asile les vrais aliénés exigeant un régime spécial et l'auteur en détermine les catégories.

Le rapport du Dr Vervaeck se termine par une série de conclusions intéressantes relatives au régime pénitentiaire et au traitement des aliénés judiciaires.

Il conclut en disant, si, malgré tout, quelques juristes et aliénistes s'attardaient à l'objection théorique, qu'il est irrationnel de placer des criminels jugés irresponsables au point de vue pénal, dans une section de traitement rattachée à l'administration pénitentiaire; cette section fût-elle exclusivement psychiatrique, il n'y aurait pas d'inconvénient essentiel à substituer au terme d'institution pénitentiaire, qu'il vaut mieux conserver, pour des raisons d'opportunité, celui d'institution de défense sociale (1).

Quoi qu'il en soit de cette dénomination, en maintenant dans le cadre pénitentiaire la garde et le traitement de tous les criminels anormaux, intoxiqués ou malades, que leurs tendances constitutionnelles ou leurs tares acquises rendent dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage, on réaliserait une défense sociale plus énergique et plus efficace, plus scientifique et plus humaine.

Discussion

M. Henri Claude. — Dans un très remarquable rapport qui est le reflet de conceptions d'une très grande portée humanitaire, sociale, et d'une doctrine médico-anthropogique qu'il défend depuis longtemps avec une conviction et un talent qu'on ne saurait trop admirer, notre collègue, M. Vervaeck, a soutenu la thèse qui consiste à substituer

---

(1) On peut envisager deux hypothèses pour la réaliser :

1. Créer à côté des prisons mais soumis à une même direction administrative, des intuitions de défense sociale : asile, colonies de travail, sanatoria destinés au traitement des délinquants irresponsables.

2. Réserver les prisons aux condamnés valides et normaux ; organiser un ensemble de sections médicales pour les anormaux ; colonies, établissement de sûreté, quartiers de traitement, etc... maintenir les irresponsables dans un asile criminel. Les 3 organismes étant réunis sous une même direction administrative, prendrait le nom d'Institution de Défense Sociale.

©BIUM

à la notion de la répression pénale, celle du traitement pénal nécessaire pour modifier les tendances constitutionnelles. Il admet que pour combattre « les tares ou les troubles morbides des délinquants dont les actes ou le passé démontrent le caractère dangereux ou antisocial », la sentence pénale doit avoir « une durée indéterminée ». La prison doit devenir psychiatrique, c'est-à-dire « un organisme efficace de défense sociale et de prophylaxie criminelle, s'adaptant à toutes les formes de la délinquance qu'elle soit morbide ou non ». D'ailleurs cette prison peut avoir le caractère d'un lieu de détention pour certains, d'une école-atelier pour d'autres, d'un hôpital pour quelques-uns, d'une colonie de travail pour les récidivistes ou anormaux dangereux, d'un sanatorium pour névrosés, toxicomanes, d'un asile de sûreté pour les demi-fous de tout ordre, les dégénérés, et les débiles mentaux à réactions dangereuses dont la science restera souvent impuissante à modifier les tares.

Il semble qu'en Belgique cette méthode ait été mise en pratique dans une certaine mesure et que cette conception anthropologique du traitement des condamnés ait permis, en quelques années, d'opérer cette transformation de la prison sans réforme préalable du Code pénal, qu'on ait pu organiser scientifiquement grâce au concours d'aliénistes spécialisés dans l'anthropologie criminelle des sections d'observations, de sériations et de thérapeutique pénitentiaire. Grâce à l'initiative de nos collègues belges, à leur foi agissante, un régime nouveau de traitement des délinquants inspiré de vues d'une grande élévation paraît s'instaurer et doit être suivi avec attention dans un pays, qui, comme le nôtre, n'a en rien modifié son régime pénitentiaire et n'a réservé au psychiatre-anthropologiste aucun rôle, aucune intervention possible, et qui même ne permet pas au médecin-expert de poursuivre son enquête dans des conditions scientifiques.

Mais avant d'entreprendre une lutte pour l'amélioration du traitement des délinquants, conformément aux méthodes belges, nous demanderons à être renseignés avec quelques précisions sur leur organisation. Nous avons entre les mains les remarquables travaux de MM. Vervaeck, Héger Gilbert, et il serait nécessaire que nous possédions des chiffres concernant le nombre, la durée des traitements, les frais occasionnés. Nous voudrions connaître le nombre des délinquants incarcérés en Belgique, le nombre des individus soumis à un traitement conforme aux données anthro-

©BIUM

pologiques et psychiatriques qui nous sont soumises, le nombre de médecins, la quantité de personnel subalterne nécessaire dans ces diverses formations pénitentiaires et sanitaires. Enfin il serait intéressant de savoir combien de délinquants restent en Belgique néanmoins soumis au régime pénitentiaire ordinaire.

En effet nous avons en France et dans les grandes villes surtout, en raison du nombre considérable de délinquants étrangers, qu'attirent les grands centres, un mouvement pénitentiaire énorme, et si nous voulons adresser à l'administration certaines suggestions empreintes d'un esprit scientifique moderne, il faut bien prendre en considération la possibilité de réalisation pratique dans les conditions économiques et budgétaires, et au moyen des établissements dont nous disposons. Sinon on ne manquera pas, non sans raison, de considérer nos propositions comme un peu chimériques. Quand nous aurons les précisions que je réclame, il nous sera plus facile de discuter.....

Nous acceptons la division des délinquants en deux catégories : les aliénés avérés atteints d'affections mentales bien caractérisées : manie, mélancolie, délires systématisés ou non, démences, confusion mentale, intoxications, épilepsie, etc. A ceux-ci il ne nous semble pas qu'il soit nécessaire de donner un autre mode d'hospitalisation que celui de l'asile, en admettant pour certains d'entre eux, dont les réactions délirantes ou impulsives sont franchement dangereuses, la création de quartiers spéciaux.

Mais il reste la catégorie formidable des psychopathes constitutionnels, à manifestations pathologiques variables, qui sont les véritables ennemis de la société. M. Vervaeck évalue leur nombre à 65 0/0 et à 70 0/0, parce qu'il établit sa statistique sur des chiffres relatifs aux entrées dans les asiles, car ces délinquants ont été considérés, en effet, comme irresponsables. Mais le plus grand nombre de ces anormaux pervers constitutionnels, fous moraux, débiles mentaux, déséquilibrés, n'est pas interné. Ils bénéficient ou non, suivant les conceptions médico-légales des experts, de la responsabilité atténuée, et de toute façon, passent devant les tribunaux et ne vont pas à l'asile. Ils représentent le plus grand nombre de ces délinquants à répétition dont les casiers judiciaires sont remplis de condamnations pour escroqueries, abus de confiance, vols, violences, outrages publics à la pudeur, etc. Voilà la catégorie la plus nombreuse de sujets soumis à nos expertises. Quoi en faire ? M. Vervaeck croit qu'ils sont amendables et justiciables

©BIUM

d'un traitement psychiatrique pendant un temps d'ailleurs illimité. Je demande si vraiment des résultats certains ont été obtenus dans cet ordre d'idée et par quels moyens..... Comment espérer transformer des états constitutionnels aussi invétérés ? M. Vervaeck propose, après avoir amélioré ses sujets par un traitement que je ne connais guère, de leur accorder leur mise en liberté sous un contrôle psychiatrique efficace et prolongé. Je me demande comment et par quel organisme serait assuré ce contrôle puisque nous voyons déjà combien les mesures policières arrivent difficilement à contrôler la liberté surveillée des mineurs délinquants et des interdits de séjour. Enfin, si, comme je le pense, ces pervers constitutionnels ne peuvent, à un certain âge du moins, être transformés, amendés, va-t-on leur infliger une détention indéfinie ?..... Il y a là des problèmes économiques et sociaux, dont la solution ne paraît pas prochaine.

Pour rester dans le domaine des entreprises réalisables sans grands frais et au moyen d'une organisation qui empruntera aux éléments dont nous disposons déjà en partie à l'heure actuelle, je crois que pour commencer en France l'œuvre de réforme qui nous apparaît à tous nécessaire, c'est au dépistage précoce de ces anomalies mentales qu'il faut nous attacher, et par précoce, j'entends que l'enquête doit être poursuivie aussi bien chez les sujets jeunes que chez les adultes dès leur premier crime ou délit. Il conviendrait qu'une fiche médico-psychiatrique soit toujours, dès la première incarcération, adjointe à la fiche anthropométrique. Ce serait déjà une innovation intéressante et facile à réaliser. Mais pour que l'investigation médicale se poursuive dans des conditions scientifiques, il est nécessaire que l'administration puisse consentir à créer dans chaque prison un quartier médical d'observation, pourvu d'un personnel infirmier éduqué.

Pour les adultes quatre catégories de délinquants sont à envisager : 1° les aliénés atteints de troubles mentaux bien définis que l'on enverrait dès le début de l'instruction dans les asiles. On éviterait ainsi de voir se renouveler ces erreurs signalées depuis longtemps par les psychiatres concernant des aliénés incarcérés indûment et reconnus tardivement.

2° Les psychopathes constitutionnels, au début de la période de délinquance qui pourraient, après avoir subi leur peine, à titre de moyens d'intimidation ou après avoir bénéficié de la loi de sursis, être astreints, sous la menace

©BIUM

de pénalité à prévoir, à un contrôle médical plus ou moins fréquent.

3° Les délinquants chez qui on ne constate aucune tare biologique ou psychiatrique soumis au régime de droit commun.

4° Enfin les délinquants à répétitions, présentant la constitution perverse, qui n'ont pu être amendés dès le jeune âge par le contrôle médical régulier préconisé plus haut, et pour lesquels l'exclusion de la société et l'envoi dans les établissements agricoles ou industriels hors de la métropole ne paraît pas nécessaire, dans un but de salubrité sociale.

M. Henri Colin, Médecin en chef du Service de l'Admission (Asile clinique, Ste-Anne). — Je tiens à rendre hommage à M. le Dr Vervaeck dont le remarquable rapport et l'exposé lumineux ont si fortement impressionné les membres du Congrès. J'ai peut-être, sur certains de nos collègues, l'avantage de connaître le service psychiatrique de la prison de Forest où j'ai reçu, de M. Vervaeck, un accueil aimable et si bienveillant : j'ai conservé de ma visite un souvenir précieux et j'ai pu me rendre compte de l'excellence des observations anthropologiques et psychiatriques de notre éminent collègue et de la méthode qui a présidé à l'organisation du travail.

Pour ce qui regarde plus particulièrement le traitement des aliénés délinquants, nous sommes en présence de deux méthodes. Faut-il, comme cela se pratique dans le nouveau service de Forest, créer des annexes aux prisons pour recevoir ce genre de malades, ou doit-on construire des annexes aux asiles analogues à celle que j'ai créée à l'Asile de Villejuif ?

Jusqu'à présent j'ai fermement défendu le principe de l'annexe à l'asile et si je l'ai fait, c'est que mes visites à l'asile d'aliénés criminels de Përth, en Ecosse, ou à celui de Brüchsal en Allemagne m'avaient fâcheusement impressionné. J'ai eu devant moi des prisons et non des établissements destinés au traitement des malades. Pour vous en donner un exemple, à Brüchsal, les locaux sont entourés de grands murs sur lesquels (idée bien caractéristique du goût allemand), on a peint des arbres. Le quartier spécial annexé à l'Asile de Düren conserve les mêmes allures de sévère répression et j'ai vu là une cellule pour les indisciplinés incorrigibles qui contient une véritable cage de fer, dont les barreaux d'acier ont la grosseur du poignet.

©BIUM

Hoerdt, en Alsace, a été construit par les Allemands sur les mêmes principes. Quant à Perth, c'est une maison centrale.

Nulle part le travail n'est organisé de façon sérieuse et productive. Les pensionnaires cassent du bois, collent des sacs de papier, etc...

C'est pourquoi j'ai préconisé l'annexe aux asiles ordinaires et veillé à ce que la section de Villejuif fût installée de façon toute différente.

L'essentiel pour moi, la base même du traitement des malades qui doivent y être hospitalisés, c'est le travail et sous ce rapport je suis entièrement de l'avis du Dr Vervaeck. Non seulement, la garde de ces malades est impossible si le travail n'est pas organisé, mais encore, et c'est un fait qui a bien son importance à l'époque actuelle, le produit du travail diminue de façon très légitime le prix d'entretien des pensionnaires. C'est ainsi que nous voyons le prix de journée tomber de 15 francs dans l'Asile ordinaire à 5 fr. dans la section spéciale.

Doit-on, d'autre part, mettre dans la section spéciale tous les aliénés criminels ? Je le crois et je suis, sous ce rapport, de l'avis de M. Colojani. A part les affaiblis intellectuels, déments, paralytiques généraux, etc., le dynamisme biologique règle la conduite et les réactions de tous les autres malades, quel que soit leur délire ; c'est la théorie des deux états si souvent exposée par moi et qui explique pourquoi les crimes sont si rares chez les persécutés les plus avérés et les plus tourmentés au point de vue des troubles de la sensibilité générale. Ces réserves faites, et si l'on devait généraliser les méthodes en honneur à la prison de Forest, je ne verrais, pour ma part, aucun inconvénient à créer, dans les prisons, des annexes psychiatriques destinées au traitement des aliénés criminels.

Mais le rapport de M. Vervaeck contient bien d'autres choses. C'est en somme la réforme complète du système pénitentiaire actuel, un traitement nouveau appliqué à tous les délinquants.

Ici, M. Vervaeck me permettra quelques remarques. Sans entrer dans la discussion du régime cellulaire, de la sentence indéterminée sur lesquels il y a encore tant de choses à dire, je me bornerai à rappeler que le système préconisé par M. Vervaeck est difficile à appliquer en France.

La Belgique, pays petit par l'étendue mais grand par les idées, a toujours été à l'avant-garde quand il s'est agi de progrès à réaliser dans le système pénitentiaire. Je rappel-

©BIUM

lerai seulement le nom de deux grands ministres, celui de M. Lejeune, d'une part, à qui l'on doit une réforme que nous n'avons pu jusqu'ici réaliser en France — je veux parler de l'examen mental des prévenus —, celui de M. Vandervelde qui a permis à MM. Hegger et Vervaeck la création du service de la prison de Forest, ce qui prouve, soit dit en passant, que dans tous les partis on trouve des hommes uniquement soucieux du bien public et de l'intérêt général. C'est une expérience capitale, et dont la portée est infinie. Mais qui dit expérience dit contrôle de l'expérience. Or, la Belgique se prête merveilleusement à ce contrôle. Il est facile en raison du peu d'étendue du pays de se porter d'un point à un autre, de visiter telle ou telle prison, tel ou tel asile, de s'assurer des conditions dans lesquelles fonctionne le nouvel organisme, d'en mesurer les résultats.

Il n'en est pas de même en France. M. le Dr Briand rappelait qu'un ministre l'a chargé avec M. le Dr Mallet d'inspecter des établissements pénitentiaires et d'y rechercher les cas d'aliénation mentale. La question n'est pas nouvelle et M. Briand trouvera dans les *Annales Médico-Psychologiques* d'avril 1924, le récit des efforts tentés par notre collègue, le Dr Pactet, efforts auxquels je me suis associé et qui datent de plus de vingt ans. Je souhaite à nos collègues plus de succès que nous n'en avons obtenus, bien que, nous aussi, nous ayons obtenu l'appui des autorités supérieures.

Encore une fois je crois que l'avenir appartient à la méthode de M. Vervaeck. C'est la seule façon rationnelle de substituer au droit de punir, à la loi du talion, le principe de la préservation sociale, de la défense de la collectivité, et cela seul est important.

Mais il faudra longtemps avant de voir ces idées aboutir en France, et en attendant certaines réformes urgentes, auxquelles M. le professeur Claude faisait allusion, peuvent être immédiatement réalisées, en ce qui concerne les aliénés. C'est d'abord l'installation dans chaque prison d'un local d'observation pour les sujets soumis à l'expertise, c'est ensuite pour tous les médecins des maisons centrales ou des prisons, l'obligation d'avoir des connaissances sérieuses en Médecine mentale.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 Mai 1924

Présidence de M. le Dr TOULOUSE

A propos de deux cas de tabès avec troubles mentaux. — M. PÉRON insiste sur les difficultés du diagnostic de la paralysie générale chez les malades atteints de syphilis évolutive du névraxe : une des malades considérée comme paralytique générale plusieurs années auparavant, apparaît comme une intermittente qui présente des troubles mentaux transitoires à l'occasion de poussées méningées ; la deuxième malade à la suite d'un ictus a prêté également à confusion. La valeur des réactions biologiques si utiles pour le diagnostic de la P. G. permet d'affirmer dans ces cas une syphilis évolutive dont la forme clinique est surtout à différencier par l'examen objectif.

Traitement de la paralysie par les injections de lacto-protéine et de sulfarsenol, par M.-G. NAUDASCHER, C. CHANÈS et A. CORBIER. (Présentation du malade). — Dans plusieurs cas de paralysie générale, ce traitement paraît avoir eu une influence très favorable. L'élévation de température est habituellement assez modérée et les injections sous-cutanées de lait bouilli ou de soluprotéine ont été très bien supportées.

L'amélioration a été manifeste surtout chez la malade présentée qui est actuellement dans un état assez satisfaisant (à son entrée, un an auparavant, elle était dans un état démentiel complet avec inconscience et gâtisme), les deux escarres très profondes dont on voit encore les cicatrices, témoignent de la gravité de la situation avant le traitement.

Traitement de la paralysie générale par le sulfarsenol et les pyrétogènes, par P. GUIRAUD et SONN. — Ce traitement consiste à associer aux injections intra-veineuses de sulfarsénol des injections sous-cutanées de lait stérilisé (5 à 10 cc.) ou de soluprotéine (1 à 3 cc.). On fait une série d'injections de sulfarsénol de 0,12 à quatre fois, 0,48 en tenant compte de pyrétogènes des réactions thermiques et des susceptibilités individuelles.

Le traitement provoque assez souvent, dès le début, une réaction thermique irrégulière et prolongée avec amaigris-

©BIUM

sement et excitation qui est remplacée par une phase d'embonpoint avec amélioration mentale.

10 P. G. ainsi traités et suivis pendant un an et demi ont été très améliorés dès la fin de la première série. Un seul est décédé. Chez quatre P. G. peu avancés les troubles mentaux ont complètement disparu, trois ont récidivé au bout de quatre à huit mois.

Un cas d'hystéro-épilepsie à crises séparées. — M. P. CARRETTE présente un jeune homme de 17 ans atteint de crises pithiatiques et comitiales les unes précédant immédiatement les autres au cours d'un même accès paroxystique. Ce malade est un pervers qui s'est livré par ailleurs à des actes d'exhibitionnisme non imputables à l'épilepsie qu'il faut mettre sur le compte de son déséquilibre mental et dont il est conscient et responsable.

Etat d'excitation continue chez une épileptique corrélatif du traitement par le gardénal. — J. CUEL, service du docteur Trénel) présente une malade de 51 ans, épileptique depuis l'âge de 18 ans. Traitée par le bromure jusqu'en 1923, les crises persistent pendant tout ce temps avec une fréquence moyenne de cinq à six par mois et sont assez souvent suivies de périodes d'agitation de quelques jours, en dehors desquelles la malade demeure tranquille. En juillet 1923, sur les instances de la famille, le traitement gardénalien est substitué au bromure. Dès le début de son administration, on assiste à l'éclosion d'un véritable état maniaque continu et violent qui se prolonge pendant cinq semaines et force à suspendre l'emploi du gardénal. Pas de crises convulsives durant cette période. En septembre 1923, reprise du traitement bromuré et retour rapide à l'état antérieur (cinq à six crises par mois). Le 16 avril 1924, nouvelle tentative de traitement gardénalien, qui déclanche un état maniaque, semblable à celui de l'an dernier, persistant encore actuellement (20 mai) avec les mêmes caractères. Une seule crise convulsive le surlendemain de la reprise du gardénal.

Lésions médullaires et cérébrales de la pschose polynévritique, par MM. TRÉNEL et CUEL (Asile de Villejuif). — Présentation de coupes par la méthode de Nissl. Lésions cellulaires classiques de la moelle. Lésions cellulaires cérébrales prédominant dans la couche profonde de l'écorce affectant les cellules moyennes et petites. Figures de neurophagie. Dans un des cas, coexistence d'une petite gomme méningo-cérébrale.

©BIUM

VARIÉTÉS

MINISTERE DE L'HYGIENE

Un arrêté ministériel du 30 mai 1924 autorise le Préfet de la Seine à affecter le Dr Toulouse, médecin en chef des Asiles de la Seine, à la direction du service libre de prophylaxie mentale.

MAISON DE SANTE DE NEUILLY-SUR-MARNE

Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Louis Renault, vient de prononcer le renvoi à l'administration de la délibération suivante :

« 1° La date de fermeture de la Maison de santé de Neuilly-sur-Marne est reportée du 31 décembre 1924 au 31 décembre 1925 ;

« 2° L'Administration est invitée, pendant le délai qui lui est ainsi accordé, à examiner à nouveau le fonctionnement de cette maison et à rechercher toutes les économies et recettes qui, en assurant l'équilibre du budget de l'établissement, permettraient au département de conserver définitivement celui-ci. »

MUSEE SOCIAL

Section d'Hygiène et de Prévoyance sociales

Séance du 25 janvier 1924

On nous communique l'extrait suivant du *Bulletin* d'avril 1924 :

« M. Delanney constate avec satisfaction que le Musée social s'attache énergiquement à la solution du problème de la population sous tous ses aspects. Cette question a été étudiée précédemment au point de vue de l'augmentation de la natalité, par son président, M. Georges-Risler, et aujourd'hui on l'examine au point de vue de la diminution de la mortalité infantile. Il ne sera jamais donné trop d'efforts en ces divers sens, car le relèvement du chiffre de la population est une œuvre d'intérêt national que l'on devrait souligner lors de la célébration du mariage ; on a fait beaucoup, ces dernières années, pour *les aliénés dont l'utilité sociale a cessé d'exister*, on doit faire plus pour sauver les enfants qui naissent. »

L'application de théories semblables serait fort dangereuse. Il faudrait supprimer l'assistance aux incurables, aux vieillards « dont l'activité sociale a cessé d'exister ». L'assertion en elle-même n'est pas exacte car un grand nombre de malades sortent guéris des asiles et récupèrent leur « activité sociale ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 29.472

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

Chronique



Les aliénés étrangers dans les Asiles de la Seine

Dans mon service, à l'Asile de Ville-Evrard, j'ai reçu, au cours de l'année 1923, 84 aliénés étrangers qui sont des Polonais, des Allemands, des Belges, des Anglais, et surtout des Turcs, des Espagnols et des Italiens. Or, ainsi que l'a observé, en ce qui concerne les hôpitaux parisiens, le Dr Bertho-neau (1) : « Cette invasion de nos services pourrait « être considérée comme une obligation onéreuse, « mais inéluctable, si ces étrangers venus à Paris « pour travailler, apportaient, en réalité, le secours « de leurs bras à la main-d'œuvre française insuffi-« sante par suite de l'hécatombe de la guerre et de « la lourde charge de la reconstitution des régions « dévastées », mais souvent, c'est aussitôt après

(1) Dr Berthonneau. — Des hôtes indésirables. *Presse médicale*, du 16 avril 1924.

©BIUM

leur arrivée en France que ces hôtes qui s'imposent à nous, sont arrêtés sur la voie publique et internés. C'est ainsi qu'en 1922, 182 étrangers, et, en 1923, 211 indésirables ont été expertisés ou ont passé à l'Infirmerie spéciale, près la Préfecture de Police, à la suite de scandales ou délits dans la rue et 282 aliénés étrangers ont été internés: A côté des prétendus travailleurs, débarquent à Paris les paresseux, les instables, les insouciants de tous les pays qui viennent chez nous, attirés par la capitale, pour faire la noce, et parce que la vie est meilleure en France que dans leurs pays. Ces gens, lorsqu'ils consentent à s'occuper en province pendant quelques jours, ne séjournent dans les départements que très peu de temps et se déplacent constamment d'une localité à une autre, de même que, arrivés à Paris, ils passent d'hôtel meublé en hôtel meublé. Parmi eux, le nombre des déséquilibrés et tarés, des déchets sociaux et des alcooliques, est très élevé. Aussi, n'est-ce pas seulement l'influence du changement de climat qui détermine le trouble mental. Parmi ces indésirables se recrutent les trafiquants de cocaïne et de morphine et de nombreux souteneurs qui se placent dans les boîtes de nuit en qualité de serveurs ou de musiciens. L'alcool aidant, le trouble mental qui nécessite l'internement apparaît peu de temps après l'arrivée à Paris et nos asiles de la banlieue les accueillent, après passage à l'Infirmerie spéciale et au service de l'Admission de l'Asile Clinique. Internés, ils coûtent cher à l'Etat français, et d'autant plus que l'internement est plus prolongé. Il conviendrait donc de se débarrasser au plus tôt de ces hôtes indésirables.

Puisque les mesures très rigoureuses de protection adoptées par les Américains à l'égard des immigrants, n'ont pas encore retenu, en France,

©BIUM

l'attention des pouvoirs publics, il semble que, dès maintenant, il faut étudier les mesures qui devraient réglementer l'entrée chez nous des étrangers, susceptibles de devenir aliénés, et d'être ainsi pendant des mois et parfois des années, à la charge de l'Etat.

Tout d'abord, à l'arrivée en France, il y aurait lieu de soumettre l'immigrant à un examen médical qui éliminerait le déchet social, le taré, et le déséquilibré. Il faudrait exiger, avant cet examen, la présentation d'une fiche ou d'un carnet médical qui mentionnerait, s'il y a lieu, les troubles mentaux et les internements antérieurs dans le pays d'origine. Surtout lorsque l'immigrant ne parle pas français et paraît douteux au point de vue mental, l'interdiction d'entrer en France serait absolue et strictement prescrite. Pour ceux qui ont pris un logement à Paris, où ils sont venus aggraver nos difficultés de l'existence et la crise des loyers, et qui se font arrêter pour délit et scandale sur la voie publique, le rapatriement devrait suivre sans aucun délai l'examen à l'Infirmerie spéciale, lorsque cet examen a conclu au déséquilibre mental, même transitoire. Si la nécessité d'une observation plus longue s'impose et que le malade soit conduit à l'Admission, pourquoi le rapatriement ne serait-il pas ordonné avant le transfert dans un asile de la banlieue ? Enfin, lorsque l'aliéné a été hospitalisé pendant quinze jours dans un établissement parisien où le prix de journée payé pour son entretien revient au département ou à l'Etat un minimum de 15 fr. par jour, il semble que, si la mise en liberté par guérison ne s'impose pas, la seule mesure judicieuse devrait être le transfert dans un asile de province. Il y aurait là une nécessité économique et aussi une question d'humanité, si l'établissement est bien choisi. En effet, l'intérêt du malade est de se rap-

©BIUM

procher le plus possible de son pays d'origine, afin de se rapatrier lui-même au plus tôt, après sa sortie de l'asile. En même temps qu'il établirait le certificat de quinzaine de l'aliéné étranger, le médecin pourrait donc rédiger un certificat de transfert mentionnant l'obligation du transfèrement dans l'asile le plus proche des frontières de l'Espagne, de l'Italie ou de l'Allemagne, suivant le cas, et l'expulsion au besoin après la sortie. Ce qu'il importe surtout c'est que le certificat établi, l'Administration n'attende pas pendant plusieurs mois, ou même pendant plusieurs années, pour effectuer l'envoi du malade en province, et l'Etat, dans les cas où il n'existe pas de convention internationale de réciprocité, ferait rembourser, par le consulat étranger, dans le plus bref délai possible, les frais de transfert et les frais de séjour du malade. Il arrive, en effet, qu'après nous avoir demandé trois ou quatre fois les pièces nécessaires au voyage, l'Administration s'attarde pendant très longtemps à organiser le transfert ou le rapatriement du paralytique général ou du dément précoce. Agité ou trop affaibli lorsque l'ordre du transfert est signé, celui-ci ne peut plus être mis en route et meurt dans l'asile où son entretien est le plus onéreux à l'Etat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

Il n'est pas douteux que toutes ces mesures sont en opposition avec notre caractère et nos traditions d'hospitalité, mais quoi qu'il en soit de toutes les considérations administratives et humanitaires, une nécessité s'impose à nous, qui prime actuellement toutes les autres : nous débarrasser des parasites. La France, généreuse et hospitalière, n'est plus assez riche pour héberger et entretenir les déchets du monde entier. Elle ne peut reprendre sa place qu'à la condition de ne plus se laisser exploiter.

Dr A. Rodiet.

©BIUM

LA LUCIDITÉ ET LA VALIDITÉ MENTALES

Par Paul COURBON et Ernest BAUER

Le mot lucide dont la signification en langage courant est « qui possède les lumières de la raison » (Littré), « qui voit, comprend ou exprime clairement les choses » (Larousse), a joui d'une grande faveur parmi les psychiatres d'autrefois. On le trouve à beaucoup de pages de leurs traités. Aujourd'hui, il est presque banni de la terminologie clinique et n'est plus guère employé qu'en médecine légale, avec une imprécision qui est loin de projeter la clarté que comporte son étymologie.

Le but de ce travail est de préciser cette signification. Pour ce faire, il faut en limiter l'extension aux caractères qui sont communs à toutes les situations mentales qualifiées lucides.

Nous commencerons donc par exposer les opinions des auteurs et les mesures des législations à l'égard des états dits lucides, pour arriver par cette confrontation au dégagement de ces caractères communs. Nous montrerons ensuite les rapports de la lucidité et de la validité mentales. Enfin nous terminerons par un court résumé des conséquences médico-légales que comportent lucidité et validité.

I. La lucidité mentale dans la littérature et les législations. — Le mot lucide est employé en psychiatrie dans deux expressions : l'intervalle lucide et la folie lucide.

INTERVALLE LUCIDE. — C'est le nom donné aux périodes d'accalmie d'une même psychose évoluant par poussées, ainsi qu'à la période de guérison qu'une nouvelle psychose vient interrompre. C'est, pourrait-on dire, une tranche de santé intercalée entre deux tranches de maladie mentale. Il a été l'objet d'études scientifiques nombreuses et de mesures législatives différentes avec les diverses civilisations.

©BIUM

a) La liste des auteurs qui traitèrent cette question ne saurait être dressée ici d'une façon complète. Nous nous contenterons de citer ceux dont nous avons eu les œuvres en mains et qui, d'ailleurs, font autorité en la matière.

En 1698 déjà, le chancelier d'Aguesseau (1) avait étudié la valeur médico-légale des intervalles lucides en se basant sur le droit romain. « Pour que l'intervalle puisse rendre au sujet sa capacité et sa responsabilité, il faut qu'il soit d'une durée assez longue pour donner une entière certitude du rétablissement passager de la raison. Il faut que ce soit, « non une simple lueur de raison, une étincelle, un crépuscule, mais une lumière parfaite, un éclair vif et continu, un jour plein et entier ». La sagesse d'un ou de quelques actes ne prouve pas qu'il y a intervalle lucide. Le délirant, en dehors de son délire raisonne bien et ne mérite pas pour cela d'être désigné lucide.

Pour Fodéré (2) l'intervalle lucide est une espèce de guérison passagère, entièrement semblable au retour de la santé. S'il est juste de valider les actes civils raisonnables exécutés pendant l'intervalle lucide confirmé par une assez longue durée et un examen attentif du sujet, on n'admettra, par contre pas la responsabilité de ces sujets en cas de délit, selon la vieille règle latine. *Semel furiosus semper furiosus præsumitur.* La responsabilité est en raison de la durée de l'intervalle lucide.

Marc (3) accepte la manière de voir de d'Aguesseau. Il sépare radicalement l'intervalle lucide, suspension de la folie, de la rémittence, atténuation de la folie. Cette dernière ne mérite aucune appréciation médico-légale. Celle de l'intervalle lucide dépend de sa durée, de l'intensité des accès de folie, des analogies de nature et de motifs, qui peuvent exister ou non entre l'acte à discussion et les manifestations morbides pendant les accès psychopathiques. L'importance des intervalles lucides réside surtout en matière civile (testaments).

Legrand du Saulle (4) conclut à la responsabilité atténuée ou à l'irresponsabilité, suivant que l'intervalle lucide est reconnu parfait ou imparfait par

©BIUM

l'expert. En matière civile la seule sagesse de l'acte comporte le droit de présomption qu'il a été fait dans un intervalle lucide.

Falret (5) voit une différence capitale entre l'appréciation des actes criminels, où c'est l'individu qui est jugé, et celle des actes civils, ou c'est l'acte qui est jugé. C'est pourquoi il faut se prononcer toujours pour l'irresponsabilité, mais non pour l'incapacité où on peut accepter quelques rares exceptions. Plus tard, en 1890, J. Falret définissait l'intervalle lucide « tout retour temporaire, passager de la raison, sans considération ni de l'époque ni de la durée ». Pour les intermissions de longue durée il conseillait de reconnaître au sujet sa capacité et sa responsabilité ; aux moments lucides, suspension de courte durée de la folie, il niait toute valeur médico-légale; en matière de rémission c'est une question de degré, et il faut juger de cas en cas.

Billod (6) distingue aussi entre les intervalles de longue durée et les intervalles de courte durée (moments lucides). Il peut y avoir des états où la lucidité intellectuelle est compatible avec un délire partiel, comme un mathématicien peut s'occuper temporairement à autre chose sans cesser pour cela d'être mathématicien. C'est le caractère raisonnable ou démentiel plutôt que l'état mental du sujet, qui décide de l'appréciation médico-légale de l'acte.

Doutrebente (7), divise les intervalles lucides en intermissions, périodes d'état normal entre deux accès de folie, — moments lucides, courte suspension complète des troubles au cours d'un accès de folie ou au cours d'une folie chronique, — rémissions, périodes d'atténuation plus ou moins grande des troubles. Seules les intermissions de longue durée assimilent l'aliéné, tant pour sa responsabilité que pour sa capacité, à l'homme sain.

C'est encore l'opinion de Dagonet (8) qui insiste sur l'importance du problème en matière criminelle, et sur la difficulté d'établir qu'il y a réellement intervalle, et non rémission avec persistance de troubles légers.

Vallon (9) insiste sur l'importance du problème,

©BIUM

surtout en matière civile (testaments) ; mais alors il est parfois très délicat de faire le diagnostic rétrospectif d'intervalles lucides; il faut juger d'après le contenu de l'acte lui-même, sur la présence ou l'absence de signes démentiels.

Régis (10) avait étudié les intervalles lucides déjà dans un travail publié en 1887. Il n'a cessé d'exiger la réforme de la loi actuelle qui ne reconnaît pas la valeur juridique des actes accomplis par un interdit au cours d'un intervalle lucide. « La logique scientifique, la justice et la tradition, conclut-il dans le passage consacré aux intervalles lucides de son Traité, exigent la réforme du régime actuel et la reconnaissance formelle de la valeur juridique des véritables intermissions. Régis adopte la triple subdivision des intervalles lucides que nous avons rencontrée déjà chez Doutrebente, J. Falret et Vallon, et fait allusion aux moments lucides survenant chez les aliénés à l'agonie.

Laignel-Lavastine (11) adopte encore cette classification. Juridiquement, selon cet auteur, l'intervalle lucide doit être « un état évident, certain, complet, absolu et suffisamment prolongé, non un acte, mais un état ». « La valeur médico-légale des intervalles lucides a oscillé et oscille encore entre les deux théories extrêmes de la capacité totale et de la capacité nulle. Les tribunaux inclinent plus volontiers vers la 1re solution en matière civile et vers la 2e en matière pénale. »

Parmi les auteurs de langue allemande nous avons consulté les traités de médecine légale psychiatrique de Casper et Liman, Krafft-Ebbing, Hoche et Cramer.

Pour Liman et Casper (12) la critique des troubles passés, le fait que le malade en parle avec calme, que ses actes sont appropriés à la réalité, constituent le vrai intervalle lucide. Sans cela il y a pseudo-intervalle. Il n'y a pas de règles. Il faut juger chaque cas.

Krafft-Ebbing (13) définit les intervalles lucides « stades de latence au cours d'une psychose ». Il les sépare nettement des intermittences dans les psychoses périodiques, et des rémissions. Parfois les maladies fébriles conditionnent le retour à la raison ; mais en somme ces intervalles sont rares et doivent être jugés

©BIUM

avec le plus de réserve. On ne sait jamais quand les derniers troubles de l'accès antérieur ont disparu et à quel moment l'invasion nouvelle commence à se manifester. Il peut n'y avoir que latence, non suspension réelle des troubles.

Hoche (14) distingue l'intervalle lucide des anciens de l'intermission des psychoses périodiques ; ces dernières méritent d'être respectées en médecine légale. Ceux-là par contre n'existent pas. On est trompé souvent par le contraste d'un état de sédation et de raisonnement relatif, avec l'agitation et la déraison antérieures. Par conséquent on ne saurait attribuer à ces états une valeur juridique quelconque.

Cramer (15), sans parler spécialement des intervalles lucides, reconnaît toutefois la possibilité d'une capacité et d'une responsabilité parfaites dans les périodes d'intermission des psychoses périodiques.

b) Voici les mesures édictées par quelques législations concernant les intervalles lucides.

En matière de capacité le *droit romain* a discuté la libre disposition dans les intervalles lucides. Toutefois le problème de la cessation de la curatelle était controversé par les jurisconsultes. Le droit aux actes testamentaire était admis. La loi romaine admettait des intervalles lucides et déclarait valables les actes exécutés pendant ces intervalles. Justinien décréta même la cessation de la curatelle dans les « intervalla perfectissima », qui sont déjà signalés dans la loi des XII Tables. Les aliénés en intervalle lucide pouvaient figurer comme témoins dans des actes testamentaires, mais non dans des procès juridiques. En matière de responsabilité, l'aliéné ne pouvait être puni qu'autant qu'on pouvait montrer qu'il avait conscience de sa faute, et l'avait commise en pleine liberté d'action ou pendant un intervalle lucide. Autrement « furiosus satis ipso furore punitur ». En cas d'incertitude on attribuait le fait répréhensible à la maladie.

Le *Code prussien,* que Régis citait comme modèle, et qui a été supprimé en 1900, admettait la capacité pendant l'intervalle lucide tant qu'il n'y avait pas curatelle. Pour les contrats difficiles, la « Allgemeine Preus-

©BIUM

sische Gerichts-ordnung » disposait que les sujets passagèrement atteints de folie n'étaient pas admis à en conclure, mais étaient mis sous curatelle. Dans les cas urgents le juge nommait un expert qui constatait l'intervalle lucide. Il donnait une assistance judiciaire au contractant et mentionnait explicitement que l'intervalle lucide existait. Les aliénés en intervalle lucide pouvaient faire un testament valable, et conclure certains contrats tout en demandant leur curatelle ordinaire.

D'après le *Code anglais,* l'aliéné en intervalle lucide est responsable de ses actes au même degré que le sujet sain, lisons-nous dans Legrand du Saulle, qui cite cette opinion de Hale, grand justicier d'Angleterre : Tout individu jouissant d'autant de connaissances et de jugement qu'un enfant de 14 ans, est en état d'être déclaré capable de félonie et de trahison, absolument comme celui qui ayant un accès de folie par jour commettrait un crime dans les intervalles lucides de la journée.

Le *Code autrichien* d'avant-guerre admet les intervalles lucides. Les actes sont valables quand ils sont faits pendant l'intervalle, sauf en cas d'interdiction et à l'exception du mariage, qui est nul, même accompli pendant un intervalle lucide.

Le *Code Civil français* exige l'interdiction de tout aliéné qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. L'interdiction a pour conséquence la nullité de tous les actes, sauf les actes à titre gratuit et qui ne comportent pas la représentation par un mandataire : mariage, testaments et donations, reconnaissance d'enfants. Ces actes peuvent cependant être annulés pour cause de démence (art. 901 pour les testaments, 146 pour le mariage, 339 pour la reconnaissance d'enfants). L'existence d'un intervalle lucide peut par conséquent empêcher leur annulation. Il en est de même pour les actes des non interdits, annulables pour cause de démence, si celle-ci a existé au moment de l'exécution de l'acte. En matière pénale, pour qu'il y ait irresponsabilité, il faut que les troubles mentaux

©BIUM

aient existé au moment du crime ou du délit. L'appréciation juridique d'actes criminels dépend en partie d'ailleurs des conclusions de l'expertise médicale, toujours commise. La même règle est prescrite par le Code pénal allemand. Le Code Civil de l'empire allemand a supprimé complètement la notion de l'intervalle lucide.

FOLIE LUCIDE. — D'Aguesseau (1) avait déjà mis en garde contre la confusion entre la lucidité des intervalles lucides et celle de certains aliénés — il visait surtout les délirants systématisés — qui à côté d'un état délirant sont parfaitement capables d'apprécier la réalité et de se conduire extérieurement en gens normaux ; à ces sujets l'auteur niait toutes capacité et responsabilité. Sur le même fait Pinel, Esquirol et Guislain ont insisté dans leurs travaux.

Le terme de folie lucide a été créé par Trélat (16), qui réunit sous cette dénomination des malades appartenant à des groupes très disparates de la psychiatrie et les décrit de la façon suivante : « Les aliénés lucides, malgré leur déraison, répondent exactement aux questions qu'on leur fait, ne paraissent point aliénés aux observateurs superficiels, et souvent ne se laissent pénétrer et deviner que dans la vie intime. — Ce ne sont pas seulement les gens du monde qui se trompent en pareille circonstance, mais même des médecins, quand ils sont dépositaires des souffrances les plus secrètes de la famille. — Ces malades sont fous, mais ne paraissent pas fous, parce qu'ils s'expriment avec lucidité. Ils sont fous dans leurs actes plutôt que dans leurs paroles. Ils sont lucides jusque dans leurs conceptions délirantes. C'est parmi eux que se trouvent un assez grand nombre d'êtres, tantôt considérés comme aliénés, tantôt comme malfaiteurs. On en voit parmi eux qui sont d'une force rare dans la discussion, qui ont le don de la réplique et qui cherchent constament à faire briller leur esprit. C'est par leurs antécédents qu'on apprend qu'ils sont fous plutôt que par leur conversation dans laquelle ils ne bronchent pas. » L'auteur énumère parmi ces malades : « Les satyres et les nymphomanes, les monomaniaques, les

©BIUM

érotiques, les jaloux, les dipsomanes aux moments de rémission, les dissipateurs, les orgueilleux, les méchants, les kleptomanes, les suicides et un certain nombre d'inertes et de maniaques ».

Quelques années plus tard ont commencé à la Société médico-psychologique des discussions sur « la folie avec conscience », où les malades, bien conscients du caractère morbide de leurs actes, ne parviennent pourtant pas à résister à l'impulsion, et sur « la folie raisonnante » que Brierre de Boismont (17) définit dans les termes suivants : « C'est le délire des actes et des mauvaises tendances contrastant avec les paroles et écrits raisonnables ». Dans une des nombreuses discussions à ce sujet, où prirent part d'habitude Legrand du Saulle, Lunier, Falret, Delasiauve, Fournet, Billod, Lunier (18) décrivit ces sujets : On observe assez souvent, particulièrement dans les grands centres de population, des individus parfaitement raisonnables dans leurs discours, dans les actes ordinaires de la vie et la conduite de leurs affaires, qui dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, commettent des actes qu'ils savent être déraisonnables, mais que leur volonté est impuissante à maîtriser ». Souvent on voit d'ailleurs dans les discussions et les critiques le terme « fous raisonnants », remplacé par celui de « fous lucides » et dans son ouvrage sur les périodes raisonnantes de la folie, Bigot (19), distingue les types lucide, pseudo-lucide et para-lucide. Depuis, les malades décrits sous cette dénomination « d'aliénés lucides », ont trouvé leur place dans de nombreuses catégories des classifications plus récentes ; mais exceptionnellement encore on rencontre chez des auteurs le terme d'aliénés lucides pour désigner ceux qui raisonnent et parlent logiquement, en opposition avec ceux qui déraisonnent toujours.

Littré (20) enfin, donne cette définition : « La folie lucide ou morale, dite encore folie instinctive ou raisonnante, est une forme de folie avec tendances au suicide, à l'homicide ou aux réactions de cruauté, dans laquelle les malades ont non seulement de longs intervalles lucides, mais encore se font remarquer par des

©BIUM

situations mentales où il est impossible de les prendre en flagrant délit de déraisonnement. »

⁂

II. La lucidité et la validité mentales. — De ce rapide exposé, il résulte que le mot lucide a deux acceptions différentes, tantôt qualifiant, tantôt excluant la folie.

Dans l'expression « folie lucide », il signifie que certaines formes de maladie, c'est-à-dire d'invalidité mentale comportent l'absence de toute manifestation pathologique dans la conversation. Le fou lucide est celui qu'on ne peut pas prendre en flagrant délit de déraisonnement, dit Littré. C'est celui qui, comme le spécifie Trélat, répond exactement aux questions, celui dont la folie existe dans les actes, et non dans les paroles, celui qui est fou sans le paraître.

Dans l'expression « intervalle lucide », il arrive à signifier parfois que le sujet est parfaitement valide. C'est le cas des intermissions, c'est le cas des moments lucides de Régis, où il y a, d'après cet auteur, suspension complète quoique momentanée de tous les symptômes de la maladie.

Une telle amphibologie explique la difficulté et la contradiction des auteurs lorsqu'ils veulent indiquer la conduite de l'expert à l'égard des états lucides. Elle explique pourquoi des législations récentes comme le code allemand, qui date de 1900, ont rayé de leur vocabulaire le terme « intervalle lucide » dans les pays où, comme la Prusse, il était juridiquement employé. C'est elle qui est à la base de l'erreur qui a pu donner naissance à la doctrine aujourd'hui repoussée par tous les aliénistes, « de la responsabilité partielle », doctrine d'après laquelle l'aliéné dit monomane n'est irresponsable d'un crime que lorsqu'il est établi que celui-ci a été déterminé par son délire. C'est la conception que défendait, on le sait, Legrand du Saulle.

Pour éviter toute confusion, il faut préciser ce en quoi la lucidité se distingue de la validité. La signification légitime du mot lucide doit être limitée à la compréhension des caractères communs au fou qui semble ne pas l'être et à l'homme normal, puisqu'il sert à les qualifier tous les deux. Et ces caractères

©BIUM

communs sont la correction du discours et de la mimique, la conservation de la logique et de la mémoire, l'opportunité des jugements, en un mot la rectitude de la conversation et des manières.

En effet, malgré la perfection de ses réponses, le délirant systématisé cessait d'être appelé lucide par les anciens auteurs, dès que son délire devenait évident. Trélat ne qualifie ainsi que ceux dons les interprétations, quoique délirantes, étaient vraisemblables.

La lucidité mentale est donc, pourrait-on dire, l'aptitude à ne pas déraisonner ; elle est constituée par l'existence d'un raisonnement sans défaillance apparente. Tandis que la validité mentale est l'aptitude à se comporter sensément et est constituée par la capacité de se conduire. Une telle définition de la lucidité est conforme à l'étymologie du mot : *lucidus,* qui a les lumières de la raison. Car on peut avoir les lumières de la raison, c'est-à-dire raisonner correctement, sans en avoir les pouvoirs, c'est-à-dire en étant incapable de se conduire sensément au milieu des problèmes de la réalité.

La lucidité mentale est une donnée immédiate de la conversation. L'homme lucide est celui qui comprend ce qu'on lui dit, et sait se faire comprendre, qui a tout le souvenir de son passé, qui ne profère ni incohérence, ni absurdité, ni idée délirante, qui fait des réponses adaptées aux questions, dont toute l'attitude pendant qu'il converse, est celle d'un homme normal.

La validité mentale est infiniment plus difficile à identifier. Il faut un sens clinique très aigu pour percevoir la fausseté d'une telle apparence. Les meilleurs psychiatres sont parfois dans l'impuissance de démontrer ce qu'ils sentent. C'est que la seule pierre de touche de la validité est l'expérience. La faculté de se conduire ne saurait se révéler en effet que dans les conditions où elle a à agir, c'est-à-dire dans l'état de liberté au milieu de la société. Tant que l'observation du comportement de l'individu livré à lui-même en face des problèmes concrets de la vie indépendante, sous la complexité et la sommation des excitations et des inhibitions quotidiennes, n'a pas eu lieu, on ne peut affirmer que la faculté de raisonner se double

©BIUM

chez lui de celle de bien se conduire, et l'on ne peut déclarer s'il est mentalement valide. Et l'observation tient de sa durée toute sa valeur, car pas plus qu'une alouette ne fait le printemps, une série de quelques jours sans insanité ne prouve la raison.

La lucidité mentale n'est donc qu'une surface derrière laquelle peuvent se cacher toutes espèces de réalités. Elle peut être l'expression naturelle de la santé mentale. Elle peut n'être qu'une façade que la perspicacité de l'interlocuteur n'a pas su percer pour arriver jusqu'au foyer morbide. Elle peut être le masque que s'applique le réticent pour dissimuler son délire. Elle peut tenir à un épuisement physique du malade qui n'a plus l'énergie de contredire. Elle peut résulter d'une simple conservation de la rhétorique oratoire chez des déments, qui parlent à l'aide de jugements clichés se déclanchant spontanément à l'occasion des idées soulevées par la conversation, comme nous en avons rapporté un exemple (21). Elle peut provenir de la grande suggestibilité de certains individus à personnalité neutre et à automatisme parfait, étudiés ailleurs par l'un de nous (22), sujets qui, habitués dès avant leur maladie à ne jamais penser ni agir par eux-mêmes, continuent, une fois atteints de psychoses, à ne pas réagir à leurs perceptions et jugements morbides, mais à obéir aux suggestions ou aux ordres d'autrui. C'est ainsi que l'aveu d'avoir été ou d'être vraiment malade n'est que la répétition de ce qu'ils ont entendu dire.

La lucidité mentale peut, en somme, n'être que l'expression d'une capacité psychique théorique sans capacité psychique réelle. La faculté de raisonner en paroles n'est, pour reprendre la comparaison de l'un de nous (22), pas plus une garantie de la faculté de se conduire raisonnablement que la parfaite récitation des signes d'une maladie appris dans un livre n'est une garantie de la capacité du récitateur à identifier cette maladie chez un individu. C'est au lit du malade que se reconnaît le clinicien. C'est au milieu de la réalité et en liberté que l'on reconnaît l'homme valide mental.

©BIUM

⁂

III. La lucidité et la validité mentales en médecine légale. — Après ce que nous venons d'établir, il est bien certain que la lucidité mentale ne peut conférer par elle-même aucune valeur aux actes accomplis par celui qui la présente. Cette valeur est subordonnée à la coexistence de la validité mentale, que seule l'expérience peut révéler d'une façon indiscutable. La validité mentale fait-elle défaut, l'acte n'émane pas d'un individu sensé.

Nous avons vu que les classiques divisent avec Régis les intervalles lucides en trois catégories : les intermissions, lorsqu'ils durent longtemps et qu'il y a disparition complète de tous les troubles mentaux ; les rémissions lorsqu'ils durent longtemps et qu'il y a simplement diminution des troubles mentaux ; les moments lucides lorsqu'ils sont de courte durée et qu'il y a disparition complète, quoique momentanée, de tous les troubles mentaux.

Cette classification est passible des reproches suivants. D'abord on pourrait, à s'y tenir, supposer que si les intervalles lucides de longue durée comportent des degrés dans la régression de la maladie mentale, cette régression est toujours complète lorsqu'ils sont courts. En outre c'est une affirmation toute gratuite que celle de l'existence d'une validité mentale que l'on n'a pas eu le temps de soumettre au contrôle des faits.

Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions aussi essentiellement pratiques que celles qui constituent précisément la matière médico-légale, c'est l'expérience seule que l'on doit admettre comme critérium. En se plaçant à ce point de vue on peut distinguer 3 espèces d'intervalles, suivant que l'épreuve a eu lieu ou non des capacités réelles du sujet sous-jacentes à ses capacités apparentes.

L'intervalle valide est celui dans lequel la preuve est faite de l'existence, non seulement des lumières de la raison, mais encore de ses pouvoirs. C'est celui dans lequel le comportement du sujet s'est montré égal à son raisonnement verbal. C'est celui où l'individu raisonne et se conduit sensément. Pour cela deux conditions sont requises : il faut qu'il y ait eu retour à la vie

indépendante en société, et que la durée en ait été assez longue, plusieurs mois au moins. Dans ces cas, la capacité civile et la responsabilité pénale existent. Elles sont complètes ou relatives suivant que, comme l'a montré l'un de nous (23), l'individu qui n'est plus malade est normal ou reste anormal.

L'intervalle lucide est celui dans lequel la preuve n'est faite que pour l'existence des lumières de la raison. L'individu raisonne sensément. Mais il faut distinguer deux conditions, suivant que la recherche de la validité mentale par l'expérience a pu ou non être faite.

a) L'expérience de la reprise de la vie indépendante a échoué ; il est certain que la validité mentale n'existait pas. Dans ce cas, il n'y a ni capacité civile, ni responsabilité pénale.

b) Si l'expérience de la reprise de la vie indépendante n'a pas pu avoir lieu, l'existence de la validité mentale n'est pas plus certaine que son absence. Dans ces cas il est sage d'appliquer la distinction que nous avons vu être recommandée par plusieurs auteurs entre la matière civile et la matière criminelle, en remarquant que dans la première c'est l'acte, tandis que dans la seconde c'est l'homme qu'il s'agit de juger, comme le dit Falret.

En matière pénale le doute doit être au bénéfice du prévenu. Donc pas de responsabilité.

En matière civile les caractères inhérents à l'acte lui-même doivent préjuger de l'état mental de son auteur. Un acte sensé par lui-même doit faire admettre la validité mentale de celui qui l'a accompli. A cette présomption peuvent s'en ajouter d'autres résultant des circonstances où se trouvait le sujet lorsqu'il a agi. Il ne faut pas oublier, par exemple, l'influence des maladies organiques intercurrentes sur la régression des troubles mentaux, influence qui a été naguère l'objet de divers travaux à l'analyse desquels l'un de nous a consacré sa thèse inaugurale (24).

L'intervalle crépusculaire est celui dans lequel on constate des lueurs incomplètes de raison. Le sujet, en réalité déraisonne moins qu'auparavant. Dans ces cas

©BIUM

il n'y a, bien entendu, ni capacité civile, ni responsabilité pénale.

***

IV. **Conclusions.** — La lucidité mentale, ou aptitude à raisonner sensément, ne préjuge pas de la coexistence de la validité mentale, ou aptitude à se conduire sensément. Celle-ci, qui seule confère la capacité civile et la responsabilité pénale, ne peut être prouvée que par l'observation du sujet lui-même, dans la vie sociale, c'est-à-dire par l'expérience. Et la valeur probante de l'expérience est en raison directe de sa durée.

Au point de vue des sanctions médico-légales à appliquer aux actes accomplis par des psychopathes entre deux accès de psychoses avérées, on distingue les trois catégories suivantes.

L'*intervalle valide* est celui où l'individu raisonne et se conduit sensément ; c'est celui où l'expérience a prouvé l'existence de la validité mentale. Il comporte la capacité civile et la responsabilité pénale.

L'*intervalle lucide* est celui où l'individu raisonne sensément, mais où l'expérience concernant la recherche de la validité mentale a échoué ou n'a pas eu lieu. Dans le premier cas, il est certain que la validité mentale n'existe pas ; il n'y a ni capacité civile ni responsabilité pénale. Dans le second cas, on ignore si la validité mentale existe ou non. En matière pénale on doit nier totalement la responsabilité. En matière civile on doit admettre la capacité civile pour les actes qui portent en eux-mêmes la marque du bon sens.

L'*intervalle crépusculaire* est celui où l'individu raisonne moins mal qu'auparavant, mais ne donne pas l'illusion de la guérison. Il n'y a ni capacité civile, ni responsabilité pénale.

BIBLIOGRAPHIE

1. D'AGUESSEAU. — *Œuvres*, tome III, p. 503 (procès au sujet du testament de l'abbé d'Orléans, 1698, cité par Marc et Laignel-Lavastine).

2. FODÉRÉ. — Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique. Paris, 1813.

©BIUM

3. Marc. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, tome II, p. 495-507. Paris, Baillière, 1840.

4. Legrand du Saulle. — Des Intervalles lucides. De leur valeur médico-légale et de leur application en matière de testaments. *Ann. médico-psych.*, 1862. La loi romaine et les aliénés. *Annales médico-psych.*, 1862.

5. Falret. — De la responsabilité morale et de la responsabilité légale des aliénés. *Société médico-psychologique* du 30-3-1863, p. 18 et 19. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris, Baillière et fils, 1890.

6. Billod. — Des maladies mentales et nerveuses. Masson, Paris, 1880. Sur les intervalles lucides chez les aliénés. *Ann. médico-psychologiques*, juillet 1852. Considérations sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. *Académie de Médecine*, 26-3-1857.

7. Doutrebente. — Etude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales. Blois, 1883.

8. Dagonet. — Traité des maladies mentales. Paris, Baillière et fils, 1894.

9. Vallon. — Pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire, in Gilbert-Ballet. Traité de Pathologie mentale. Paris, Doin, 1903.

10. Régis. — Les intervalles lucides au point de vue de la capacité civile des aliénés. *Encéphale*, 1886. Précis de Psychiatrie, 6e édition. Paris, Doin, 1923.

11. Laignel-Lavastine. — La pratique psychiatrique. Paris, Baillière et fils, 1919.

12. Liman et Casper. — Gerichtliche Medizin. Berlin, 1876.

13. Krafft-Ebing. — Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart, 1875.

14. Hoche. — Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin, 1901.

15. Cramer. — Gerichtliche Psychiatrie. Iena, 1908.

16. Trélat. — La folie lucide au point de vue de la famille et de la société. Paris, Delahaye, 1861.

17. Brierre de Boismont. — De la folie raisonnante et de l'importance du délire des actes pour le Diagnostic et la Médecine légale. Paris, 1867.

18. Lunier. — Discussion sur les aliénés dangereux. Société médico-psychologique, 1869, 26 avril.

19. Bigot. — Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale. Paris, Baillière, 1877. Analysé in *Ann. méd.-psycholog.*, 1877, p. 141.

20. Littré. — Dictionnaire de la langue française.

21. Courbon et Bauer. — Apparence d'autocritique et de conservation d'une rhétorique automatique après dix ans de démence. *Société de Psychiatrie*, du 21-2-24.

22. Courbon. — Les états psychopathiques latents et les séquestrations arbitraires. Article destiné à l'*Encéphale* et publié par erreur dans *l'Informateur des aliénistes et neurologistes*, 1922, p. 153.

23. Charon et Courbon. — Anormalité psychique et responsabilité relative. *Encéphale*, octobre 1913.

24. Bauer. — La régression des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies somatiques intercurrentes. Etude clinique et médico-légale. *Thèse* de Strasbourg, 1924.

©BIUM

LA STRUCTURE DE LA PSYCHOSE

Par le Prof. G.-J. TROCHINE
Professeur de Psychiatrie de l'Université de Kazan
(Expulsé de Russie, actuellement à Prague)

(*Suite et fin*) (1)

Je me permettrai maintenant d'exposer un nouvel essai de la structure de la psychose.

D'après ce qui précède, il est clair que dans la psychiatrie on donne le nom des formes aux tableaux extérieurs qui expriment la maladie psychique.

Les synonymes sont les états maladifs, les complexus symptomatiques, les syndromes, Erscheinungsformen.

La question se pose de savoir si nous avons le droit d'adopter chaque complexus symptomatique comme forme. On y peut suivre deux voies: l'historique: dans la psychiatrie on décrivait et on décrit une quantité de tableaux qui entrent dans le courant de la pensée psychiatrique et là, dans la lutte pour l'existence, une partie d'eux s'oublie et disparaît comme fausse et inutile, une autre reste. De cette manière, avec le temps, s'est accumulé un nombre déterminé des formes connues par chaque psychiatre avec le nom de l'auteur qui les a décrites et avec l'année de leur apparition.

Ou bien on peut suivre une autre voie : indiquer les conditions auxquelles doit satisfaire le tableau extérieur pour avoir le droit d'être compté comme forme et pour obtenir sa place dans la classification symptomatologique. Ces conditions sont les suivantes :

a) La vraie forme ne peut être l'attribut exclusif d'une seule maladie, au contraire elle doit être observée dans maintes maladies ; le mieux serait de la

---

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, juin 1924.

©BIUM

trouver dans toutes les maladies, mais cela se produit rarement ; le plus souvent, la vraie forme se trouve dans la plupart des maladies, ou tout au moins dans beaucoup de maladies.

C'est la condition la plus sévère ; si elle fait défaut, il ne s'agit plus d'une forme, mais de quelque chose d'autre.

b) Dans la maladie même, la vraie forme a une place déterminée ; on l'observe au commencement, au milieu ou à la fin, en un mot d'une manière ou d'une autre elle est liée au cours du processus de la maladie.

c) La vraie forme doit avoir l'unité intérieure ; en d'autres termes dans chaque forme il doit y avoir un symptôme distinctif, autrement dit, la vraie forme contient un mécanisme déterminé de la folie, un moyen de devenir fou ; ce mécanisme peut être très varié, mais comme on le verra plus loin, toujours présent.

d) Chaque forme a le caractère réactif, c'est une des réponses possibles du système nerveux et de la psyché à la cause qui provoque la maladie ; cet indice est d'accord avec les précédants et tout aussi nécessaire.

e) Et enfin la vraie forme présente quelque chose de variable : apparaissant dans une ou l'autre période du développement de la maladie une forme se transforme dans l'autre ou plus souvent présente des combinaisons avec d'autres formes.

A ces exigences correspond un nombre restreint de complexes symptomatiques, à peu près 20, 25. Leur classification peut être faite dans l'ordre le plus varié.

Qu'il nous soit permis de les nommer dans l'ordre le plus naturel, en quatre groupes, suivant le cours de la maladie : les formes initiales, les formes d'épanouissement, les formes de défaillances (disparition partielle) et les formes finales (disparition générale) ; nous exposerons quelques restrictions plus loin.

Il n'est pas facile de donner la caractéristique générale de la phase initiale de la maladie psychique.

Les prodromes dans leur cours fugitif échappent ordinairement à l'observation du psychiatre, et s'ils

©BIUM

tombent sous l'œil ils sont ordinairement déformés. On est obligé de tirer des conclusions d'après des cas plus durables de l'état prodromal qu'on observe plus rarement. L'ancienne opinion d'après laquelle chaque maladie psychique débuterait par la phase mélancolique, peut être considérée comme délaissée ; elle provenait de la fausse théorie de la psychose unique et a paru dans la période précoce de la psychiatrie quand la neurasthénie même n'était pas décrite (Beard 1869). Au moment présent dans la phase initiale de la psychose on observe le plus souvent deux complexes. Le plus souvent observé se réduit au tableau assez bigarré qui comprend : la légère inquiétude, le sommeil dérangé, l'état du malaise général, la tête lourde, les phénomènes de paresthésie sous la forme de sensations désagréables, l'hyperesthésie sous la forme de la réceptibilité exagérée aux impressions sensuelles, l'irascibilité, la fatigue précoce, la crainte de tout effort, surtout intellectuel, etc.

Le processus maladif principal met une teinte spécifique sur sa phase initiale sous l'aspect d'hypochondrie, de symptôme psychogène, hystéroïde, etc. ; grâce à cet aspect nosologiquement spécifique nous avons le moyen de faire le diagnostic dans les stades les plus récents (paralysis progressiva).

On observe le complexe classique neurasthénique le plus souvent dans les psychoses ayant une étiologie exogène. Les maladies à caractère endogène présentent ordinairement un autre complexe de la phase initiale, c'est un état d'obsession d'une intensité différente dès le plus faible indiscernable de l'obsession physiologique jusqu'à la névrose d'obsession nettement exprimée.

La névrose d'obsession est le plus souvent observée dans les cas de psychose dégénérative, où souvent elle remplit tout le tableau de la psychose et à cause de cela est décrite depuis longtemps comme maladie isolée ; l'état obsédant hystérique est aussi connu ; un pour cent des psychoses maniaco-dépressives (p. circulaires) se manifeste sous l'aspect de l'obsession ; il y a des cas indiscutables de démence précoce qui commencent comme la névrose obsédante ; la forme obsé-

©BIUM

dante n'est pas non plus exclue des maladies exogènes : dans ces derniers temps on a décrit l'état obsédant dans l'encéphalité léthargique, surtout chez les enfants.

Ainsi la phase initiale des psychoses a deux formes : obsédante et neurasthénique.

Elles se coudoient, elles ne présentent pas en vain une seule forme auparavant et ont été séparées comparativement depuis peu (*Janet*). Leur caractère général et par conséquent le caractère de la phase initiale se réduisent au total à une faiblesse irritative, soit la faiblesse irritative dans le sens propre comme dans le cas de la forme neurasthénique ou bien la faiblesse irritative émotive (folies) dans les cas d'état obsédant.

Comme il sied à la phase initiale, la forme neurasthénique et la forme obsédante ne rendent pas la pleine composition de la maladie psychique ; ce n'est plus qu'une phase de la lutte entre la santé et la maladie.

Plus tard vient la période d'acmé où la maladie psychique atteint son épanouissement et son degré le plus fort. D'après notre idée de la structure de la psychose, l'acmé contient le plus grand nombre de formes : 1. Maniaque ; 2. Mélancolique ; 3. Délirante ; 4. Amentielle ; 5. Hallucinatoire ; 6. Paranoïde ; 7. Catatonique ; 8. Forme de négativisme ; 9. Epileptique.

Les dites formes sont si différentes qu'il est nécessaire d'indiquer les motifs de leur réunion dans un seul groupe : par quoi sera caractérisé la période de plein épanouissement de la maladie psychique.

Les 9 formes nommées sont intimement liées entre elles, ont des traits communs et peuvent être regardées comme des variétés d'un phénomène unique.

La forme la plus commune et la plus fondamentale de l'épanouissement est le délire si soigneusement étudié par l'école Régis (onirisme).

Il y a beaucoup de questions liées à l'étude du délire, les principales se réduisent aux suivantes :

Quelles sont les parties composant le délire ? Quelle est la partie du délire qui prime les autres ? Les par-

©BIUM

ties composant le délire agissent-elles toujours ensemble ou leur existence séparée est elle aussi possible ?

Le tableau du délire est très compliqué et se constitue de beaucoup de parties. Les symptômes les plus fréquents se rapportent à la région de la conscience, de l'orientation et de l'objectivation : on y trouve l'obscurcissement de la conscience à des degrés différents ; les hallucinations à caractère de songe ; la confusion de la pensée liée aux deux symptômes précédents ; les idées absurdes provenant d'une interprétation incorrecte de la réalité et comme produits pathologiques de l'imagination. Les autres symptômes du délire moins accentués mais nullement douteux sont : l'allègement ou la difficulté des fonctions psychiques simultanément avec les modifications dans la sphère émotionnelle du côté de l'humeur exaltée ou déprimée. Un rôle important est dévolu ensuite aux phénomènes de l'hypertension psychique dans la forme positive ou négative ; nous sommes habitués à observer et à désigner les phénomènes de l'hypertension principalement dans la sphère motrice : y inclus l'excitation motrice des délirants commençant par les phénomènes psychiques impulsifs et finissant par les mouvements inconscients de caractère subcortico-striaire. Il n'est pas rare que l'hypertension motrice prenne la forme négative et présente des délirants immobiles sans paroles, sans manger, sans réaction contre les irritations sensitives avec résistance aux effets extérieurs.

Dans les parties composantes déjà nommées, lesquelles sont primaires et lesquelles dérivées ; là-dessus on n'est pas encore d'accord et le sujet provoque beaucoup de discussions.

Pour le moment, la question de primogéniture peut être mise de côté, car elle n'a pas de rapport proche avec la structure de la psychose et particulièrement avec la structure de l'épanouissement de la maladie psychique.

C'est un fait intéressant par lui-même que l'existence de nombreuses parties composantes dont certaines distribuées séparément parmi 9 formes, entrent

©BIUM

dans la phase de l'épanouissement de la maladie psychique.

L'allègement des fonctions psychiques coexistant avec l'humeur exaltée dans la forme maniaque.

La difficulté des fonctions psychiques coexistant avec l'affaissement émotif, dans la forme mélancolique.

La confusion et la désorientation dans la forme confusionnelle. Les hallucinations à caractère de songe (proprement onirisme) dans la forme hallucinatoire.

Les idées absurdes de l'interprétation ou de l'imagination dans la forme paranoïque.

Les phénomènes de l'hypertension psychique principalement dans la sphère motrice de caractère positif ou négatif dans la forme catatonique et négative. La perte totale de la conscience avec des convulsions, la forme épileptique.

Naturellement la question se pose de savoir si les symptômes multiples du délire sont toujours simultanés ou bien s'ils peuvent se séparer l'un de l'autre, exister de façon indépendante et isolée. La question est très importante, car de sa solution dépend la structure de l'acmé avec toutes ses formes diverses.

On traite cette question différemment : les uns (*Delmas, Lépine, Dumas*) se prononcent dans le sens de la simultanéité; sans confusion, pas d'onirisme; les autres (*Régis* lui-même, *Chaslin, Charpentier*) admettent l'existence séparée. L'expérience personnelle de chaque aliéniste nous apprend que l'existence séparée est hors de doute : qui donc ignore qu'il existe des hallucinations sans perte de la claire conscience ? Qui n'a pas observé les idées délirantes sans trace d'hallucinations ? Comme s'il n'existait pas des états maniaques en pleine conscience sans hallucinations et sans soupçon de délire même sous la forme primitive. Se fondant sur l'expérience personnelle il est nécessaire d'affirmer que toutes les parties composantes ci-dessus nommées, qui entrent dans la forme la plus compliquée des maladies psychiques, dans le délire, peuvent agir séparément, mais le fait qu'elles peuvent être ensemble et qu'elles forment plus souvent entre elles toute sorte de combinaisons, prouve avec certitude qu'elles ont

©BIUM

entre elles une parenté intérieure, comme entre les enfants d'une seule mère.

Comment résoudre la question de l'existence de l'acmé-phase dans le développement de la psychose, de la phase composée de formes nombreuses quoique à première vue irréductibles ?

Sans insister sur la richesse des manifestations morbides et en se limitant aux traits généraux du mécanisme de la maladie psychique, on peut formuler la phase de l'épanouissement de la manière suivante :

Si tous ou la plupart des éléments de l'état du délire qui ont été déjà nommés agissent simultanément, on obtient ce chaos psychique général qui efface la limite du subjectif et de l'objectif et qui isole l'âme presque en entier du monde extérieur. Nous appelons ce cas, le délire proprement dit et le regardons comme le point d'arrivée le plus fréquent, le plus fort et le plus compliqué dans le développement des psychoses ; dans le cas où les symptômes séparés ont une existence isolée, indépendante, le chaos disparaît, la limite du subjectif et de l'objectif devient plus nette; la mise en dehors de la psyché prend le caractère partiel et varie (selon l'élément actif), mais tout de même ne disparaît pas complètement et de cette manière nous obtenons une variété des états atténués.

Ainsi tout naturellement apparaît la composition de la phase de l'épanouissement des 9 formes en même temps différentes et proches l'une de l'autre.

La forme maniaque présente ce cas où l'acmé de la psychose est surtout exprimé par un seul symptôme principal, par l'allègement des fonctions psychiques, fondé sur l'exaltation de la sphère émotionnelle ou bien coexistant avec cette exaltation. Cet allègement des fonctions psychiques et le changement de l'humeur constitue ce symptôme général ou ce lien, que la forme maniaque conserve avec l'état du délire complet ; le rêve dans le sens propre du mot, caractéristique pour le délire complet, est absent en cas de manie et seulement dans les cas graves de la fureur devient de nouveau apparent. On peut dire la même chose quant à la forme mélancolique ; seulement il faut remplacer l'allè-

©BIUM

gement des fonctions psychiques par leur obtusion et l'exaltation de l'humeur par l'abaissement de la sphère émotionnelle.

La forme délirante propre, comme il est dit plus haut, est la forme la plus générale et la plus caractéristique dans la phase de l'acmé.

Il est aisé de compter la forme amentielle parmi les formes de l'épanouissement, car elle ne présente rien d'autre que le même délire, dont l'une des parties composantes, notamment la confusion (ce que les Français appellent confusion mentale) a reçu la signification prépondérante. Donc l'amentia est le délire partiel typique. Malheureusement si l'on comprend ainsi, l'amentia perd ses rapports avec le délire : en cas du délire la confusion est aussi rarement absente ; ce n'est pas en vain qu'une part d'auteurs disent : « sans confusion pas d'onirisme » ; de là viennent les diagnostics: « délirium amentivum », « amentia deliriosa », « amentia katatonica » (Bonhoeffer, etc.). Pour éviter cette confusion nous englobons dans le délire toute amentia qui garde les traces de l'onirisme, sous l'aspect de l'illusion, de l'hallucination, de l'état de songe, de la fausse appréciation du milieu et des produits fugitifs de l'imagination maladive. Pour l'amentia nous prenons un seul complexe se composant de la confusion sur la base de la défection et sur l'affaiblissement du mécanisme d'association, ce qu'il est aisé d'appeler *dementia acuta.*

Mais l'amentia, ainsi conçue comme défection aiguë du mécanisme des associations, ne se rapporte plus aux formes de l'épanouissement : il vaut mieux la rapporter à la phase suivante de la psychose, aux formes de la défaillance ; si on la laissait parmi les formes de l'épanouissement, il serait nécessaire de faire une remarque spéciale sur sa conception précise.

La forme hallucinatoire, comme forme, est toujours observée cliniquement au plus fort de la maladie psychique, de sorte que sa place dans l'acmé d'après l'enseignement clinique ne fait pas de doute. Sa proximité psychologique avec le délire complet n'admet pas non plus de doute : ils ont un symptôme commun : les déceptions des sens ; certes, il y a la différence déter-

©BIUM

minée entre le mensonge d'aspect du songe en cas du délire et les hallucinations de la claire conscience, mais l'essence du phénomène, le désordre (le dérangement) de l'objectivation, c'est-à-dire l'élément de mise en dehors de la mentalité des exigences de la réalité reste ; ce lien fondamental réapparaît dans ce qu'on a appelé désorientation hallucinatoire.

Relativement à la forme paranoïque on peut dire la même chose. A la forme paranoïque comme à la forme hallucinatoire, le symptôme fondamental consiste dans la désorganisation de l'objectivation avec cette différence que dans la forme hallucinatoire la réalité est faussement perceptée par les organes des sens, tandis que dans la forme paranoïque elle est faussement traitée par le jugement. A son tour, le faux traitement de la réalité est une certaine forme d'extraction ou de mise en dehors de la mentalité du monde objectif, c'est-à-dire ce symptôme fondamental qui caractérise la phase acmé en général, l'état du délire complet particulièrement.

Il est un peu plus difficile de démontrer le lien avec la phase acmé pour la forme catatonique. On est obligé de renoncer à la conception de la katatonia de Kraepelin, « la forme dem. praecox, dans laquelle l'exaltation originale s'unit à la stupeur catatonique », comme une conception trop extérieure et trop conditionnelle. Les faits observés dans les cinq dernières années ont prouvé l'énorme ressemblance entre les mouvements catatoniques et les troubles striaires de l'encéphalite léthargique et nous ont fait entrevoir ainsi la conception anatomo-physiologique de la katatonia. Maintenant nous avons le droit de concevoir la catatonie comme la forme générale pour toutes les maladies psychiques, dont le symptôme caractéristique est l'hypertension psychique et physique, proche des troubles striaires.

Existe-t-il dans le cas de la catatonie cette mise en dehors de la réalité qui traverse comme un fil conducteur toute la phase de l'acmé ? Sans nul doute. Quoique la catatonie, surtout la catatonie classique de la démence précoce passe à la connaissance claire et l'orientation, mais l'incompréhensibilité de la pensée

©BIUM

catatonique et des manifestations physiques de la catatonie parle pour l'isolement de la réalité.

Le négativisme se rapproche de la forme catatonique et on peut lui appliquer tout ce qui a été dit de la forme catatonique ; nous le mettons à part en raison de ce qu'il met en action un mécanisme indépendant de l'hypertension psycho-physique sous l'aspect négatif (refus).

L'existence de la forme épileptique parmi les formes de l'épanouissement paraît comme la plus inattendue et la plus inhabituelle. Mais ce que nous savons de l'état mental de la phase (aura) anté-épileptique, du sommeil post-épileptique (des songes effrayants) et durant le paroxysme, ce qu'on observe dans des cas exceptionnels (petit-mal), montrent que l'état lié à toutes les phases de la paroxysme épileptique est rempli de phénomènes de rêve, donc possède le caractère du délire. Les délires épileptiques qui sont des équivalents du paroxysme confirment cette explication, car ce sont, tout de même, des délires. Certes, la forme épileptique parmi d'autres formes de l'acmé a sa place particulière ; elle renferme la perte totale de la conscience et les convulsions ; si on peut jusqu'à un certain point rapprocher la perte de la conscience de l'obscurcissement de la conscience propre à tout délire, les convulsions sont un symptôme qui ne se trouve pas dans le délire et exige une explication supplémentaire ; mais cela n'empêche pas au restant de placer la forme épileptique dans le large groupe des formes de l'épanouissement et par cela même de se rapprocher de la conception de sa nature psychologique si obscure et si énigmatique.

Pour en finir avec la phase acmé, il reste encore à parler des sous-groupes parmi les formes de l'épanouissement et de ces incidents ou les formes présentant une mise en dehors, une extraction de la réalité en partie avortée, reviennent à leur base maternelle, c'est-à-dire par leur tableau s'approchent de nouveau du délire complet.

Le psychiatre qui observa attentivement le cours de la maladie psychique ne peut se débarrasser de l'im-

©BIUM

pression que dans la période de l'épanouissement, la psychose marche avec une certaine succession. Le début de l'acmé présente surtout une teinte émotionnelle : les manies de la psychose sénile, les dépressions de la psychose artério-scléreuse, les accès hypocondriaques des schizophréniques se rapportent à ce groupe de faits. Après la phase émotionnelle de l'acmé vient le point culminant caractérisé par les symptômes purement délirants et amentifs ; puis ce point culminant s'adoucit et sur la scène restent les hallucinations et les idées délirantes d'un plus pur aspect. Certes cet ordre de succession ne se trouve pas toujours réalisé, loin de là, mais on peut établir cette suite par fragments. Voilà pourquoi, en énumérant plus haut les formes de l'épanouissement nous leur avons donné un ordre déterminé :

1. La forme maniaque ; 2. la forme mélancolique : le sous-groupe acmé-émotionnel.

3. Le délire; 4. l'amentia : le sous-groupe acmé-délirant.

5. La forme hallucinatoire ; 6. la forme paranoïque : le sous-groupe acmé-paranoïque.

7. La forme catatonique; 8. la forme négative ; 9. la forme épileptique : le sous-groupe acmé-moteur.

C'est l'ordre atténué, mais le cas contraire peut avoir lieu, lorsque une forme quelconque se renforçant se transforme en un état qui se rapproche symptomatiquement du délire complet. De tels incidents sont loin d'être rares : la forme grave de la manie (la fureur) par symptômes est proche du délire et de la confusion; les cas aigus de l'exaltation catatonique offrent beaucoup de difficulté pour le diagnostic différentiel avec le *delirium acutum;* même la paranoïa — la psychose de la conscience pure par excellence — passe par intervalles par l'état des illusions et même des hallucinations. De tels incidents viennent encore affirmer que le délire constitue bien la souche maternelle d'où proviennent les formes variées de la phase de l'épanouissement.

Après la période de l'épanouissement vient dans le rang la période suivante originale dans le développe-

©BIUM

ment de la maladie psychique, qui mérite d'être mise à part et d'être nommée spécialement, la période de défaillance. On pourra l'exposer en abrégé, car dans ce domaine il y a peu de questions de controverse.

A la phase de défaillance appartiennent quatre formes : la forme Korsakov, aphasique, simili-aphasique et récemment décrite amyostatique; aux considérations exposées plus haut on peut ajouter la cinquième : l'amentielle.

Toutes ces formes sont proches l'une de l'autre et composent un seul groupe naturel, car chacune d'elles est caractérisée par le symptôme de la défaillance d'une certaine fonction sans changement important dans le reste de la psyché.

A la forme Korsakov fait défaut la mémoire dans de certaines limites; à l'aphasie : la parole expressive ou impressive; à la simili-aphasique : la reconnaissance, le nombre, la musique; à l'amyostatique : la statique (dans le sens de Strümpel); à l'amentielle : le mécanisme associatif.

Le groupe donné ne s'accorde ni avec le précédent, c'est-à-dire avec la forme de l'épanouissement, ni avec le suivant, c'est-à-dire avec les formes finales. La différence des formes de l'épanouissement est nette : la paranoïde, l'hallucinose, la manie et les autres formes de l'épanouissement ont comme source commune l'état du délire et par leurs symptômes psychologiques répètent une partie quelconque du délire; les formes de la défaillance ont leur cours particulier et proviennent non pas du délire mais seulement après le délire et n'ont aucun symptôme commun avec le délire; les formes de l'épanouissement relativement à la saine mentalité antérieure présentent quelque chose de néoformation ; dans les formes de la défaillance il n'y a pas d'élément de néoformation, au contraire, il y a un minus déterminé sous l'aspect de la défection de telle ou telle fonction.

La différence n'est pas moins accusée avec la démence, l'arriération et d'autres formes finales : dans la démence nous avons l'irréparable ruine générale de la mentalité embrassant également toutes les sphères d'après des lois et dans un ordre déterminé ; dans les

©BIUM

formes de la défaillance il n'y a pas de ruine égale et générale ; effectivement on n'a que la disparition temporaire ou constante de certaines fonctions. Il y a eu beaucoup de discussions sur la question de savoir s'il fallait considérer ou non les aphasiques comme des déments. L'expérience clinique a démontré qu'on ne peut pas identifier l'aphasie avec la démence; dans le début, l'aphasique peut présenter le tableau grave à l'extrême, jusqu'à l'entière impossibilité d'entrer dans n'importe quels rapports avec le monde extérieur, mais ce n'est pas la démence, ce n'est que l'impuissance qui passe et, une fois le processus terminé, il n'est pas rare que l'aphasique revienne à la normale. On observe la même chose dans les syndromes de Korsakov et amyostatique. Les Korsakovs, types sans complications accessoires (malheureusement très fréquentes), se rétablissent; même dans les cas défavorables ils conservent la vivacité psychique, sont sociables, peuvent vivre en société, ils peuvent même travailler tant que le processus fondamental qui est au fond de la psychose Korsakov dans son développement successif, n'entrera pas dans une autre phase et ne présentera pas le tableau de la démence, mais ce sera la phase finale et non pas la phase de la défaillance, la seule que nous analysions en ce moment. La même chose se passe chez les amyostatiques : pendant des années ils restent couchés, les mouvements appauvris, lents, rigides, avec des phénomènes choréoathétiques, mais leur mentalité est très peu attaquée, et c'est seulement par le mécanisme général de la maladie que nous les classons dans le domaine de la psychiatrie en général et dans le développement de la maladie psychique en particulier.

Ne coïncidant ni avec l'acmé, ni avec la fin, les formes de défaillance présentent indubitablement les faits cliniques qu'il faut ou rejeter de l'histoire du développement de la psychose (ce qui n'est certes pas juste) ou leur trouver une place déterminée dans le courant de la maladie. La place qui leur appartient par droit est la position de transition sous l'aspect particulier de la période entre la phase de l'épanouissement et la phase de démence.

Pour en finir avec la structure de la psychose, il

nous reste à parler de la dernière phase et de ses formes. Trois cas peuvent se présenter : la ruine générale de la mentalité qui attaque également les sphères intellectuelle, émotionnelle, volontaire, progressant sans broncher d'après les lois déterminées ; le cas qu'on observe chez un individu ayant complètement développé après maints processus maladifs, dont chacun laisse son empreinte spécifique sur le tableau de la ruine, sans changer son essence, ce cas porte le nom de démence. Quand le processus attaque l'enfance, commençant par la période embryonnaire et finissant à peu près à la puberté, on obtient la seconde forme des terminaisons semblables par essence à la démence, mais avec cette différence qu'en cas de la démence nous avons la chute de la mentalité supérieure dans l'inférieure ; dans le dernier cas la mentalité n'a pas atteint les degré du développement qu'on observe à l'état normal ; ce cas est connu sous le nom d'arriération (du développement arriéré); au fond on l'observe dans les mêmes processus que la démence des adultes, mais en raison de l'âge tendre, de la vitesse de l'apparition et de l'autonomie, ces processus du développement de l'arriération nous sont ordinairement inconnus.

Enfin la ruine de la mentalité, tout en restant en substance générale, peut attaquer inégalement les côtés séparés de la mentalité, davantage une partie qu'une autre ; il en résulte la disharmonie psychique, qu'on nomme autrement la forme dégénérative ; ordinairement ce sont des cas moins graves, sujets à l'amélioration; au fond ils sont provoqués par les mêmes processus que la démence et le développement arriéré; plus souvent la forme dégénérative se rapproche du développement arriéré, c'est-à-dire apparaît comme la conséquence des processus qui se développent dans l'enfance ; c'est pourquoi nous la rapportons aux formes finales ; plus rarement et non pas dans toutes ses variations on l'observe chez les adultes même dès le début de la maladie.

De cette manière dans la phase finale entrent trois formes : la démence, le développement arriéré et la forme dégénérative.

©BIUM

La démence et le développement arriéré sont tellement connus, en général, qu'ils n'ont pas besoin d'interprétation; quant à la formé dégénérative il y a beaucoup à discuter ; les uns la nient complètement, les autres la reconnaissent non pas comme la forme mais comme la psychose dégénérative, c'est-à-dire comme une maladie ; il y a surtout beaucoup de désaccord relativement aux variétés de la forme dégénérative : dans ce domaine obscur on peut extraire une certaine quantité de nuances, qu'on compte, si l'on en a le désir, comme des formes séparées; mais on peut les réduire aux quelques types morphologiques qui réunissent tout le reste. La seconde voie est plus juste : et les moins discutables qui apparaissent comme les plus générales, ont abouti aux quatre variétés de la forme dégénérative.

L'impulsive se caractérise par le type-réflexe des actions de la volonté sans un moment de réflexion ou avec sa participation minima; en font partie les phénomènes de la cleptomanie, de la pyromanie, de la suicidomanie ;

l'immorale se caractérise par le développement incomplet et par la dépravation du sens moral et comprend la morale insanity dans le sens propre et la pseudologia fantastica ;

la forme affective se caractérise par l'explosivité dans la sphère émotionnelle sous l'aspect des affects pathologiques ; la psychopathie sexuelle contient les anomalies sexuelles dans toutes leurs variétés nombreuses.

En somme nous pouvons présenter la structure de la psychose dans le tableau suivant des formes :

Les formes initiales de la faiblesse irritative :

1. f. neurasthénique, la faiblesse irritative proprement dite ;
2. f. obsédante, la faiblesse irritative de la sphère émotionnelle.

Les formes de l'épanouissement du caractère du délire:

3. f. maniaque, l'allègement des fonctions psychiques;
4. f. mélancolie, la difficulté des fonctions psychiques ;

©BIUM

5. f. délirante, le chaos général de la mentalité au caractère de rêve ;
6. f. amentielle, le même avec la prédomination de la confusion ;
7. f. hallucinatoire, l'erreur des sens ;
8. f. paranoïque, les idées absurdes ;
9. f. catatonique, l'hypertension psychique du genre positif ;
10. f. négative, la même du genre négatif ;
11. f. épileptique, la perte de la conscience et les convulsions.

Les formes de la défaillance :

12. f. Korsakow, la défaillance de la mémoire ;
13. f. aphasique, la défaillance de la parole ;
14. f. simili-aphasique, la défection de la musique, du nombre, de la reconnaissance, etc. ;
15. f. amyostatique, la défection de la statique, Strümpel.

Les formes finales :

16. La démence, la ruine générale de la mentalité ;
17. L'arriération, le développement arriéré de la mentalités ;
18. La dégénération, la disharmonie de la mentalité et ses variétés :
19. L'impulsivité, le type réflexe de l'action ;
20. L'immoralité, folie morale ;
21. L'affectibilité pathologique ;
22. La psychopathie sexuelle ; les anomalies du sens sexuel.

Quelques remarques à propos de ce tableau, dans quel degré satisfait-il les exigences réclamées de toute théorie sur la structure de la psychose.

Nous avons essayé de le construire non pas sur les raisonnements généraux mais sur les faits purement cliniques.

Pour le point de départ on a pris l'histoire de la psychiatrie avec ses directives nosologiques et symptomatiques ; c'est pourquoi nous avons établi aussi conformément que possible la stricte différence qui

©BIUM

existe entre les maladies et les formes et dans la structure de la psychose nous avons introduit comme matière les formes exclusivement.

Le nombre des formes est de 18 ou 22; avec l'apparition des formes nouvelles dans le genre de l'amyostatique, il peut être augmenté, la diminution est à peine possible, car il faut épuiser toute la symptomatologie des maladies psychiques.

L'ordre est établi d'après le cours de la maladie ; généralement il est obligatoire, car tout, donc la maladie psychique aussi, a un commencement, un point culminant et une fin ; mais cette obligation a une seule et grave limitation : nous avons rapporté la forme neurasthénique, ainsi que l'obsédante, aux formes initiales, car on les observe plus souvent dans les premiers stades de la maladie, la forme dégénérative est observée plus souvent à la fin des processus et à cause de cela est rapportée aux formes finales ; mais on comprend que la faiblesse irritative peut être le résultat d'une rémission favorable d'une maladie et la disharmonie avec le droit égal peut paraître au début du processus quand la maladie opère sur la mentalité, non pas dans une mesure égale ; les formes initiales peuvent changer de place avec la forme dégénérative ; c'est pourquoi il vaut mieux les réunir dans un seul groupe des formes termino-initiales.

Dans quel degré la théorie donnée est-elle applicable à toutes les maladies psychiques, en d'autres termes dans quel degré deviennent obligatoires les phases et les formes énumérées ? Elle est applicable à toutes les maladies, mais non pas dans la même proportion. Il y a des processus où apparaissent toutes les quatre phases : la paralysie progressive, la démence précoce ; les autres ne renferment que les trois premières périodes, la période finale n'a pas lieu grâce au traitement ou grâce au cours favorable de la maladie; ainsi cela arrive souvent dans les psychoses infectieuses qui passant par les périodes initiale, délirante et Korsakov aboutissent à la guérison ; très souvent il manque la troisième période avec les formes de la défaillance ; par exemple la psychose de

©BIUM

fumée du charbon passant par les stades prodromal- et délirant d'un coup peut donner l'état d'abrutissement sans symptômes de la défaillance.

Enfin dans la plupart des cas il y a seulement deux phases : la phase initiale et celle de l'épanouissement. Ces cas n'ont pas la phase de défaillance ni de démence ; telle est la psychose maniaque-dépressive type. Le cycle le plus court — dans une seule phase et une seule forme — la psychose émotionnelle de la frayeur.

De cette manière la plus constante des phases est celle de l'épanouissement ; les autres peuvent être absentes complètement ; la phase prodromale peut manquer dans la psychose traumatique par le mécanisme même du procès maladif. La phase de la défaillance est souvent absente dans des maladies diffuses, paraissant dans les maladies focales ; la phase finale caractérise les processus irréparables. Egalement pour les formes ; dans chaque cas séparé il y a des formes, mais dans un cas les unes, dans l'autre les autres ; de nombreuses formes entrant dans une phase quelconque, une seule subsiste ordinairement ; ce n'est que dans la phase de l'épanouissement qu'au courant d'un seul et même cas plusieurs formes peuvent se suivre.

Il n'existe certes pas de cas d'un malade chez lequel soient présentes toutes les formes sans exception. De sorte que le schéma donné de la structure de la psychose ressemble à la photographie composée de Galton, présentant le portrait collectif de la psychose en général.

Relativement à la question principale dont dépend la variété des formes et leur nombre déterminé on peut dire beaucoup ou très peu.

Le facteur étiologique a sans doute une influence, car certains agents ont la tendance de revêtir des formes favorites (encéphalites léthargica et la forme amyostatique), mais cette influence n'a pas un caractère absolu car les processus les plus différents par leur étiologie peuvent suivre absolument les mêmes formes. L'influence du milieu avec toutes ses actions innombrables ne reste pas sans produire de l'effet sur la forme (la prison et la paranoïde), mais cette influence

©BIUM

n'embrasse pas tout, car les formes avec une uniformité étonnante se répètent sur tout le globe terrestre, malgré la différence énorme de l'entourage.

L'individualité dans toute sa composition (le sexe, l'âge, la race, l'éducation, la profession, etc.), peut provoquer telle ou telle forme ; mais son lien avec l'individualité est ordinairement obscur et pour la plupart nous devons avouer notre ignorance.

Il reste encore une cause de la variété des formes et de leur répétition : les mécanismes préétablis dans la structure du système nerveux et de la mentalité ; dans l'état actuel des connaissances psychiatriques c'est, à ce qu'il semble, la cause la plus importante à laquelle on peut réduire la structure de la psychose.

Bibliographie

1. Bonhoeffer. — Zur Frage der exogenen Psychosen. *Z. f. Nhk.* 1909.
2. Kleist. — Postoperative Psychosen. Berlin, 1916.
3. Bonhoeffer. — Exogene Reactionstypen. *Arch. f. Ps.*, 58, 1917.
4. Birnbaum. — Der Aufbau der Psychose. *Allg. Z. f. Ps.*, 75, 1919.
5. Kretschmer. — Gedanken über die Fortentmicklung der psychiatrischen Systematik. *Z. f. d. g. N. u. P.*, 48, 1919.
6. Kraepelin. — Die Erforschung psychischen Krankheitsformen. *Ibid.*, 51, 1919.
7. Kraepelin. — Die Erscheinungsformen des Irresein. *Ibid.*, 62, 1920.
8. Krisch. — Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. *Beihefte zur M. f. N. u. P.*, 1920.
9. Truelle. — Introduction à un Essai de classement syndromique. *Ann. méd.-psych.*, 75, 1919.
10. Popper. — Die schirophrene Reactionstypus. *Z. f. d. g. N. u. P.*, 62, 1920.
11. Delmas. — Les psychoses postoniriques. *Rev. neur.*, 27, 1920.
12. Hesnard. — La folie, pensée organique. Essai d'une pathogénie des psychoses fondée sur l'inconscient. *Journ. de psych. norm. et pathol.*, 18, 1921.
13. Kahn. — Erbiologisch-klinische Betrachtungen und Versuche. *Z. f. d. g. N. u. P.*, 61, 1920.
14. Kahn. — Zur Frage der schizophrenen Reactionstypus. *Ibid.*, 66, 1921.
15. Kahn. — Uber die Bedeutung der Erbconstitution für die Entstehung den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. *Ibid.*, 74, 1922.
16. Hoffmann. — Studie zum psychiatrischen Konstitutionsproblem. *Ibidem*, 74, 1922.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 JUIN 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Borel, Ceillier, Collet, Guiraud, Minkowski, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 26 mai 1924.

La correspondance manuscrite comprend :

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

une lettre de M. René Charpentier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Professeur agrégé Jean Lhermitte qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire ;

une lettre de M. Jean Reboul-Lachaux, qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;

une lettre de M. René Charpentier, qui invite la Société à désigner une délégation pour le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, qui se tiendra à Bruxelles, du 1er au 7 août 1924. Le bureau est désigné ainsi par MM. les Docteurs Arnaud, Dupain, Simon, Capgras ;

une lettre de M. R. Deron, qui pose sa candidature comme membre correspondant. Une commission est désignée, composée de MM. Séglas, Capgras, Barbé, rapporteur.

Rapport de Candidature

M. CAPGRAS. — En me chargeant du rapport sur la candidature de mon neveu, Paul Abély, au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, vous avez voulu me donner le plaisir d'évo-

©BIUM

quer de chers souvenirs et de dire un tant soit peu du bien que je pense de ce jeune confrère que j'ai vu grandir.

Entre l'enfant espiègle et le psychiatre averti j'aperçois encore l'alerte collégien couvert de lauriers, l'étudiant laborieux et gai, esprit vif, cœur généreux, le petit soldat, plein d'enthousiasme, fier de rejoindre au front son aîné, mais bientôt terrassé par une fièvre typhoïde des plus graves, dont il sortit, grâce au dévouement fraternel, avec un regain de jeunesse et d'ardeur.

Un an plus tard, laissant à Toulouse les regrets unanimes de ses malades, de ses camarades et de ses maîtres, il vint à Paris remplir bénévolement les fonctions d'interne à la maison de santé de Ville-Evrard. Titularisé en 1920 au concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine, il sut acquérir, en quatre années d'observation assidue au lit des malades, avec l'estime de ses collègues qui le nommèrent secrétaire de leur Société, une expérience et un sens clinique qui, joints à ses lectures, à ses analyses de publications étrangères, à ses conférences d'anatomie, lui permirent de disputer les premières places au dernier concours de médecin des asiles publics d'aliénés dont les épreuves furent particulièrement brillantes.

Ses travaux se font remarquer par leur précision, leur clarté, le souci de serrer de près la réalité. Dès sa première année d'internat il publia, avec le Docteur Ducosté, l'observation d'un morphinomane cachectique qui supporta le sevrage brusque sans le moindre inconvénient, puis un diagnostic difficile entre la folie intermittente, la Démence précoce, la Paralysie générale ou la Démence organique. En 1921, il présenta avec moi à la Société clinique de médecine mentale, une psychasthénique dont les mouvements continuels de défense contre ses phobies simulaient la chorée, deux hébéphréno-catatoniques ressemblant à des intermittentes atypiques, une érotique atteinte d'hallucinose polysensorielle chronique avec idées d'influence et de satisfaction.

©EHUM

De son passage à la clinique des maladies mentales de la Faculté il rapporta l'histoire d'un israélite dromomaniaque devenu persécuté migrateur, une observation d'hallucinations sensorielles et psychiques coexistantes et enfin un cas de délire interprétatif post-traumatique en collaboration avec le Professeur Henri Claude.

De concert avec son frère, le docteur Xavier Abély, médecin de Braqueville, il étudia longuement la question posée par notre Société sur les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente. De leurs minutieuses recherches, les deux auteurs concluent que la période intercalaire, presque toujours anormale, se caractérise sous ses trois formes, hyperthymique, hypothymique, cyclothymique, par une fixité relative de l'humeur, la prédominance des sentiments égoïstes, la tendance à l'automatisme mental. Vous avez récompensé ce mémoire consciencieux en lui décernant le prix Aubanel de 1922.

Le docteur Paul Abély soutint en 1923 sa thèse sur un sujet encore obscur où je l'engageai à projeter, s'il se pouvait, quelque lumière : les Terminaisons de la Mélancolie. Après avoir indiqué les évolutions diverses de cette psychose mal définie et trop compréhensive, séparé les délires mélancoliques chroniques proprement dits des pseudo-délires mélancoliques dus à l'association de la paranoïa ou de la démence paranoïde avec la cyclothymie ou la psychasthénie, souligné la valeur pronostique des principaux symptômes mélancoliques ou paramélancoliques, il démontra l'intérêt capital que présente, en pareils cas, l'examen systématique de l'appareil neuro-végétatif dont, en collaboration avec le Dr Daniel Santenoise, il avait précédemment décrit les réactions chez les anxieux, réactions différentes suivant la nature fondamentale de l'anxiété et révélatrices de cette nature même.

Après l'exposé de ces titres et de ces travaux, au nom de votre commission composée de MM. Claude, Colin et Capgras, rapporteur, je vous demande d'accorder au docteur Paul Abély l'honneur qu'il sollicite, et dont il est digne, d'entrer dans notre Société en qualité de membre correspondant.

©BIUM

Election. — Nombre de votants : 16. Majorité absolue : 9. M. Paul Abély, 16 voix, élu.

M. Paul Abély est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité des suffrages exprimés.

Rapport de candidature

M. Henri Colin. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Pactet, René Charpentier, H. Colin, Rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Lautier au titre de membre correspondant.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris, Interne suppléant des Asiles pendant la guerre, d'abord à l'Asile de Maison-Blanche, puis à l'Asile de Villejuif où il est resté avec moi pendant trois ans, M. Lautier a été nommé Médecin des Asiles au concours de 1920. Depuis près de quatre ans, il est Médecin-Chef de Service à l'Asile d'Alençon.

M. Lautier n'est pas un inconnu pour vous. Pendant ses années d'internat et depuis 1914, il a fait tantôt seul, tantôt en collaboration, des communications remarquées. Plusieurs de ces communications ont été inspirées par les événements, il en est de même de la thèse de M. Lautier ; je me borne à en énumérer les titres.

Contribution à l'Etude des Maladies Mentales dans l'Armée. Peut-on utiliser les Imbéciles ? Thèse, Paris, 1916. — Les Imbéciles à l'Armée (En collaboration avec MM. H. Colin et Magnac). Communication à la *Société Médico-Psychologique* (Séance du 17 juillet 1916). — De la valeur émotionnelle des Maladies Vénériennes dans l'Etiologie et l'évolution des Psychoses (En collaboration avec M. H. Colin). Communication à la *Société Médico-Psychologique* (Séance du 26 février 1917). — Un cas de délire mystique chez un musulman. Communication à la *Société Médico-Psychologique* (Séance du 30 avril 1917). — Critique d'une Statistique Médicale, Communication à la *Société Médico-Psychologique* (Séance du 26 novembre 1917). — Les injections de Laudanum. *Gazette des Hôpitaux,* n° 55 des mardi 23 et jeudi 25 septembre 1919. — Un cas de Démence traumatique à forme de Presbyophrénie. Communication à la *Société Clinique de Médecine Mentale* (Séance du 15 novembre 1920).

©BIUM

— Un cas de Démence traumatique à forme de Presbyophrénie. Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* n° 3 de mars 1921. — Eclatement du globe oculaire dans un cas de Glaucome (En collaboration avec M. H. Nouët). Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* n° 3 de mars 1921. — Note sur l'Assistance des Malades Mentaux en dehors de l'Asile. Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* n° 6 de juin 1921. — Délire à éclipse. Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne* (Séance du 30 novembre 1921). — Un enfant voleur. Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne* (Séance du 26 avril 1922). *Année Médicale de Caen,* juillet 1922. — Sur le délire hypocondriaque intercurrent au cours de l'évolution du délire de revendication (En collaboration avec M. H. Nouët). *L'Encéphale,* mars 1923. — Un frère de Marat, professeur en Russie. La *Chronique Médicale,* 1er avril 1923. — Note sur l'Evolution des abcès de fixation (En collaboration avec M. H. Nouët). Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* juillet 1923. — Un cas d'Acromégalie avec troubles endocriniens pluriglandulaires (Présentation de la malade). Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* août 1923. — Séquelles de l'encéphalite Epidémique. *Caen,* août 1923. — Séquelles de l'Encéphalite Epidémique. Communication à la *Société des Sciences Médicales de l'Orne. Année Médicale de Caen,* mars 1924. — Le Démembrement de la Démence Précoce. *Annales Médico-Psychologiques,* avril 1924. — Psychose périodique et Catatonie. Communication à la *Société Médico-Psychologique* (mai 1924).

Une de ces communications, celle relative aux « Imbéciles à l'Armée » a provoqué les rigueurs de la Censure. Plus heureux que moi, du reste, M. Lautier a vu couper un passage seulement de son travail, tandis qu'une communication faite par moi, le même jour, sur les paralytiques généraux et la guerre a été entièrement supprimée. Il est vrai qu'avec leur habituelle inadvertence, les Censeurs ont laissé subsister la discussion qui a suivi cette communication, et, — chose plus importante encore — le vœu qui l'a clôturée (voir *Annales Médico-Psychologiques,* 1916, tome 7, page 545).

Une autre communication de M. Lautier, Critique

©BIUM

d'une statistique médicale, a soulevé à la Société Médico-psychologique une discussion importante qui s'est prolongée pendant plusieurs séances.

Dans ses travaux, M. Lautier fait preuve de qualités remarquables d'observation. Il est convaincu, en effet, du rôle prédominant de la clinique en médecine mentale avec comme complément les recherches de laboratoire et les hypothèses psychologiques.

Tout en se spécialisant dans l'étude des aliénés, M. Lautier n'a pas négligé la médecine proprement dite et même la chirurgie, car il estime, et nous sommes de son avis, que l'aliéniste ne doit jamais se désintéresser de la médecine générale.

Bien conçus, écrits dans un style sobre, précis et élégant, les travaux de M. Lautier ont une valeur indiscutable et nous estimons que la Société Médico-psychologique trouvera avantage à le compter au nombre de ses collaborateurs.

Election. — Nombre de votants : 18. Majorité absolue : 10. M. Lautier, 18 voix, élu.

M. Lautier est élu membre correspondant de la Société Médico-Psychologique, à l'unanimité des suffrages exprimés.

Deux paralytiques généraux : l'un aiguilleur, l'autre conducteur de train dans les grandes Compagnies de chemins de fer.

Par M. PACTET.

Le malade que je présente n'offre pas d'intérêt, au point de vue purement pathologique. Il s'agit d'un homme de 37 ans, atteint de paralysie générale et chez qui le diagnostic de la maladie, ne présente pas la moindre difficulté. Affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, signes pupillaires, sont des plus manifestes ; les examens humoraux et les réactions biologiques sont en parfaite concordance avec la symptoma-

©BIUM

tologie clinique. En effet, il existe de l'albuminose et de l'hypercytose du liquide céphalo-rachidien et la réaction de Bordet-Wassermann est positive dans celui-ci et dans le sang.

Alors vous me demanderez pourquoi j'amène ce malade devant vous. C'est à cause de la profession qu'il exerce. Cet homme, dont l'affaiblissement de l'intelligence est considérable est employé d'une grande compagnie de chemin de fer et chargé d'un service dit de sécurité. Avant son internement, il remplissait la fonction d'aiguilleur dans une gare d'un chef-lieu de département. Il est entré dans mon service, le 26 mai dernier. Les seuls renseignements que j'aie pu obtenir de lui, sont relatifs à sa profession et à sa résidence. Quant au but de son voyage à Paris, il y avait été envoyé, dit-il, par le médecin de la C^ie^ pour être opéré d'une hernie inguinale. Il a, en effet, une pointe de hernie qui semble beaucoup le préoccuper. Mais était-ce là le véritable motif de son déplacement ? Il est impossible de le savoir avec certitude. Il a été incapable de me dire les circonstances dans lesquelles il avait été conduit à l'infirmerie spéciale. Pour avoir quelques éclaircissements, à cet égard, j'ai dû consulter son dossier, au service des aliénés de la préfecture de police. Dans ce dossier, j'ai trouvé le rapport, en date du 24 mai, d'un agent de police de St-Denis qui s'exprime ainsi : « Vers 13 h. 45, de service à la porte de Paris, j'ai été interpellé par un individu au sujet d'un renseignement qui ne m'a pas paru fondé. Après avoir fait causer cet individu un moment, je me suis aperçu qu'il était atteint d'aliénation mentale. Je l'ai amené au commissariat, à votre disposition. Il dit habiter Châlons-sur-Marne. » D'autre part, le commissaire de police, en envoyant V... à l'Infirmerie Spéciale, décalre: « Aux questions que nous lui posons, en vue de connaître dans quelles circonstances il se trouve à St-Denis et s'il y a de la famille, il nous répond en riant qu'il se trouve à C... lieu de sa résidence, qu'il n'a jamais entendu parler de St-Denis et qu'il n'est jamais venu à Paris. Il dit avoir à Paris, un cousin qui habite aux Galeries La Fayette et dont il ignore le nom. »

©BIUM

Dans le même dossier, se trouvait encore une lettre du maire de C... où réside le malade et une note émanant du service médical de la gare de C..., ainsi libellée : « L'aiguilleur V... doit se rendre à Paris pour être examiné par M. le Médecin en chef de la Cie, le 24 mai, à 14 h. 1/2. » Comme il a été arrêté le même jour à 13 h. 45, il n'a pu se rendre à cette convocation.

Quant au maire de C... il déclare que dans l'entourage du malade on ne s'est aperçu à aucun moment qu'il présentait des troubles mentaux. Toutefois, le docteur P. V., appelé à l'examiner pour une affaire chirurgicale, aurait remarqué, chez son client, une certaine débilité mentale.

Avant d'être en possession des renseignements qui précèdent, et en raison de son affaiblissement intellectuel, je me demandais si V... était encore en activité de service et j'inclinais à penser qu'il devait, pour le moins, être en congé de maladie, depuis quelque temps déjà. Sur ces entrefaites, arrive une lettre d'un frère avec qui il était en relations suivies et qui me demande de ses nouvelles. Je saisis l'occasion qui s'offrait à moi, de connaître exactement la situation actuelle du malade, à la Compagnie, et voici la réponse que je reçus : « Quant à mon frère, il n'a jamais été arrêté de son service, il n'a jamais été malade et n'a jamais eu de convalescence, aussi j'espère que la Compagnie fera le nécessaire pour payer. »

C'était catégorique. Il n'est donc pas douteux que le malade était encore aiguilleur avant de venir à Paris.

La sagesse des nations, dans une formule lapidaire, nous a appris qu'il y a un Dieu pour les ivrognes. Je serais tenté de la compléter en disant qu'il y en a un également pour les paralytiques généraux quand ils sont aiguilleurs des chemins de fer. Car il semble bien qu'en dépit de sa maladie, V... n'a pas provoqué d'accident. N'est-ce pas un miracle, quand on constate son état de déchéance mentale ?

Permettez-moi de vous présenter encore un autre employé de chemin de fer atteint également de paralysie générale.

Celui-ci était, depuis 17 ans, conducteur de train et

accompagnait un train de luxe jusqu'au moment où il partit, en la même qualité, pour la Ruhr.

Son départ eut lieu le 9 juin 1923 et le 17 juillet suivant, on le ramenait chez sa femme, en lui disant qu'il était atteint d'aliénation mentale. Elle a appris par des camarades de son mari, venus en permission, qu'avant son retour, il avait été porté disparu pendant 17 jours. De son côté, elle avait été surprise de se voir retourner onze lettres qu'elle lui avait écrites et qui n'avaient pu lui être remises.

Quand elle le revit, elle fut frappée de la diminution de sa mémoire et de l'embarras de sa parole. De plus, il était très nerveux et toujours en mouvement. Enfin elle a dû le faire interner, à cause de son agitation ; elle était obligée de courir après lui nuit et jour.

Ce malade se trouve dans mon service depuis plusieurs mois.

La question de l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer, retient mon attention, depuis déjà nombre d'années. Dans les premiers mois de 1911, j'avais l'occasion de la signaler aux pouvoirs publics et de remettre au Ministre des Travaux publics une note dans laquelle j'indiquais le passage dans mon service, pendant la période de 1902 à 1910, de plus de quarante employés des différentes compagnies. A côté de paralytiques généraux, d'épileptiques, je relatais, entre autres cas d'aliénation mentale, celui d'un délirant mélancolique, qui avant d'être interné, était chargé, dans une cabine, isolée le long des voies, de la manœuvre des signaux du block-system. A l'asile, sous l'influence d'idées de culpabilité et d'expiation, il accomplissait des actes répréhensibles, destinés à s'attirer le châtiment qu'il croyait avoir mérité. Je faisais ressortir les conséquences dangereuses qui pouvaient résulter, dans son service, d'un semblable délire. On me laissa entendre que ma note provoquerait l'envoi d'une circulaire aux Compagnies. Mais le sort habituel des circulaires, nous le connaissons bien. C'est d'échouer dans des cartons qui, s'ils les préservent de la poussière, ne les empêchent pas de tomber dans l'oubli.

©BIUM

En 1914, je revenais sur la question en faisant défiler, devant la Société Clinique de Médecine mentale, un certain nombre d'employés de chemin de fer, attachés à des services de sécurité et demeurés en fonction alors que la maladie mentale évoluait déjà depuis un certain temps.

A cette occasion, le professeur Régis m'envoyait de Bordeaux, plusieurs observations ayant trait à des cas analogues qu'il me priait, pour seconder mon initiative, de lire à la Société.

Enfin, il y a deux ans, avec mon interne M. Robin, nous présentions à la Société Clinique de médecine mentale, un employé de chemin de fer, atteint de paralysie générale qui faisait des remplacements de chef de gare. Il avait été interné, à l'occasion d'une fugue à Paris.

J'aurais pu faire des communications plus nombreuses. Mais on éprouve quelque pudeur à revenir trop souvent sur les mêmes sujets et pourtant on a tort, car la répétition est encore un des moyens les plus efficaces pour provoquer dans le domaine psychologique, l'éclosion, la croissance et la continuité des états d'esprit qui conduisent aux réalisations pratiques.

Où en est aujourd'hui la question ? Je l'ignore. Mais il y a trois ou quatre jours, je lisais, dans « *Le Temps* », un bref compte rendu du congrès international des Transports en commun et voyais qu'une séance avait été consacrée à l'examen des conditions concernant le recrutement du personnel roulant. A cette occasion, le directeur général de l'exploitation et des services techniques des transports en commun de la région parisienne, avait proposé de faire examiner tous les agents relevant de maladie grave ou ayant occasionné un accident grave et encore de faire passer une visite à tous les machinistes périodiquement afin d'éliminer les sujets susceptibles de causer des accidents.

C'est là, précisément, la décision que je suggérais aux compagnies de chemin de fer. Quand on examine l'organisation de leur service médical, on y constate une lacune. Quelques-unes s'attachent à la vérification périodique des organes de la vision et de l'audition

©BIUM

chez certaines catégories d'agents, mais la constatation périodique de l'intégrité mentale des agents chargés d'un service de sécurité, ne les a pas préoccupées et semble bien avoir été traitée par prétérition. Je ne prétends pas envisager ici, les différentes modalités que comporterait la solution du problème, mais la présence parmi les employés en activité de service, de malades comme ceux que vous venez de voir, atteste du moins la légitimité de le poser.

Dans une brève allocution, en quittant la présidence de cette société, je faisais remarquer que la Société Médico-psychologique pourrait intervenir avec autorité et compétence, dans différentes questions d'un haut intérêt social, et j'indiquais en particulier le service d'examen psychiatrique des employés de chemin de fer, comme une œuvre dont la création n'était pas indigne de son intérêt.

Discussion

M. Briand. — Il y aurait lieu d'étendre l'application du contrôle mental demandé par M. Pactet aux conducteurs d'automobiles. Les permis de conduire leur sont délivrés actuellement dans des conditions qui ne donnent, à ce point de vue, aucune garantie.

M. Henri Colin. — Malgré les nombreuses communications faites à la Société Clinique de Médecine Mentale, par notre collègue, le Dr Pactet, à qui revient tout le mérite de cette campagne, malgré les débats institués à l'Académie de Médecine et les efforts tentés dans le service de Prophylaxie Mentale, la question est restée stationnaire depuis 1911. J'ai eu dernièrement un exemple typique de la légèreté avec laquelle les Compagnies de chemin de fer recrutent leur personnel. J'avais été commis par le Tribunal de Meaux à l'effet d'examiner un employé de chemin de fer inculpé de coups et blessures sur un chef de gare, à qui il était venu réclamer son salaire, bien que, par suite de plusieurs absences au cours du mois, pour cause de maladie, ce fut à l'Administration centrale de lui régler sa paye. Telles furent les explications données par le

©BIUM

chef de gare à son subordonné qui, là-dessus, se livra sur lui à des voies de fait des plus graves. Il fallut dix hommes pour le maîtriser et le tout se termina par une attaque d'épilepsie. Revenu à lui, l'inculpé se jeta aux genoux de son chef pour lui demander pardon.

Cet employé était cordonnier de son état, et, grâce à son beau-père, vieil employé du chemin de fer de l'Est, il avait pu se faire admettre au service de la Compagnie, où il était employé à la manœuvre des wagons de marchandise. Il est superflu de signaler les dangers d'une manœuvre exécutée par cet individu en imminence d'attaque ou à la suite d'un accès.

La Compagnie peut alléguer comme excuse que cet employé avait dissimulé son mal et n'avait pas déclare qu'il était épileptique. Cette excuse est réduite à néant par le fait que le malade avait été réformé du service militaire, et que son livret militaire porte le motif de la réforme « épilepsie ». Il suffisait d'exiger qu'il produisît son livret.

M. Roger Dupouy. — La communication de M. Pactet soulève une question médico-légale des plus importantes. A la consultation du Dispensaire de Prophylaxie Mentale, j'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion de voir, avec M. Toulouse, des employés de chemin de fer atteints de troubles mentaux. Je me souviens notamment d'un aiguilleur psychasthénique constitutionnel, phobique et inquiet, éprouvant à certains moments de véritables paroxysmes anxieux. Je puis demain en voir un autre atteint d'épilepsie ou de paralysie générale débutante. En outre, tous ceux ici qui faisons de la clientèle privée pouvons recevoir dans notre cabinet de pareils malades venus nous consulter, presque toujours à l'insu de leur compagnie.

Quelle doit être notre conduite ?

S'il n'est pas internable, nous conseillerons au sujet, comme je l'ai fait, de demander son changement de poste, de se déclarer malade, de solliciter de la compagnie un avis médical compétent à son égard.

L'individu est-il internable, nous conseillerons le placement à l'asile et s'il est venu à la consultation accompagné d'un membre de sa famille, nous exposerons à

©BIUM

celui-ci tous les dangers que comporte la situation, chose que nous ne pourrons faire s'il est venu seul.

Devons-nous aller plus loin, prévenir la Compagnie dans les cas simples, établir un certificat à fin d'internement d'office dans les cas graves ?

Nous violons le secret professionnel et risquons de nuire à notre consultant, dans le premier cas, la Compagnie peu soucieuse de conserver un psychopathe dans les cadres de son personnel, cherchant à l'éliminer sous un prétexte quelconque, le mettant en réforme ou pour le moins arrêtant son avancement possible. Même en avisant le médecin de la Compagnie, nous commettons un acte susceptible de conséquences graves pour le malade, car le médecin d'une Compagnie de chemin de fer est avant tout un fonctionnaire, un employé de celle-ci, chargé de la défense de ses intérêts beaucoup plus que du traitement de ses malades.

Retenir d'autre part de force le patient venu à la consultation de l'asile ou de l'hôpital n'est permis que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Le placement volontaire peut être refusé par la famille, inintelligente et dont l'intérêt est de laisser travailler le malade le plus longtemps possible. Dénoncer le cas à la Compagnie ou à la Préfecture de police me semblerait parfois légitime sinon légal, de toute façon périlleux en matière de responsabilité civile relative au secret médical.

En terminant, je proposerai d'ajouter à celui présenté par M. Pactet le vœu que les Compagnies de chemin de fer et les grandes administrations de transports en commun aient toujours un psychiatre dans leur personnel de médecins consultants. Son influence et ses examens auraient fatalement leur utilité en mainte circonstance.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Il y aurait lieu de faire examiner non pas seulement les agents spécialisés comme les employés de la voie et de la traction, mais tous les employés de tous services. En effet, tous vivent à proximité d'engins dangereux ; et l'aliéné au début, particulièrement le P. G., est fréquemment un touche-à-tout.

Récemment j'ai interné un cantonnier de la voie,

©BIUM

P. G. avancé, qui deux jours de suite est monté sur une locomotive sans mécanicien et l'a mise en marche; deux fois un prompt secours a empêché une catastrophe.

L'examen neurologique devrait être au moins annuel. Le prétexte pour un tel examen est aisément trouvable dans la nécessité élémentaire de contrôler la vue, l'audition, la prononciation même des agents de toute catégorie.

Il serait utile de peser sur les pouvoirs publics non seulement par une pétition, mais par un mouvement d'opinion. Si une récapitulation des cas observés par nous tous depuis les cas princeps de M. Pactet était publiée dans les journaux de Médecine Générale, elle trouverait sûrement un écho dans la grande presse.

Le soin de dresser un tel rapport pourrait être confié officiellement par notre Société, soit à M. Pactet, soit à une Commission que présiderait M. Pactet.

M. TRÉNEL. — Les cas tels que ceux que M. Pactet nous présente sont certainement très nombreux. Pour ma part, j'ai reçu presque en même temps, 3 de ces malades à l'asile de Vaucluse. L'un d'eux, mécanicien, avait subi précédemment un traumatisme crânien dans des conditions que je ne pus déterminer ; depuis cette époque il avait été retiré du service des trains et était employé à conduire les locomotives au dépôt. Il avait fait encore son service à la veille de son internement. Le second, chef d'équipe, au service des bagages ou des marchandises, arrivé dans un état d'extrême agitation avait aussi rempli sa fonction jusqu'au dernier moment ; c'était un paralytique général. Le troisième, ouvrier des ateliers du chemin de fer, avait été trouvé la nuit au milieu des aiguillages en pleine voie attendant les attaques des Allemands (en 1921) ; il délirait depuis longtemps déjà.

Il est nécessaire que la Société Médico-psychologique intervienne activement. Je proposerais qu'une date soit fixée pour qu'un rapport détaillé soit présenté, comprenant un relevé des cas connus et l'exposé des dispositions prises dans divers pays à ce sujet. Il y aurait lieu de comprendre dans l'enquête les services maritimes.

©BIUM

Nombre de sinistres célèbres survenus dans des parages connus, par beau temps, ne peuvent qu'être dus, soit à des opiomanes inconscients, soit à des paralytiques.

Ne serait-il pas intéressant de rechercher ce que peuvent être devenus des aiguilleurs ou des mécaniciens reconnus responsables d'accidents; il est vraisemblable qu'on en retrouverait un certain nombre devenus aliénés et surtout des paralytiques.

En ce qui concerne la réalisation pratique du dépistage de ces malades ne pourrait-elle pas être obtenue immédiatement au moins pour les catégories d'employés de chemin de fer qui subissent périodiquement un examen réglementaire au point de vue de l'acuité visuelle. Il pourrait être spécifié à cette occasion l'obligation de la *vérification des réactions pupillaires* dont la précocité de leur trouble révèle une paralysie générale latente *sans qu'il y ait le moindre trouble appréciable de la vision.*

M. MARCHAND. — Comme appui aux cas cités par M. Pactet, je citerai le fait suivant qui intéressera particulièrement M. Briand et les membres de la Société Clinique de Médecine Mentale. Il y a trois semaines, je me rendai chez un garagiste d'Ivry pour prendre des leçons d'automobile. La première personne que je rencontrai comme élève était le malade épileptique qu'avec M. Briand j'avais présenté il y a deux mois à la Société clinique. Ce jeune homme désirait obtenir son brevet de conducteur d'auto pour conduire un taxi dans Paris. Je m'intéressai beaucoup à ce cas. J'appris plus tard qu'il n'avait pas été reçu à son examen et qu'il avait dû avoir une absence à ce moment parce que la voiture avait fait une embardée sur le trottoir. Comme je possédais le dossier de ce malade et comme je ne voulais pas violer le secret professionnel, j'écrivis au père du malade pour le prévenir des graves dangers qu'il pouvait faire courir aux autres et à lui-même, s'il persistait dans ses intentions de conduire une automobile.

M. LEGRAIN. — Je donne mon entière approbation à l'initiative si pressante et surtout si opportune de M. Pactet. Jamais on n'a vu autant d'accidents témoi-

©BIUM

gnant de désordres cérébraux, passagers et permanents, mais méconnus, de leurs auteurs. Il y va de la sécurité publique que le problème posé reçoive une solution.

Je me permettrai seulement d'exprimer ma surprise que parmi les causes de troubles cérébraux capables d'engendrer des accidents, il n'ait été fait au cours de cette discussion aucune mention de l'alcool. Je crois qu'à bien compter c'est l'alcool qui est le grand coupable dans la plupart des cas. Chaque matin les grands journaux nous offrent en pâture les accidents du jour (automobile, chemins de fer, etc.) ; ils ne manquent pas de souligner grandement que les auteurs étaient plus ou moins pris de boisson. Récemment une catastrophe de chemin de fer, suivie de nombreuses morts d'homme eut lieu : vous vous souviendrez qu'on trouva l'aiguilleur, auteur de l'accident, au cabaret !

J'ai eu l'occasion privilégiée, suite de relations personnelles avec un directeur de grande Compagnie de chemin de fer, de feuilleter autrefois un assez grand nombre de dossiers d'accidents (notez en passant que les Compagnies s'efforcent d'en cacher le plus grand nombre). Ma stupéfaction fut grande de constater que presque toujours l'alcool était en cause.

Le public est loin de se douter des raisons auxquelles il doit la vie, le plus souvent, malgré les habitudes bien visibles d'intempérance de nombre d'agents de chemins de fer, occupés à la traction. La principale raison tient dans ce qu'en physiologie l'on nomme le *temps de réaction,* variable, d'un sujet à l'autre, dans des proportions très étendues. Il est nettement influencé et grandement retardé par de minimes quantités d'alcool (expériences de Kraepelin).

Ce qui évite nombre d'accidents, c'est que, ordinairement, les mécaniciens conduisant les trains effectuent tous les jours le même parcours qu'ils connaissent par cœur. Leur travail a une grosse part d'automatisme ; le temps de réaction n'a guère à intervenir.

Mais survienne un changement dans les habitudes : modification d'horaire, encombrement des voies; trains supplémentaires; jours de fêtes; retards, etc. Voici que le mécanicien est obligé de prendre des initiatives auxquel-

©BIUM

les il n'est pas accoutumé. Il faut parfois que tout-à-coup, dans l'espace de quelques secondes, il prenne une détermination provoquée par un signal, un feu, etc. Sa présence d'esprit (en physiologie, temps de réaction) a perdu de sa promptitude s'il est sous l'empire de l'alcool. Un tantième de seconde suffit parfois pour éviter une catastrophe. Le tantième est alors dépassé et l'accident se produit. Il est à remarquer que la plupart des accidents surviennent les jours où le service quotidien a été modifié par quelque circonstance fortuite.

Je laisse de côté le nombre des cas d'alcoolisme chronique insoupçonnés chez des buveurs qu'on ne voit jamais ivres, mais dont l'acuité sensorielle et l'intelligence ont décliné petit à petit, et que seul un accident révèle (n'oublions pas le daltonisme des alcooliques chroniques que tant d'employeurs ignorent, sans compter bien des médecins, etc.).

N'oublions pas enfin que la France arrivera peut-être bonne dernière pour les mesures à prendre dans les divers services de traction et de locomotion, pour protéger le public. De nombreux pays étrangers (les Etats-Unis notamment) n'admettent dans leur personnel depuis longtemps que des agents notoirement connus pour leur abstinence ou leurs habitudes de sobriété.

Je souhaite qu'il en soit bientôt de même chez nous et que l'initiative de notre collègue ait contribué à cet heureux résultat.

M. DE CLÉRAMBAULT. — A la Préfecture de Police un lien étroit existe, en fait, entre, d'une part, le Bureau des Aliénés et l'Infirmerie spéciale, d'autre part, le Bureau dont relèvent les Permis de Conduire. J'ai fait annuler un bon nombre de ces derniers. Il est facile de vérifier si les candidats ont déjà été internés. Sans nul doute la présente discussion fera rechercher d'autres moyens de contrôler l'état mental des candidats.

M. TRUELLE. — L'importance de la discussion qui vient de suivre la communication de M. Pactet, prouve l'intérêt que la Société a pris à la question soulevée par notre collègue. Il me paraît nécessaire que nous ne nous arrêtions pas là. Il est du devoir de la Société

©BIUM

Médico-Psychologique de faire tous ses efforts pour que les autorités prennent enfin des mesures propres à garantir mieux qu'elle n'est la sécurité des personnes qui se confient aux différents modes de transports publics. L'exemple du passé prouve que nous aurons de la peine à aboutir ; ce n'est pas une raison pour renoncer.

Il m'apparaît que M. Pactet, en s'adjoignant toutes les bonnes volontés qui parmi nous ne manqueront pas de s'offrir, pourrait établir un rapport d'ensemble sur cette question de la surveillance psychiatrique des agents attachés aux services des transports en commun. Ce rapport qui ne manquera pas d'être documenté, pourrait-être présenté à la séance de rentrée de la Société Médico-Psychologique. Celle-ci pourrait alors émettre un vœu motivé qu'elle présenterait et défendrait devant M. le Ministre des Travaux Publics, l'appuyant au besoin par les démarches nécessaires, le vulgarisant aussi par des publications dans les principaux organes de la Presse médicale ou autre.

Alimentation artificielle par voie nasale sans sonde

par MM. Trénel et Cuel

Nous avons eu l'occasion de tenter de nourrir des malades affaiblis dont l'état interdisait l'usage de sonde, au moyen d'instillation de petites quantités de lait directement par la voie nasale.

Cette méthode en usage dans les crèches de nouveau-nés prématurés ne nous paraît avoir guère été employée dans les asiles ; aussi, quoiqu'elle ne trouve son application que dans des cas assez rares, croyons-nous utile de la rappeler. Elle s'adressera surtout à des stuporeux, à des sitiophobes apathiques et à des malades en état de mal apoplectique chez qui l'injection de sérum artificiel et l'enteroclyse sont inapplicables et insuffisantes. On a en effet l'impression que, dans cer-

©BIUM

tains de ces cas, à la deshydratation qu'on peut prévenir par ces procédés, s'ajoute l'inanition à laquelle les lavements alimentaires ne sont qu'un palliatif illusoire. Le malade étant maintenu dans le décubitus horizontal comme pour l'alimentation par la sonde, on lui verse doucement dans la narine du lait tiède. Il nous a semblé que parfois il y a intérêt à faire tourner légèrement le visage du côté où l'on opère. On peut utiliser la tasse à bec qui est commode mais qui ne permet pas de se rendre compte de la quantité de liquide instillé ; il vaut mieux se servir simplement d'une cuiller, afin d'être sûr de ce qu'on fait. Il existe d'ailleurs des cuillers à bec qui conviennent parfaitement à cette manœuvre.

Pour tâter la susceptibilité du malade et prévenir tout incident au cas où il éprouverait une toux réflexe, et éviter la pénétration éventuelle d'un liquide alimentaire dans les voies respiratoires, il peut être indiqué de commencer l'opération par l'instillation de sérum physiologique tiède. Nous disons sérum et non eau tiède, car on se rappellera que la pénétration de l'eau simple dans les fosses nasales est parfois désagréable sinon douloureuse et provoquerait des réactions de défense.

Dans la plupart des cas en opérant lentement, patiemment, presque au goutte à goutte, le liquide pénétrera dans l'œsophage en coulant le long de la paroi postérieure du pharynx sans produire de secousses de toux. La déglutition se produit d'une façon réflexe, peut-être même parfois s'écoule-t-il mécaniquement (1).

Nous avons employé le procédé dans des cas très graves où un résultat favorable ne pouvait pas être escompté, et qui prouvent seulement que le procédé

---

(1) Le Dr Durante nous a fait connaître qu'il a employé avec succès ce procédé pendant 2 semaines chez une jeune fille atteinte de paralysie diphtérique. Il a eu l'occasion d'observer un médecin atteint d'angine phlegmoneuse qui fut alimenté plusieurs jours de la sorte et qui, l'instillation par le nez ne provoquant chez lui aucun mouvement de déglutition, se déclarait très satisfait du résultat obtenu ; la déglutition causait des douleurs intolérables interdisant l'alimentation normale.

©BIUM

peut être réalisé sans inconvénient quand on agit avec prudence. Pour ne citer que nos cas les plus récents, chez deux malades, l'une basedowienne cachectique, l'autre paralytique en attaque, l'essai n'a précédé la mort que de 24 heures ; dans un troisième cas il fut employé pendant 2 jours. Par contre l'existence a pu ainsi être prolongée pendant près d'un mois chez une paralytique générale.

Dans deux autres observations, il s'agit de sitiophobes. L'une des malades, absolument inerte, était nourrie depuis des années à la sonde ; l'instillation par la voie nasale réussit, et ultérieurement la malade accepta l'alimentation normale. L'autre malade, délirante hallucinée, refusait toute nourriture depuis 3 jours. Avant de lui donner la sonde nous tentons l'instillation qui réussit là encore, et que nous n'eûmes pas à continuer, la malade ayant accepté immédiatement l'alimentation normale.

Dans un cas d'état de mal paralytique nous avons échoué, la malade étant prise d'une toux spasmodique dès que le liquide arrivait au carrefour laryngo-pharyngé. Il est vraisemblable que certaines dispositions anatomiques ou conditions physiologiques favorisent l'écoulement correct du liquide ou s'y opposent.

Peut-être le procédé proposé rendrait-il service dans certains cas où les réactions à l'introduction de la sonde sont très violentes.

Un de nos confrères suisse, le Dr Will Boven a fait paraître (1), un article des plus intéressants à l'occasion d'une lettre que lui écrivait un de ses anciens malades, où celui-ci décrivait en termes dramatiques les souffrances que lui avait fait endurer le cathétérisme nasal. Le docteur B., l'a expérimenté sur lui-même et a constaté qu'en effet la manœuvre était des plus pénibles, du moins avec des sondes volumineuses, et il en a étudié les phénomènes réflexes. Nous avons mentionné récemment ce travail dans une communica-

(1) *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1919, t. V, p. 99. A propos du sondage nasal des aliénés par le Dr Will Boven (médecin de Céry).

©BIUM

tion que nous avons présentée à la dernière séance de la Société de médecine légale (1) à propos d'un cas de sitiophobie mélancolique dans lequel la mort subite survint par syncope respiratoire au moment où la sonde n'avait pénétré que de 5 à 6 centimètres dans la narine, avant toute ingestion de liquide.

Discussion

M. Arnaud. — Peut-on arriver à introduire, par ce procédé, des quantités de liquide suffisantes pour nourrir les malades ?

M. Trénel. — En usant de cette méthode avec patience et persévérance, on parvient à donner des quantités suffisantes.

M. Mignard. M. Trénel a formé, il y a quelques années déjà, plusieurs infirmiers du service des Hommes de l'Asile de Vaucluse à la pratique de cette technique. Son emploi maintenu dans le service, se montre, dans certains cas, d'une très grande utilité.

Un inventeur délirant

Par MM. Henri Claude, Dupouy, Santenoise et Robin

Etienne J..., âgé de 31 ans est entré à l'Asile Ste-Anne, le 23 avril 1924, en raison des craintes qu'inspiraient à sa famille des idées délirantes d'invention, l'entraînant à des démarches insolites et saugrenues auprès des principaux chefs de la République.

Il est intéressant de signaler tout d'abord que le malade, d'après les renseignements qu'il nous a fournis, eut un oncle qui fut un humoriste célèbre dans les lettres françaises et a des sœurs qui présenteraient des idées mystiques, l'une d'elle ayant dû, à cause de certains troubles mal définis, être retirée du couvent où elle était entrée.

---

(1) Trénel et Cuel. Mort subite au début de l'introduction de la sonde pour l'alimentation artificielle par la voie nasale. (Séance de la *Société de médecine légale*, du 16 juin 1924).

©BIUM

Etienne eut une enfance normale. Son humeur était gaie. Il n'aimait guère l'étude, fréquenta l'école jusqu'à 14 ans sans se présenter au certificat d'études. A partir de cet âge commence une série d'aventures de toutes sortes, qui font de l'existence de ce jeune homme un roman valant d'être conté.

Après avoir appris à chasser dans la campagne, avec un de ses oncles, il ne fait que passer en qualité de commis chez un opticien avant d'être chasseur dans une brasserie parisienne. Cela ne dure que quelques mois, puisque, à 15 ans, il est expéditeur dans une grande librairie ; à 15 ans 1/2, il s'engage comme pilotin : le Japon le tente. C'est au Brésil qu'on l'envoie : « Ma vie, dit-il, avec amertume, a été la contradiction de tous mes vœux. » Il abandonne les Colonies, retâte de l'édition. Il est chef d'expédition à 17 ans. Six mois plus tard, il réglait les cérémonies dans une maison de pompes funèbres.

En 1913, il fait à Toul son service militaire. Déjà il rêvait de fonder une société qui unirait tous les Français en faveur de l'armée, mais il ne fait part à personne de ses projets.

En 1914, il est volontaire pour le front, refusant d'être brancardier. Il est fait prisonnier à Morhange au mois d'août et sa captivité se passe en tentatives d'évasions. Il faut en compter au moins 12. Il a consigné son odyssée dans un long mémoire. Ce sont des récits compliqués où l'on se rend compte que les évasions ne sont pas toujours préparées avec perspicacité. Les projets ne sont pas discutés. Une certaine impulsivité se marque dans ses gestes. Il déploie souvent une grande ingéniosité à tromper la vigilance des gardiens, jusqu'à ce qu'une balourdise le fasse pincer au moment de passer la frontière. N'a-t-il pas creusé une fois un souterrain dans un camp de prisonniers pour faire évader le bataillon entier des punis. La conséquence, c'est qu'il a été très maltraité, passant souvent au conseil de guerre. Il a connu les camps de discipline les plus durs, il a connu des bagnes : on l'a jeté dans la chaux, on lui a fait ramoner des cheminées non éteintes. Il recevait des coups de baïonnette et de crosse de fusil. Non content d'essayer de s'enfuir, il montrait beaucoup d'exaltation. C'était un révolté. Déjà il affichait des idées étranges. Au mépris de toutes les punitions, il refusait de participer aux travaux pouvant servir aux Allemands, considérait de son devoir de porter les trois couleurs et portait sur son uni-

©BIUM

forme des décorations bizarres. Il affichait la violence de ses idées patriotiques en des travaux de jardinage de caractère symbolique. Il dessina un massif dont les motifs, en briques cassées et en cailloux de teintes diverses, imitaient la mosaïque. Le milieu représentait un casque colonial sous le chef duquel toutes les nations alliées se réunissaient. Un coq figurait la France, un lion et une licorne l'Angleterre, avec ces mots : Honni soit qui mal y pense. Une grecque courait dans l'intervalle des figures. Le cœur de Paris avait sa place dans ce qui représentait l'Amérique. Un chardon avec la devise : Qui s'y frotte s'y pique symbolisait l'Alsace.

Malgré les fautes de préparation dans ses tentatives d'évasion, il put s'évader de Cologne, passer en Hollande (1918). Il est fier de faire partie de la Société des Evadés. Il regrette de ne pas battre le record des tentatives : certains prisonniers en comptent 14 à leur actif. Il est démobilisé en 1919.

Les idées de supériorité et de grandeur qu'il exprime alors ne laissent pas de paraître anormales : « Je suis très intelligent », se plaisait-il à répéter, et il pense à faire de l'élevage au Maroc au moyen de vastes exploitations. Il cherche des capitaux dans les banques et les milieux financiers. Il trouve qu'on s'est conduit avec lui d'une manière honteuse : on ne lui a jamais prêté 80.000 francs qui lui avaient été promis.

Dégoûté, il se rengage dans l'armée pour 6 mois. Il va en Orient, à San Stéfano, avec une compagnie de Sénégalais, puis se rend à Vienne, revient à Paris, cherche encore des capitaux, part pour le Sénégal en qualité de comptable d'une compagnie de navigation. Il cherche une concession, sa maison le renvoie. Il se rabat sur Dakar, connaît la misère, chante pendant 15 jours dans un café-concert. Il pense au Maroc, va trouver le Gouverneur du Sénégal, lui soutire 300 francs comme base de caisse pour faire de l'élevage.

Lyautey l'aidera. Il gagne le Maroc sur un paquebot où il sert de matelot, « J'ai lavé le pont et fait de la peinture. » Il est d'abord chauffeur d'automobile sur une voiture d'arrosage, à Casablanca : « On me balance vite », nous raconte-t-il. Alors il se fait peintre en bâtiments, puis chef de poste à la Cie des pompiers, puis marchand de vins, envoie des rapports au général Lyautey pour coloniser, prétend avoir accosté M. Millerand lors de son voyage au Maroc. Comme rien ne marche, il se fait, en 1923, rapatrier en France, où l'appellent de nombreux projets de réforme

©BIUM

politique et sociale. Dès lors, il ne se livre plus à aucune occupation utile, il ne vit plus que dans son monde imaginaire, il passe son temps à écrire, faire des plans, est incapable de gagner sa vie, passe par des alternatives d'exaltation et de dépression, dépose des rapports au Ministère des Affaires Etrangères, à la Présidence du Conseil. Au mois d'avril 1924, il se rend à la Chambre des Députés, s'entretient avec les députés Baretty, Provost de Launay, auxquels il soumet ses projets. On lui dit qu'il veut tout chambarder. Alors il crie un peu pour les stimuler, pense à se présenter à la députation, mais il n'a pas d'argent pour la campagne électorale, assiste à une séance de la Chambre le 12 juillet et le 13 septembre 1923. Il prétend qu'il aurait exposé, de la tribune du public, ses idées sur la réforme sociale. Devant notre étonnement que les gardes ne l'aient pas rappelé à l'ordre, il riposte : « Il ne faudrait pas qu'on s'avise de me faire chasser de la Chambre... Poincaré m'en veut. On parlait de moi... J'ai eu une eng... avec Briand..., ma figure bien connue ne lui revenait pas..., mon Briand commence, mon Daudet continue au sujet des retraites.... j'ai parlé de mon « bleu horizon. » Du reste, il a vu les sténographes transcrire tout ce qu'il disait. Las de demandes inutiles, de rapports adressés en vain, il se rend en avril 1924 à Rambouillet pour voir le Président de la République, l'affaire n'a pas de suite, mais c'est alors que sa famille, inquiète, se décide à le faire interner.

A l'Asile, les idées délirante polymorphes se groupent principalement en deux systèmes, eux-mêmes très complexes : délire d'inventions, délire de réformes sociales et politiques.

Le programme *économique* qui a pour titre le « Bleu horizon » a pour bases fondamentales ces postulats : tout par la machine, suppression totale de l'argent. L'argent étant la cause de tous les maux, on le remplace par des feuillets de 10 cm. sur 15 avec des cases pour les différentes nécessités de la vie. On a, par exemple, une feuille restaurant, et on a droit à 700 repas. A chaque repas, une case est poinçonnée.

De la naissance à 20 ans, instruction obligatoire.

A 20 ans, préparation militaire.

A 21 ans, service militaire. Athlétisme pour les femmes, lesquelles sont militarisées.

De 21 à 28 ans, production nationale. Travail de 5 heu-

res par jour pendant 8 ans, avec repos hebdomadaire et 2 mois de congé par an. Pas de rétribution en argent. Les feuillets délivrés par l'Etat permettent de vivre sur un pied de 80.000 fr. par an.

A 28 ans, cessation du travail. Lecture et jeux à volonté. Création de salles de rédaction, de bibliothèques, etc... Un projet de polygamie est en train : chaque homme aura droit à 3 femmes de nationalité différente (française, anglaise, allemande). Chaque femme a 3 maris, avec mutation automatique tous les 3 mois.

La réforme politique consiste en la jonction de l'Angleterre et de l'Allemagne à la France : « Les troupes anglaises seront françaises. La flotte française deviendra anglaise. »

Délire d'inventions. Il consiste en inventions nombreuses :

a) Tribunes roulantes et pliantes pour champs de courses et auges circulaires pour la nourriture des porcs. Les auges, montées sur rails, sont lavées mécaniquement et les loges à porcs ont axe et crémaillères pour le nettoyage automatique.

b) Restaurant automatique. « Puisqu'on fait manger les porcs automatiquement, dit le malade, pourquoi les hommes n'en feraient-ils pas autant ? Pour prendre un repas on descend dans un sous-sol, on s'assied dans un fauteuil à manette, on dépose son vestiaire dans un panier. On monte de 3 mètres, une plaque arrive : c'est le lavabo. On appuie encore sur la manette, nouvelle élévation de 3 mètres. On est à table, face à face avec un menu électrique. On appuie sur un bouton relié aux cuisines. 3 chefs sont préposés au service. Ils laissent passer deux plats et servent le 3e (pour la rapidité). Les bouteilles sont basses pour ne pas boucher la vue des consommateurs.

d) Marée vago-motrice. Elle marche par la force des vagues, annihile les effets de la mer et protège les jetées. C'est une caisse métallique de 200 m. sur 50 et de 2 m. d'épaisseur, formant plage. Les lames s'étalent, compriment la plateforme, soufflent de l'air dans les réservoirs à cloches qui, remplis, actionnent des dynamos. La mer est arrêtée dans la chute de ses plus hautes vagues.

e) Création de chutes d'eau souterraines. On part de 2 m. au-dessus du niveau de la mer, sur une pente, on creuse un puits perpendiculaire, puis une galerie horizontale. Un système à turbines et à dynamos permet l'irrigation des terrains secs.

©BIUM

f) *Chambre à coucher automatique.* Le lit se fait automatiquement. Chaque immeuble a 16 étages, avec entre-ponts de 2 mètres.

g) Elargissement des boulevards, qui auront 144 mètres de largeur.

h) Projet de circulation dans les grandes villes. On peut obtenir une vitesse de 100 km. au centre de Paris par un système de ponts suspendus.

Citons encore un avion-looping automatique, un découpeur automatique pour tailleur, le triage des wagons par ascenseur, un trottoir roulant d'un nouveau genre.

A côté de ces idées délirantes de réforme sociale et d'inventions, il présente quelques idées hypochondriaques qui ont pour point de départ une syphilis contractée au Maroc en 1922. Malgré les résultats négatifs de l'examen du sang, il a demandé à l'hôpital Cochin une ponction lombaire. Il s'est laissé conduire volontiers à Ste-Anne parce qu'il avait peur d'avoir de l'anémie cérébrale. Il se plaint de la tête, de « tapements au sommet du crâne », il a mal aux jambes, il a mal au foie, etc...

Comme on peut s'en rendre compte, les idées délirantes sont polymorphes : idées de supériorité et de grandeur, vagues idées de persécution hypochondriaques, idées d'inventions et de réformes sociales. Il est imbu de lui-même, ne discute pas sa supériorité, il trouve que Poincaré lui en veut, mais légèrement excité, ne maintient pas longtemps cette opinion. Il est plutôt euphorique, confiant, aimable, prolixe. Les contradictions ne l'arrêtent pas, et ne provoquent aucune réaction hostile. Il leur oppose en riant, des créations imaginatives qui varient fréquemment. Il a des troubles profonds du jugement et sa bienveillante supériorité confine à cet état spécial de débilité mentale qui est pour Chaslin, la sottise. Il a cru voir dans une visiteuse, à l'Asile, Mme Poincaré qui viendrait s'intéresser à ses inventions. Son système social « mon Bleu », comme il dit, prend difficilement en France. Qu'importe, il songe à l'instaurer en Roumanie. Ses projets d'inventions sont multiples, mais les procédés techniques sont extrêmement simplistes et il emploie des termes de mécanique : turbins, magnétos, dynamos, réservoirs à air comprimé, galets, perforateurs,

©BIUM

etc., sans en connaître le sens exact et le juste emploi. A ses yeux tout deviendra automatique. Un ustensile quelconque auquel il accole le mot : automatique, devient, par cela seul, une invention nouvelle. Il modifie et perfectionne maints détails sans être capable de contrôler l'erreur de principe. Pour une minime économie de main-d'œuvre, il néglige le prix de revient d'un appareillage aux rouages multiples. Les solutions mécaniques les plus inutiles lui semblent préférables au moindre geste humain.

Il a inventé, par exemple, un système très compliqué pour amener mécaniquement des jeux de jaquet et de dames qui sont à la portée de la main.

Ce sont précisément les caractères de ce délire polymorphe qui rendent le diagnostic difficile. Il est, en effet, mobile, incohérent, contradictoire, absurde, invraisemblable. C'est sous-entendre que le fond intellectuel d'où il sort, n'est pas intact.

Nous éliminons immédiatement l'hypothèse de P. G. bien que le malade ait contracté la syphilis au Maroc. Les troubles délirants avaient déjà fait leur apparition avant cette époque. De plus, il n'existe aucun trouble de la mémoire. L'intégrité des fonctions neurologiques (absence de signes pupillaires et dysarthriques) est absolue. Toutes les réactions biologiques sont négatives.

On sait que le malade a commencé une vie aventureuse dès l'âge de 14 ans. Il a toujours été dévoré de projets, entreprenant, brouillon, il est bienveillant, euphorique; jusqu'à ces deux dernières années, il a eu l'activité d'un hypomaniaque. Ses premières inventions ont été sous la dépendance de processus imaginatifs et d'excitation psychique. Cependant, depuis deux ans, cette excitation ne se manifeste que par intervalles et dans les phases intermédiaires, les idées délirantes ont exactement le même débit, pourrait-on dire, que pendant l'exaltation. Le délire évolue à froid, sans s'accompagner d'hyperactivité. Le malade est calme. Il n'est pas irritable, son activité intellectuelle fait illusion. Une certaine monotonie qui confine à la stéréotypie est apparente dans le détail technique de ses inventions. L'élément hypomaniaque qui a pu être

©BIUM

prépondérant autrefois chez notre sujet est insuffisant aujourd'hui à expliquer le délire et sa chronicité.

Quelques tares héréditaires, un déséquilibre psychique manifeste dès l'adolescence doivent orienter les recherches vers les psychoses liées à la dégénérescence mentale.

Pour Sérieux et Capgras, il faut être obsédé et maniaque pour faire un délire de revendication. C'est, du reste, plutôt un « état morbide continu, de caractère » qu'un délire proprement dit. Il éclôt sur la constitution paranoïaque qui n'existe pas chez notre malade. Loin de trouver chez lui une idée prévalente, on trouve des idées mobiles et contradictoires. L'excitation intellectuelle n'est pas permanente comme chez les passionnels délirants. Il n'a pas de ces anomalies du sens moral qui sont si fréquentes chez le revendicant. Enfin ce dernier n'évolue jamais vers un déficit intellectuel et ce dernier point est loin d'être le fait de notre malade.

Ce que nous venons de dire nous empêche de penser que nous sommes en présence d'un persécuté-persécuteur. Il n'est pas persécuté, au contraire, il est optimiste, bienveillant et affable. Il ne croit pas qu'on lui a volé ses inventions, qu'on l'a frustré de la fortune. Il ne persécute personne. Ses démarches auprès des autorités sont anodines. Il ne les fait qu'en période d'excitation et il se contente de faire du tapage, sans chercher à tirer un avantage de ses inventions ou de ses projets sociaux. Il est assez facilement découragé, ce n'est pas un acharné. Il ne sait pas ce que c'est que la ténacité. Il est incapable de préméditer quelque chose. Il n'a enfin aucune perversion des instincts.

Ce qui est plus net, c'est que le polymorphisme des idées délirantes, le début par les idées de supériorité, les troubles grossiers du jugement indiquent un délire à évolution chronique à systématisation faible, comme il en est décrit chez les dégénérés. Mais la débilité mentale qu'il faudrait invoquer ici pour expliquer l'absurdité du délire est insuffisante à rendre compte du changement qui s'est opéré dans le comportement du malade. Sans être intelligent, il était autrefois, au point

©BIUM

de vue intellectuel, suffisamment développé pour donner satisfaction à ses patrons, notamment dans une grande imprimerie parisienne. Il avait une activité brouillonne, mais utile, adaptée. Il gagnait son existence. Depuis la guerre, au contraire, il ne cherche pas à réaliser ses inventions. Malgré la multiplicité des projets, le délire ne se développe pas, il piétine sur place. Ce malade est, la plupart du temps, inactif, inerte, incapable de faire un travail utile. A l'asile, il reste au lit. Il est incapable de construire un système cohérent. Son auto-critique est sans cesse en défaut. Il ne compte plus avec les données du réel. Il est devenu indifférent avec les siens ; il est manifeste qu'un certain fléchissement dans son activité et dans ses facultés intellectuelles a seul pu l'amener à l'état dans lequel nous le voyons aujourd'hui. Son délire, comme dit Masselon, « est plus une fixité qu'une systématisation ». Il n'éveille aucune émotion, aucune réaction intense. Aussi, tout en reconnaissant chez notre sujet un terrain indiscutable de déséquilibre psychique, nous pensons que les caractères du délire relèvent plus, actuellement, de la Démence paranoïde que de l'excitation ou de la Débilité, l'une et l'autre insuffisantes à expliquer les modifications dans le comportement général de l'individu. Ce cas est à rapprocher de celui d'un inventeur d'une machine à vapeur, présenté par MM. Colin et Mourgue à la Société Médico-psychologique (1) et au sujet duquel MM. Dide et Dupré se refusaient à porter le diagnostic de démence précoce. Il nous a paru ici que le diagnostic de démence paranoïde, d'une part, tient compte du déficit psychique constatable chez notre malade et, d'autre part, empêche d'étendre à l'infini le groupe déjà si indifférencié des psychoses dégénératives.

La Société décide de remettre à la prochaine séance la discussion de cette communication.

---

(1) COLIN et MOURGUE. — *Soc. Méd. psych.*, 23 février 1920.

©BIUM

Un cas de délire d'interprétation

Par M. CÉNAC (Service de l'Admission)

(*Présentation de malade et de documents*)

La malade que nous présentons, aujourd'hui à la Société, nous a parue intéressante par la richesse et la variété de ses interprétations délirantes. Nous nous excusons de reproduire ici sa biographie, seul moyen nous semble-t-il, de décrire l'évolution de son délire.

Voici l'histoire de cette malade :

Née à Porskoff (Russie), âgée de 36 ans, Mme C... ne présente rien de remarquable dans ses antécédents personnels et héréditaires. Elle fait la connaissance en 1909, à Pétrograd, d'un jeune homme qu'elle épouse en 1910, contre le gré de ses parents. Elle vient avec lui à Paris au mois de septembre de la même année. Il se montre dans les premiers temps de son mariage doux, attentionné travailleur. Elle ne tarde pas cependant à s'ennuyer et lui demande fréquemment de revenir en Russie, son mari lui oppose de vagues raisons d'ordre politique. Commençant à avoir des soupçons sur ses antécédents, Mme C., au cours d'une discussion, obtient de lui l'aveu d'une condamnation à trois mois de prison à Moscou pour un vol de bijoux. Quand elle l'a connu à Pétrograd, lui dit-il, il vivait grâce à une certaine somme d'argent qu'il avait également volée à bord d'un bateau de commerce.

Cet aveu, fait au mois d'août 1914, cause à notre malade un émoi compréhensible. Se trouvant isolée en pays étranger, parlant peu le Français, en désaccord avec son époux, émue par l'avance rapide des Allemands sur Paris, elle passe à cette époque des heures sombres. Les affaires commerciales entreprises par son mari sont cependant en pleine prospérité, mais M. C... délaisse de plus en plus sa femme, passe les nuits dans des lieux de plaisir et se voit bientôt obligé de lui avouer qu'il a contracté un accident spécifique (chancre de la lèvre). Négligeant sa maladie, M. C. est bientôt défiguré par des boutons autour des lèvres et son état empirant il se fait opérer par M. Morestin. Il lui reste par la suite une cicatrice vicieuse

©BIUM

obturant en partie l'orifice buccal et faisant disparaître la saillie des lèvres (ceci servira comme nous le verrons plus tard, à une interprétation délirante de la malade).

Après avoir passé quelques mois à la campagne, sur les conseils de son mari, Mme C. le surprend un soir en compagnie d'une maîtresse, elle lui reproche en termes assez vifs son inconduite, et fait une scène à cette femme. De plus en plus délaissée, elle ne tarde pas à avoir la ferme conviction que son mari veut définitivement se séparer d'elle ; tous ses actes lui paraissent sujets à caution. Elle devient d'une *méfiance extrême*. Son isolement à la campagne favorise chez elle une véritable « *rumination mentale* », c'est alors que nous voyons apparaître ses premières interprétations délirantes : Un monsieur vient un jour lui proposer d'acheter son chien : « Il a une attitude étrange et l'aspect d'un véritable policier », il essaie de la faire parler sur son mari, puis la voyant seule, lui fait quelques compliments et lui prodigue quelques consolations : « Vous êtes triste, lui dit-il, vous êtes gentille, si vous le vouliez je vous consolerais ». Elle le met à la porte, le suit et constate que disant habiter à côté d'elle, ce monsieur va prendre le train pour Paris. Elle ne doute pas que ce soit là un *guet-apens de son mari*.

Elle nous avoue pourtant conserver de l'affection pour lui, elle le revoit souvent, il paraît d'ailleurs revenir à de meilleurs sentiments à son égard et, après une scène de pardon, elle accepte de reprendre la vie commune. Elle reste cependant, le connaissant sous son véritable jour, dans un perpétuel état de méfiance, justifiée, nous dit-elle, par les agissements de son époux ; car en dépit d'une bonhommie apparente, il lui paraît maintenant bien décidé à se séparer d'elle. Il cherche de nouveau à la *compromettre*. C'est ainsi qu'il invite à dîner chez lui un ami, à qui il avait préalablement fait cadeau d'une photographie de sa femme ; il la laisse seule avec lui, et elle a le plus grand mal à rester en face de cet homme dans une prudente réserve.

Il lui fait un jour remarquer une annonce, au sujet de la vente d'une machine à écrire, paraissant l'inciter ainsi à une démarche chez le vendeur. Elle n'en a rien fait, mais le lendemain, il trouve l'occasion de lui demander le résultat de sa visite. Elle n'hésite pas alors à *mentir* « *pour savoir* » et lui répond qu'en effet elle s'est rendue

©BIUM

chez ce monsieur. Il lui demande alors l'étage qu'il habite ; continuant à mentir, elle lui répond à tout hasard « C'était au troisième ». — « Non, dit son mari, c'est au premier ». Preuve évidente à ses yeux qu'il *connaissait la maison et le monsieur.*

Son mari lui donne alors des rendez-vous à une heure avancée de la nuit et ne s'y rend pas, pour que, ne trouvant pas de moyen de communication pour rentrer chez elle, elle devienne ainsi la proie facile d'une râfle de police. Elle a, à cette époque, l'impression quand elle rentre chez elle, que son mari a caché un homme dans l'appartement, dans le seul but de la compromettre.

Il la laisse un jour sans argent, et lui laisse savoir, d'une façon désinvolte, qu'il va rendre visite à une amie, espérant ainsi la contraindre à venir le relancer chez cette dame, et l'exposer à faire une scène de jalousie. En raison du scandale, il la fera arrêter. Elle surprend le nom de cette femme prononcé par son mari pendant son sommeil (?), accompagné de déclarations enflammées. Elle en conçoit un vif dépit et reste persuadée que son mari ne dort pas et dit cela pour la rendre jalouse.

Poursuivant son plan, M. C... lui laisse soupçonner qu'il fait un commerce très rémunérateur avec les Allemands, la poussant ainsi à le dénoncer pour lui permettre à son tour de la poursuivre reconventionnellement pour fausse accusation. Elle veut l'éprouver sur ce point et fait de nombreuses commandes dans les magasins, elle constate que ces marchandises sont refusées, d'où elle conclut que son mari gagne en réalité beaucoup moins d'argent qu'il ne le dit et que l'affaire des *Allemands est inventée de toutes pièces.*

Ne parvenant pas à obtenir d'elle ce qu'il désire, c'est-à-dire un scandale qui lui permettrait de la faire expulser, connaissant, d'autre part, une femme employée dans une pharmacie, il essaie alors de *l'empoisonner.* Il l'invite un jour, à boire un apéritif dans un café réussit sous un fallacieux prétexte à l'éloigner quelques instants : elle remarque à son retour « la main de son mari qui s'attardait au-dessus de son verre *rempli en son absence* ». Elle éprouve, par la suite, des nausées et des troubles digestifs, qui l'obligent à aller demander secours chez un pharmacien. Elle ne voit pas son mari le lendemain, mais sachant qu'il devait lui rendre visite deux jours après, elle se décide à « *jouer la comédie* » : elle ferme tous

©BIUM

les volets de son appartement pour lui laisser croire qu'elle est morte, puis l'entendant monter l'escalier, ouvre brusquement la porte de l'appartement, il recule en la voyant, il est blême et ne peut que balbutier quelques propos inintelligibles en s'en allant.

Deux nouvelles tentatives d'empoisonnement ne réussissent pas. Le vin qu'elle boit lui paraît suspect. Une soupe qu'elle a donnée à son chien l'a rendu malade, pas suffisamment cependant pour qu'il meure, ce qui a ses yeux eut constitué la meilleure des preuves.

Elle exige en 1918, de faire chambre à part. Son mari demande alors le divorce, il lui reproche de répandre le bruit qu'il est syphilitique. Une scène violente avec la maîtresse de son mari la conduit devant la Chambre correctionnelle, elle est d'ailleurs acquittée.

Le procès de son divorce, les difficultés rencontrées auprès des hommes d'affaires, la perte de papiers importants vont provoquer chez notre malade une série de réactions contre ses avocats. Elle écrit une plainte au Procureur de la République lui signalant l'incurie des hommes d'affaires, une deuxième plainte contre son mari à qui elle reproche de ne pas lui servir sa pension alimentaire.

Nous la voyons alors, prédisposée par sa constitution, devenir une véritable « *processive* », multipliant ses visites et ses démarches, changeant continuellement d'avocats, harcelant les juges, ne parvenant pas à s'expliquer comment elle n'obtient pas satisfaction. Cette longue période de procédure est venue, chez elle, hâter l'évolution de son délire, enrichir ses interprétations délirantes, augmenter d'autre part l'intensité de ses réactions émotives.

Elle est alors, en 1920, dans un complet désarroi, s'imagine que son mari la fait suivre par des agents de police privée. Elle reconnaît quatre ou cinq hommes, toujours les mêmes, attachés à ses pas, et se voit obligée de faire mille détours pour les mettre en défaut.

Elle fait de la représentation commerciale d'articles pour machines à écrire et croit remarquer que son mari essaie de la desservir dans son commerce. Elle interprète le moindre fait douteux, la plus petite coïncidence : un monsieur se présente un jour et lui propose des marchandises, entre autres « *quarante boîtes de papier carbone* ». Elle a l'occasion d'apprendre, peu de temps

©BIUM

après, chez une marchande en gros, que ces articles venaient de chez elle et avaient été achetés par un monsieur blond (son mari ?) Elle va, par la suite, proposer ses services dans une autre maison et se voit commander à sa grande surprise « *quarante boîtes de papier carbone* », à un prix très inférieur au prix courant. Elle conclue immédiatement à un piège tendu par son mari pour laisser croire qu'elle vend des marchandises volées.

Parmi les policiers, acharnés sur ses pas, elle reconnaît un détective, Monsieur « *Harris* », pour avoir vu son portrait sur de nombreuses affiches. Il a, nous dit-elle, un point de ressemblance avec mon mari. (Ce détective est en réalité représenté sur ces affiches comme ne possédant pas de bouche, il voit tout, entend tout, mais ne dit jamais rien). Une association d'images s'est faite dans l'esprit de notre malade, le détective privé de sa bouche et son mari aux lèvres mutilées ne font plus qu'un dans son esprit.

Elle croit pourtant reconnaître ce détective : il se présente à elle sous divers aspects : sous les traits de clients venant acheter des objets, — prétextes ; sous ceux d'un ami venu partager son repas de nouvel an, etc., etc.

Il vient enfin, sous un nom emprunté, louer une chambre meublée dans son appartement. Il y passe à peine un mois et essaie à son tour de l'empoisonner dans les circonstances suivantes : comme elle tousse, il lui propose une drogue dans un flacon de parfum. Elle hésite, *car lui-même est enrhumé et n'en emploie pas,* elle accepte enfin, bien décidée à faire analyser ce produit. Le pharmacien lui ayant affirmé que c'est un parfum banal, elle a une fois de plus recours à un *recoupement mensonger,* elle affirme à son locataire qu'elle a fait analyser ce médicament, qu'elle a appris que c'est un poison violent, et, le voyant se troubler, elle n'hésite plus à lui donner son congé.

Un ami, avec lequel elle vit depuis quelque temps, a lui-même essayé de l'empoisonner. Elle lui reproche de lui avoir caché qu'il était marié ou qu'il vivait avec une maîtresse, en tous les cas qu'il avait un enfant, car il a acheté, un jour, deux tabliers pour une enfant de douze ans. Il a certainement une fille, elle a vu sa photographie, qu'il dit être celle d'une nièce. Vivant dans une perpétuelle angoisse, craignant d'être victime d'un empoisonnement, poursuivie par les policiers d'Harris, sa vie devient intenable, elle se livre alors à des réactions violentes. Elle

©BIUM

gifle un passant qu'elle prend pour le détective, et demande, un soir, se croyant empoisonnée, son hospitalisation d'urgence à Saint-Louis pour y recevoir les soins que nécessite son état. Elle entre à l'Admission de l'Asile Clinique peu de jours après.

Quand nous la voyons, à l'entrée dans le service, elle nous montre un dossier volumineux constitué par des articles et des dessins de journaux qu'elle estime injurieux pour sa personne. On la représente, dans un de ces dessins, sous les traits d'une vache que contemplent quatre personnages qui ne sont autres que son ami, la maîtresse de celui-ci, le policier Harris et enfin une femme qu'elle désigne successivement comme la maîtresse du policier et une ancienne amie de son mari. Ces personnages paraissent se moquer d'elle et de son embonpoint. Elle donne deux explications de ce dessin en ce qui la concerne, on a voulu faire allusion à son embonpoint, à moins que l'auteur ne se soit servi de ce symbole sachant qu'elle est née sous la constellation du Taureau (?)

On fait de fréquentes allusions, dans des articles de chronique théâtrale, à sa mort prochaine, que l'on paraît souhaiter. Dans le service, elle se plaint, au bout de quelques jours, de certaines malades qui lui paraissent suspectes, qui ont essayé également de l'empoisonner. Elle reçoit fort mal son ami en visite et a refusé dernièrement son transfert dans un asile privé, car le médecin de cette maison, qui est venu l'examiner, lui paraît être affilié à la bande Harris, envoyé de toutes façons par son mari, et bien décidé à la faire disparaître.

En résumé, cette malade, paranoïaque de par sa constitution, s'est montrée successivement jalouse, interprétante, processive.

Ses idées délirantes sont basées sur des interprétations fausses, accompagnées d'une façon épisodique par de rares hallucinaitons auditives et quelques troubles de la cœnesthésie. Son isolement, la connaissance imparfaite de notre langue, son infortune conjugale, le procès de son divorce n'ont fait qu'accentuer ses tendances constitutionnelles en provoquant chez elle une véritable « *rumination mentale* » de tous ses malheurs.

©BIUM

Le mécanisme de ses interprétations est assez varié chez elle ; nous trouvons, en effet, comme point de départ de simples coïncidences (boîtes de papier carbone), des faits réels déformés par elle pour le besoin de sa cause, elle se voit souvent obligée de faire appel à un symbolisme assez naïf pour expliquer les allusions qu'elle rencontre fréquemment dans les journaux.

Il nous paraît enfin intéressant de signaler chez cette malade « *interprétante* » devenue « *processive* » au cours du procès de son divorce la coexistence de deux constitutions qu'il est rare de rencontrer ainsi associées.

Psychose tabétique par interprétation de symptômes somatiques dûs au tabès

Par J. Roubinovitch, E. Minkowski et M. Monestier

Dans un mémoire, publié dans le numéro de mai 1923, de l'*Encéphale*, M. Targowla, en se basant sur des données bibliographiques ainsi que sur des observations personnelles, a apporté une contribution précise à l'étude du délire d'interprétations de symptômes pathologiques. L'interprétation fausse porte, dans ces cas, sur des symptômes isolés que le malade ne rattache plus à l'ensemble pathologique dont ils font partie. Il ne les rapporte plus à leur cause réelle et substitue à celle-ci une conception délirante. C'est ainsi qu'une malade d'Esquirol, atteinte de dyspnée, disait : « Je ne sais pas ce qu'il y a dans l'air, mais je ne puis respirer. Il contient du méphitisme qui m'ôte la respiration. » Des troubles mentaux, aussi bien que des troubles somatiques peuvent être l'objet de pareilles interprétations délirantes. Ces interprétations peuvent s'observer à l'occasion d'une affection entièrement indépendante de la psychopathie ; telle une hernie, attribuée par un vieillard délirant aux maléfices de son curé (Régis). Dans la plupart des cas cependant

©BIUM

les interprétations délirantes et les symptômes interprétés relèvent d'une cause commune.

Cette forme particulière d'interprétations a été décrite, depuis Pierret et Rougier, Klippel et autres, parmi les troubles mentaux liés au tabes.

Nous voudrions, dans cet ordre d'idées, rapporter une observation, paraissant particulièrement démonstrative.

S... est âgé de cinquante ans.

Antécédents héréditaires. — Une tante maternelle est morte dans un asile, après avoir été toute sa vie bizarre. Le père du malade était un homme silencieux et sévère, faisant preuve d'une certaine hypertrophie du moi; malgré sa situation fort modeste, il ne cherchait à fréquenter que des gens « très bien » et se montrait, d'une façon exagérée, intransigeant sur les questions du « bon ton ». La mère était une personne très énergique, ayant beaucoup de caractère ; grâce à elle, la famille était estimée de tout le monde.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de six ans. A onze ans, crampe des écrivains et accès de chorée de courte durée.

S... fréquente l'école primaire, est dans les premiers, obtient le prix de bonne camaraderie. Puis, jusqu'à l'âge de seize ans, fréquente l'école municipale supérieure. Dès son jeune âge, il montre beaucoup de goût pour la musique. Son père, cependant, ne veut rien savoir d'une carrière d'artiste et, pour obtempérer à son désir, S... entre dans une maison de commerce. Il finit par s'y créer une très bonne situation.

S... a été toujours très actif, voulant souvent faire trop de choses à la fois, d'un tempérament plutôt soucieux et bilieux, mais ni trop triste, ni trop gai.

Marié, il a deux enfants bien portants, âgés actuellement de 21 et 19 ans.

En 1903, S... consulte un médecin pour fatigue. Celui-ci constate une cicatrice sur le penis et diagnostique une syphilis, que le malade aurait ignorée jusque-là, n'ayant remarqué ni chancre, ni roséole. Il suit alors un traitement spécifique.

En 1909, apparition de douleurs fulgurantes violentes et de troubles de la vue. Malgré un traitement au cyanure de mercure et à l'arsenic, l'état s'aggrave et une cécité

©BIUM

complète s'installe, un an et demi après l'apparition des premiers troubles. Il se voit obligé d'abandonner son emploi, mais continue à remplir les fonctions d'organiste dans un temple.

En 1918, début de troubles ataxiques de la marche. Le traitement spécifique est appliqué systématiquement. Mais l'ataxie s'aggrave de plus en plus et finit par rendre la marche tout à fait impossible.

En mai 1923, apparition de troubles mentaux. Le médecin de la famille note à ce moment : « Etat d'excitation très accusé, loquacité formidable, insomnie, irritabilité notable, affaiblissement intellectuel certain, troubles de la mémoire, incoordination des idées, certaines idées de satisfaction et de grandeur, troubles de la moralité (le malade se met nu devant sa fille). Le malade a peut-être présenté un petit ictus ». Le diagnostic de paralysie générale est envisagé.

Vu de plus près, il présente à ce moment un état d'excitation maniaque avec fuite des idées, énorme logorrhée et sentiment de satisfaction générale. Il trouve tout merveilleux dans son entourage, parle des dons et des succès extraordinaires de ses enfants, prétend avoir recouvré la marche, veut se livrer à des exercices de rééducation pour parachever sa guérison, se laisse ainsi tomber du lit et se traîne à quatre pattes dans la chambre pour démontrer les progrès réalisés. Pas de dysarthrie, aucun signe apparent d'affaiblissement intellectuel.

Nous eûmes l'occasion d'examiner et de suivre le malade quelques mois après l'apparition des premiers troubles mentaux. Le tableau clinique s'était modifié ; il différait sensiblement de celui du début ; les caractères essentiels d'une paralysie générale faisaient défaut. Voici les troubles que nous pûmes relever.

Au point de vue neurologique, signes d'un tabès très avancé. Cécité complète. Ataxie énorme, se manifestant à l'occasion des moindres et des plus simples mouvements et réduisant le malade à un état d'impotence presque absolue. Incontinence des sphincters.

Pas de dysarthrie du tout.

Les examens de laboratoire n'ont pas pu malheureusement être pratiqués, le malade s'étant refusé à toute intervention dans ce sens.

Au point de vue psychiatrique, nous ne constatons chez lui aucun trouble de la mémoire ; il existe même peut-

©BIUM

être un certain degré d'hypermnésie. S. évoque son passé dans les moindres détails et fixe très bien les souvenirs nouveaux. Le jugement paraît intact, en dehors des interprétations délirantes, dont il sera question tout à l'heure. Le malade parle d'une façon sensée de ses affaires, de sa famille, etc. Ni euphorie, ni loquacité, ni idées de grandeur. Il se rappelle avoir été très surexcité, à un moment donné ; sa tête, nous dit-il, travaillait alors énormément sur les affaires, la musique, la composition, mais tout ceci est rentré maintenant dans l'ordre. Tous ces troubles paraissent avoir réellement disparus. Il existe, par contre, un délire d'interprétations. Voici le contenu de ce délire :

S... nous dit qu'il s'est aperçu que quelqu'un mouillait son lit. C'est un jeune soldat qui le fait ; il avait jadis très bien connu le père de ce jeune homme et il nous indique son nom et son adresse à Paris. Ce soldat est installé dans les sous-sols de la Maison de Santé, sans que personne le sache, et a tout un appareillage fort compliqué à sa disposition. Pour s'en rendre compte, il faudrait explorer les caves de St-Mandé et même pousser les recherches plus loin, dans le Bois de Vincennes, des souterrains ayant été construits ici par l'autorité militaire, pour y placer les appareils et les produits médicamenteux dont se sert le soldat en question. Il s'agit probablement de réserves constituées pendant la guerre.

A l'aide de cet appareillage, le soldat lui envoie, à travers le plancher, toutes sortes de produits chimiques, en premier lieu du salpêtre. Ce salpêtre, en traversant l'alèze qui se trouve dans son lit, s'imprègne de caoutchouc et noircit les draps. Les médecins croient qu'il gâte, mais c'est une ereur ; il ne s'agit guère de matières fécales, c'est uniquement l'alèze qui déteint sous l'influence du salpêtre. Lui d'ailleurs ne produit presque plus de déjections, en assimilant entièrement ce qu'il absorbe et en éliminant le reste par la transpiration. C'est cette transpiration abondante qui fait, entre autres, qu'on trouve si souvent ses draps mouillés. Le « type » d'en-bas lui introduit d'ailleurs également de l'eau chaude dans l'anus et peut le faire uriner, contre son gré, à l'aide de rouleaux qu'il manie.

Le salpêtre, imprégné de caoutchouc, provenant de l'alèze, ne fait pas que noircir les draps ; il va plus loin, pénètre dans son corps et le rend caoutchouté. Quand il avale, c'est tellement caoutchouté que la langue reste

©BIUM

collée au palais. Son estomac est aussi tout caoutchouté et, ces jours-ci, il a vomi pas mal de caoutchouc. Il a d'ailleurs beau expulser ce que l'autre lui envoie, ça recommence toujours à nouveau. Sous l'influence du salpêtre, les mucosités s'accumulent dans son nez et lui donnent des crises de larmes.

Il est persuadé qu'il aura à nouveau plus de souplesse et plus d'élasticité quand son corps sera débarrassé de tout ce caoutchouc. S'il est ataxique maintenant, c'est que ses membres sont trop forts et trop faibles à la fois. Ils sont trop forts au point de vue nerveux et trop faibles au point de vue musculaire. Ce qu'il dit peut paraître une hérésie, du point de vue médical, mais il sent bien que ses nerfs sont très résistants, très forts et ses muscles faibles. Cet état de son organisme est dû aux agissements du type, à la sudation à rebours qu'il lui fait subir. Parfois, les sucs gastriques essaient de sortir pour agir sur le caoutchouc et lui viennent à la bouche, il a alors la bouche pleine de salive et doit vomir.

Le soldat est en train de le « bousiller » constamment. Il lui excite les cuisses, en faisant « zin-zin » sur le coxis, puis ça monte dans la colonne vertébrale, y provoque toute une série de sensations, rappelant celles qu'on éprouve au moment du coït, pénètre enfin dans le cerveau et y forme comme une conglomération derrière l'os frontal. Le salpêtre détermine d'ailleurs également une crépitation des os.

Très souvent le malade interrompt son récit pour nous dire : « Tiens, je le sens maintenant entre les deux fesses », ou encore : « En ce moment, il est sous ma fesse droite et me soulève un peu. » Quand S..., assis sur une chaise, essaie de croiser les jambes et a peine à maintenir l'équilibre, en raison de son ataxie énorme, il s'exclame : « Le voici qui est en train de me bousiller à nouveau. » Une autre fois, S... déclare : « Il me houspille sans répit nuit et jour. Dès que je mets la main quelque part, toc, voilà l'autre qui me salpêtre. Je le sens d'ailleurs maintenant sous les fesses, il doit me trouver trop bavard. »

Les agissements du « type » ne s'arrêtent d'ailleurs pas là. Il peut facilement le soulever au-dessus du lit, de dix centimètres environ. Parfois il lui attrape le coxis ; alors, au lieu d'être en équilibre dans son lit, à plat sur le dos, il est suspendu sur le coxis. « Vous voyez d'ici comme

©BIUM

c'est agréable », ajoute S... Il lui soulève aussi la peau des fesses. Il peut aussi éclairer à son gré la chambre, sans que l'ampoule soit allumée. Il entend également tout ce que lui, S..., dit. « Il serait intéressant de savoir comment l'autre s'y prend pour arriver à tout ceci. En tous les cas, ça doit être merveilleusement agencé et, s'il avait sa vue, il aurait été heureux, par pure curiosité, de pouvoir jeter un coup d'œil sur tout cet appareillage extraordinaire. »

L'autre connaît aussi toutes ses pensées. Dès qu'il pense quelque chose, même quand il ne l'exprime pas à haute voix, l'autre le sait de suite.

Il ne le quitte pas un seul instant. Quand il se déplace, l'autre le fait également dans le sous-sol ; quand il quitte le lit et se met sur la chaise longue, l'autre change de place également, de façon à être à nouveau directement au-dessous de lui.

Il a songé à changer de chambre pour se soustraire aux agissements du soldat, mais celui-ci alors lui a dit : « C'est vraiment pas la peine, je te repêcherai partout, il me faut très peu de temps pour transporter mon appareillage. » Cependant, chez lui, à la maison, à Paris, il aurait probablement la paix, puisque l'installation souterraine ne dépasse pas St-Mandé et le Bois de Vincennes.

L'autre n'arrête pas de lui parler. C'est une voix lointaine qui lui parvient. Il chantonne, lui raconte des balivernes, tout en lui envoyant du salpêtre.

Il ne lui laisse pas, au fond, un instant de répit. C'est à se demander comment il fait pour dormir puisqu'il le « bousille » constamment, nuit et jour ; tout au plus sommeille-t-il un peu, de temps en temps, comme il le fait lui-même.

S..., un jour, nous dit que nous devons le trouver probablement « maniaque », en l'entendant raconter des choses aussi extraordinaires. Cependant, une autre fois, quand nous lui demandons s'il était sûr de ce qu'il avançait, il nous répond : « Ça m'étonne que vous puissiez en douter. » « Mais, voyons, lui objectons-nous, nous n'avons jamais vu le soldat. » « Moi non plus, riposte-t-il, mais l'état de mes draps me fournit la preuve de son existence. Comment expliquer autrement que des draps propres deviennent mouillés subitement. »

Le soldat, d'ailleurs, n'agit peut-être pas, au fond, dans une mauvaise intention. Il est chargé par l'autorité mili-

©BIUM

taire « de le mettre à la redresse », de lui faire la leçon ». L'autre se dit peut-être que c'est dans mon intérêt de souffrir, et ne pas avoir la vie trop douce. » Il ne saurait être question de mauvaise intention de sa part. Il se peut d'ailleurs aussi que le soldat l'ait pris pour un autre, pour un cocaïnomane qui se trouvait dans la chambre voisine, et qu'il avait cru de son devoir, même de son devoir de chrétien, de mettre ce toxicomane « à la redresse ». « Et puis, termine S..., n'en parlons plus. C'est peut-être une question de hasard, une question de providence que ce soit tombé sur moi, mais maintenant il n'y a rien à faire. Tant pis pour moi. »

Le tableau clinique que nous venons de retracer correspond, au point de vue syndromique, au délire d'interprétations de symptômes pathologiques, conformément aux descriptions de Pierret et Rougier, de Klippel, de Vallon et Séglas, et tout dernièrement de Targowla. Les interprétations portent sur les symptômes isolés (troubles sensoriels, incoordination motrice et incontinence des sphincters) dûs à l'affection dont est atteint le malade. Les caractères essentiels du délire nous le prouvent. En plus, bien souvent, comme nous l'avons vu, ce rapport se laisse constater d'une façon immédiate, le malade rattachant devant nous les manifestations de son impotence fonctionnelle, au moment même où celles-ci se produisent, à son système délirant.

Il semble permis, dans ces conditions, d'envisager le diagnostic de psychose tabétique par interprétations délirantes des troubles organiques, dûs au tabes, en reconnaissant à cette psychose une certaine autonomie. Pierret le premier en a parlé. Elle a été constatée le plus souvent dans le tabes amaurotique (1). C'est également le cas de notre malade.

Cette psychose diffère, par certains côtés, du délire d'interprétation classique.

Elle puise tout d'abord ses éléments — et ceci cor-

(1) A. VIGOUROUX et HERISSON-LAPARRE. — « Deux cas de délire mégalomaniaque survenus chez des tabétiques anciens ». *Soc. méd. psychol.*, novembre 1912.

©BIUM

respond à sa définition, comme nous venons de le voir — dans les troubles somatiques du tabes.

Puis nous constatons, comme l'ont fait déjà dans un cas analogue MM. Séglas et Vallon (1), la présence de troubles psychosensoriels.

Nous relevons enfin dans notre cas encore un trait particulier. L'égocentrisme et comme conséquence de celui-ci, le lien rigide que l'interprétateur persécuté établit, entre lui et son ou ses persécuteurs, font défaut ici. « Il se peut, dit notre malade, que ce soit une question de hasard que le soldat ait dirigé ses agissements contre moi. » Au fond, le « type » voulait peut-être s'en prendre à un autre et se serait simplement trompé de chambre. D'ailleurs, il est fort possible qu'en le mettant ainsi « à la redresse » il veuille lui rendre service et qu'il agisse ainsi dans une bonne intention.

Dans ces conditions, il est encore à peine permis de parler d'idées de persécution et cette particularité soulignerait encore davantage la différence entre la pathogénie du délire d'interprétation classique d'une part et l'origine des interprétations morbides de la psychose tabétique, dont il est question ici, de l'autre.

Les antécédents psychopathiques de notre malade n'ont pas pu être suffisamment précisés, pour nous permettre de nous prononcer sur la préexistence d'une constitution paranoïaque chez lui, telle qu'on la trouve dans certains cas de délire d'interprétations de symptômes pathologiques (Targowla).

Il reste encore à dire quelques mots sur la phase initiale des troubles mentaux chez S. qui, en raison de l'euphorie et d'idées mégalomaniaques, ont fait envisager le diagnostic de P. G.

Il est à peine nécessaire d'insister que ce début ne fait qu'accentuer les différences avec le délire d'interprétation ordinaire. Mais, d'autre part, il pose la question du diagnostic différentiel avec la P. G.

A l'occasion de troubles mentaux, survenant au cours du tabes, il a été, à maintes reprises, question de bouf-

(1) J. SEGLAS et Ch. VALLON. — « Tabès et délires de persécution ». *Soc. méd. psychol.*, novembre 1908.

©BIUM

fées mégalomaniaques. C'est ainsi que Pierret avait déjà dit que la « lypémanie tabétique avec délire de persécution peut se compliquer de bouffées mégalomaniaques qui, peu à peu, deviennent plus fréquentes et plus tenaces » (1). Et Vigouroux et Hérisson-Laparre (2) dans leur classification des délires, évoluant chez les tabétiques, signalent comme groupe spécial, « les bouffées délirantes intermittentes, surtout mégalomaniaques, séparées par des périodes intercalaires où la lucidité est presque complète ». Mais Pierret ajoute que ces cas aboutissent à une vraie démence. Et de la discussion qui a suivi la communication de Vigouroux et Hérisson-Laparre, il ressort nettement qu'il est à peine possible de différencier ces cas d'une P. G., en raison de leur évolution vers la démence.

Or, chez notre malade, comme nous l'avons vu, nous ne saurions parler, en dehors du délire, d'affaiblissement intellectuel proprement dit, et ceci un an après l'apparition de troubles mentaux. A ce point de vue également, notre cas ressemble au malade de MM. Seglas et Vallon, cité plus haut. Ici, après sept ans de délire, le malade « était tout au plus quelque peu affaibli, mais il n'était certainement pas un dément au sens précis de ce mot ».

Cette absence de signes démentiels, en même temps que l'absence de dysarthrie, permet d'exclure, dans notre cas, la P. G. D'autre part, jointe aux particularités indiquées plus haut, elle permet d'attribuer à la psychose tabétique par interprétations de symptômes du tabes une place à part dans la classification de troubles mentaux.

Discussion

M. Roger Dupouy. — Il n'est pas exceptionnel de voir des idées délirantes chez les tabétiques, surtout chez les amaurotiques, qui tentent d'expliquer leur cécité

(1) V. Truelle et A. Cornet. — « Troubles mentaux dans le tabès ». *Soc. médico-psych.*, décembre 1913.
(2) *L. c.*

©BIUM

et leurs douleurs fulgurantes par les maléfices d'hypothétiques persécuteurs. Il est une autre catégorie d'idées délirantes que l'on retrouve parfois chez ces mêmes malades, ce sont les idées de jalousie provoquées par la conscience de leur impuissance sexuelle. Ils acceptent difficilement que leur femme ne cherche pas avec un tiers une satisfaction qu'ils ne peuvent plus lui donner et se livrent de ce fait à toutes sortes d'interprétations, d'investigations et de menaces d'uxoricide. Et il est à remarquer que les alcooliques, classiquement enclins à la jalousie, le deviennent principalement lorsque leur imprégnation toxique a déterminé chez eux une diminution importante ou une abolition momentanée de leur capacité virile.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Je voudrais seulement rappeler le cas, observé par Garnier, d'un délirant persécuté, qui, ayant subi un ictus, l'attribuait aux manœuvres de ses persécuteurs supposés.

M. TRUELLE, Président, annonce la vacance d'une place de Membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire des séances :
M. MIGNARD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

Diagnostic et traitement des sciatiques, par Henri ROGER et G. AYMES (1 volume, 164 pages, Maloine, édit.).

Parmi les affections pouvant en imposer au médecin pour une sciatique, les auteurs, après avoir écarté les sciatiques simulées, distinguent les fausses sciatiques, comprenant des algies extra-nerveuses, d'origine osseuse, articulaire, musculaire, vasculaire et des douleurs nerveuses dépendant d'autres nerfs périphériques, d'une origine centrale ou sympathique. Ils décrivent ensuite : 1° comme *parasciatiques* celles dans lesquelles une lésion de voisinage (colonne vertébrale, petit bassin, etc.), irritant la sciatique, est le *primum movens* et la seule cause effective.

2° Comme *sciatiques symptomatiques*, celles dont la lésion réside bien dans le nerf, mais dont l'étiologie connue (infections, intoxications, dyscrasies, agents extérieurs) indique un traitement plus ou moins spécifique.

3° Enfin les *sciatiques* dites *rhumatismales* ou *essentielles*.

Avec Landouzy, on a longtemps distingué deux formes principales : sciatique névralgie et sciatique névrite. La première se caractérise par son évolution rapide, par ses paroxysmes très douloureux avec calme absolu dans l'intervalle.

La seconde a un début progressif et insidieux, mais est plus tenace, avec persistance des sensations pénibles entre les accès. La sciatique névralgie serait une forme moins grave que la sciatique névrite.

A cette division s'en est substituée une autre basée sur les étages du trajet nerveux atteints par le processus arthritique. Avec Sicard on doit distinguer les *sciatiques tronculaires* des *sciatiques funiculaires* et *radiculaires*. On peut, avec Stoeber (*La Médecine pratique*, juillet 1922 et Thèse de Strasbourg), rapporter à une plexite les sciatiques dites médianes qui sont intermédiaires entre les catégories précédentes.

©BIUM

La conception radiculaire des sciatiques hautes est basée sur les arguments suivants : dissociation entre les troubles sensitifs et moteurs qui fait rechercher la cause de la sciatique au delà du nerf, — participation d'autres racines des plexus lombo-sacrés, — algie et hypoesthésie du crural et de l'obturateur, — topographie longitudinale des troubles de la sensibilité objective correspondant aux bandes radiculaires, — atrophie musculaire, — signe de Lasègue et de Bonnet contra-latéraux plus marqués que du côté malade où ils sont réduits à leur minimum, — douleurs à la toux et à l'éternuement — lymphocytose assez fréquente du L. C. R.

A cette conception radiculaire, Sicard oppose la *théorie funiculaire* (funiculus : cordelette), désignant par ce mot la portion des racines postérieures qui s'étend entre le ganglion et le plexus sacré proprement dit. Le point intéressant de cette théorie funiculaire consiste dans la subordination de la funiculité aux altérations des tissus périfuniculaires, en particulier aux *arthrites des trous de conjugaison,* déjà admises par Forestier père et apparaissant sous l'influence du froid, du rhumatisme, de l'auto-intoxication arthritique.

La sciatique rentre ainsi dans le groupe des *névrodocites* : lésions ou irritations des nerfs consécutives aux réactions hypérostosantes fibreuses ou simplement congestives des conduits osseux ou fibreux qui les enserrent.

La seconde partie de cet excellent ouvrage est consacrée à l'étude des traitements : 1° du processus névritique ou périnévritique par la médication révulsive et l'emploi des agents physiques ;

2° thérapeutique visant une action directe sur le tronc nerveux : injections locales, superficielles, profondes, juxtanerveuses, épidurales, sacrées, lombaires ;

3° enfin, traitement symptomatique, traitement de la douleur.

M. Cénac.

L'hypertension artérielle, par Camile Lian et André Finot. Flammarion, éditeur, 1 vol., 247 pages, de la Bibliothèque des connaissances médicales.

La mesure de la tension artérielle ne peut être effectuée avec précision que par la méthode ausculto-palpatoire, la seule qui paraisse donner des résultats constants. On emploie à cet effet ou bien l'appareil de Vaquez-Laubry,

©BIUM

ou celui de Lian qui présente sur le précédent les avantages suivants :

1° Le brassard est remplacé par une bande en étoffe souple qui permet l'application sur des membres de sections tres différentes.

2° La membrane vibrante au lieu d'être fixée au brassard est maintenue par un bracelet spécial ; on évite ainsi les tâtonnements.

Il est nécessaire de palper la radiale pendant la recherche et de gonfler toujours très haut afin d'éviter le « trou auscultatoire », période silencieuse qui succède parfois à la perception des premiers bruits rythmés. Lorsqu'on découvre l'hypertension, la notion d'écart entre la tension maxima et la tension minima a plus d'importance clinique que celle de l'élévation parallèle des deux tensions qui est compatible avec un équilibre vasculaire suffisant. La convergence des tensions est, au contraire, un indice d'insuffisance cardiaque, tandis que la divergence est fonction, soit d'une insuffisance aortique, soit d'une suractivité cardiaque, soit d'une sclérose aortique.

Il y a des formes latentes de l'hypertension artérielle, mais dans la majorité des cas, elle se traduit, suivant son intensité et l'importance des lésions associées, par des troubles artériels, rénaux et cardiaques, ces derniers pouvant conduire à l'hyposystolie, l'asystolie et aux formes aiguës de l'insuffisance ventriculaire gauche : pseudo-asthme, angine de poitrine, œdème aigu du poumon.

Le syndrome hypertension — particulièrement fréquent à l'âge critique, de 45 à 55 ans — qu'il soit primitif ou secondaire à une néphrite, a des origines très diverses parmi lesquelles il faut citer surtout : la syphilis, les intoxications exogènes telles que l'alcoolisme, le saturnisme et les auto-intoxications comme la goutte et le diabète ; chez la femme, la ménopause naturelle ou artificielle.

L'action du médecin s'exercera aussi bien par la prescription d'un régime alimentaire que par l'utilisation judicieuse de la théobromine, de la digitale et de l'ouabaïne, de la saignée et des purgatifs. La médication hypotensive proprement dite (nitrite d'amyle, électricité), d'une action toute passagère, restera au second plan dans les formes chroniques. Il importera aussi de compléter le traitement par la cure hydro-minérale, bains carbo-gazeux et ingestion d'eau dans l'une des stations spécialisées comme Royat ou Vittel.

P. CARRETIE.

©BIUM

La Cinquième Réunion Neurologique Internationale Annuelle

Elle s'est tenue, comme chaque année, à la Salpêtrière, les 30 et 31 mai derniers. La sclérose en plaques était à l'ordre du jour. Les rapporteurs étaient MM. les Professeurs O. Veraguth (de Zurich) et G. Guillain.

O. Veraguth souligne l'application de tous les neurologistes à dépister cette maladie, depuis que ces symptômes nombreux, variables et polymorphes sont mieux connus. En Suisse particulièrement, la fréquence de la sclérose en plaques dépasserait celle de la syphilis nerveuse. La pathogénie en est encore inconnue ; l'anatomie pathologique, qui apporte ses témoignages en faveur d'une infection semble-t-il ne peut la préciser. La thérapeutique, en conséquence, reste impuissante à lutter efficacement contre le mal.

Guillain présente de façon nette et précise l'ensemble des derniers travaux, des acquisitions récentes, auxquels il a beaucoup contribué, avec ses élèves Marquézy et Y. Bertrand. Insistant sur l'évolution habituelle par poussées, la variabilité des groupements symptomatiques, la rareté relative du syndrome classique de Charcot, il analyse les troubles vagues du début : troubles paresthésiques, troubles oculaires, fatigabilité. Les signes pyramidaux sont variables : réflexes vifs, hyperspasmodicité, réflexe médio-pubien complet ou dissocié (G. Guillain et Alajouanine), réflexes abdominaux souvent abolis, ainsi que le réflexe du voile. Les troubles paresthésiques consistent surtout en fourmillements, troubles de la sensibilité osseuse (le diapason, perçu dès l'abord, ne l'est plus après quelques minutes d'examen). Les troubles oculaires, transitoires, sont une diplopie passagère, une amblyopie qui disparaîtra bientôt. Lagrange et Velter ont trouvé presque constamment alors une névrite rétro-bulbaire, avec atrophie du segment temporal de la papille. Le premier met en doute l'origine sinusienne, trop

©BIUM

souvent invoquée, de cette névrite, alors que le second lui conserve une grande importance. Par contre, celui-ci considère l'hippus comme un phénomène physiologique banal, tandis que le premier pense qu'un hippus marqué est un signe de fatigabilité pupillaire qui poussera le médecin à rechercher les autres signes d'une slérose en plaques possible.

Quant aux troubles psychiques, certains auteurs (Lhermitte, Targowla) les signalent comme fréquents, consistant surtout en troubles du caractère ; l'attention est troublée ; il existerait une certaine euphorie. En tous cas, H. Claude constate qu'ils tiennent une place à peu près négligeable dans le tableau de la maladie et que leur importance n'a jamais été telle qu'ils aient, par eux seuls, nécessité l'internement.

H. Claude, et après lui d'autres orateurs, insistent sur les syndromes qui pourraient égarer le diagnostic. Tour à tour les compressions médullaires, la paraplégie d'Erb (Girot et Y. Bertrand), la paralysie générale sont écartées tant par l'évolution des symptômes que par la ponction lombaire. Le lipiodol intra-rachidien suivi d'examen radiologique est précieux pour localiser une compression médullaire. Enfin les auteurs sont tous tombés d'accord pour rendre hommage, en la confirmant, à la dissociation rappelée par Guillain entre les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal. Il semble qu'à peu près constamment, et dès le début de l'affection, la réaction de Bordet-Wassermann se montrant négative, celle du benjoin colloïdal soit subpositive ou nettement positive, avec propagation vers la droite de la courbe de précipitation.

A propos de la ponction lombaire, certains auteurs signalent de l'hyperglycorachie (Souques, Etienne et Cornil). Il semble que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien au manomètre de Claude, légère d'ailleurs, soit due à ce qu'elle fut prise le malade étant vertical, la tête trop penchée en avant. H. Claude, non plus que Souques, ne l'ont constatée en opérant sur des malades couchés, la tête normalement droite.

Enfin on signale (Claude et Alajouanine, Guillain, Marquézy, Sézary, Etienne et Cornil) quelques cas de morts survenus après une phase de myélite ascendante aiguë, certains consécutifs à une ponction lombaire.

L'affection, qui débute parfois entre 10 et 20 ans, mais dont la plus grande fréquence, de beaucoup, sévit entre 20 et 40 ans, très rarement plus tard, comme l'ont montré

©BIUM

les belles statistiques de Souques, évolue sur de longues années par poussées espacées, séparées par des rétrocessions.

Encore que l'on retrouve rarement dans les antécédents des malades, une infection, une intoxication, un traumatisme qu'on puisse nettement incriminer d'un rôle favorisant, les travaux récents paraissent bien établir l'origine infectieuse qu'avait pressentie dès 1884, Pierre Marie. Les auteurs sont d'accord pour la distinguer de la syphilis, de l'encéphalite épidémique, de l'ataxie aiguë. L'origine spirochétosique n'est point démontrée, les recherches de H. Claude et Alajouanine, de Marquézy, ne leur permettent pas de rien apporter de décisif dans ce sens.

La thérapeutique spécifique n'existant pas encore, il semble qu'on ait pu donner un certain soulagement passager aux malades par un traitement anti-infectieux ; quelques résultats ont été obtenus notamment avec l'uroformine. D'une autre portée paraissent les recherches de Ch. Foix qui utilise, contre les poussées évolutives de l'affection prise à son début, le sérum de malades avancés, stabilisés. Les premiers résultats permettent d'espérer beaucoup en l'avenir de cette thérapeutique causale, qui permettrait enfin de lutter efficacement contre une affection si répandue.

H. CODET.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du Lundi 16 Juin 1924

Président : M. le Dr Toulouse

Désagrégation de la personnalité au cours d'un délire d'influence chez une dégénérée. — MM. Montassut et Cénac présentent une malade à hérédité chargée, atteinte depuis plusieurs années d'un délire d'influence. Les hallucinations auditives et visuelles sont discutables, il s'agirait surtout d'auto-représentations aperceptives. Les troubles sensoriels et psycho-moteurs sont prédominants, ils commandent le thème délirant qui traduit la désagrégation de la personnalité et les troubles de l'automatisme. Il s'agit ici d'un délire de possession amoureuse et de protection. Le léger déficit du fond mental et les réactions affectives paradoxales militent en faveur d'une évolution grave.

Tabes avec idées délirantes de négation (Service du Dr Henri Colin). — MM. Cénac et Péron présentent une malade de 47 ans, qui, au cours d'un tabes nettement caractérisé, accuse des idées de négation : elles se sont développées en quelques semaines au milieu d'un tableau d'agitation anxieuse dramatique. S'agit-il d'un début de paralysie générale chez une tabétique ? On sait la fréquence de ce syndrome mental à la phase initiale de la P. G. Ne s'agit-il pas plutôt d'un délire hypochondriaque conditionné par le fond organique de syphilis nerveuse ? L'absence d'affaiblissement intellectuel, malgré l'absurdité des idées délirantes paraît un argument en faveur de cette deuxième hypothèse.

Syphilis cérébrale, paralysie générale ou folie intermittente (Service du Dr Henri Colin). — M. P. Carrette montre un malade âgé de 43 ans qui a contracté la syphilis à 18 ans et présenté depuis 1918, cinq accès d'excitation maniaque évoluant en quelques mois, accompagnés d'euphorie, de

délire de richesse et de grandeur. Au cours des deux premiers accès, des signes somatiques de paralysie générale pouvaient être mis en évidence ; les réactions humorales étaient positives ; les derniers accès affectaient la forme d'un état confusionnel avec onirisme hallucinatoire. La formule humorale est devenue négative après les accès, soit spontanément, soit après une médication antéosyphilitique. Pendant les rémissions, le malade peut reprendre ses occupations antérieures et actuellement, il ne présente pas d'affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Il s'agit, très vraisemblablement, d'une psychose intermittente chez un syphilitique. En tous cas, on peut supposer que les accidents aigus sont susceptibles d'être améliorés par un traitement spécifique énergique.

Un cas de tumeur cérébrale avec hémiparésie droite et troubles de l'équilibre. Présentation de pièces, de préparations histologiques et de microphotographies en couleurs par M. G. NAUDASCHER.

Le diagnostic de tumeur cérébrale avait été porté au moment de l'entrée de la malade dans le service et la constatation d'une hémiparésie droite avait fait présumer une localisation dans l'hémisphère gauche.

A l'autopsie, on reconnaît que cette volumineuse tumeur, atteignant la grosseur d'une petite orange, s'est développée dans le ventricule latéral droit, elle est nettement limitée par une capsule fibreuse et elle a déprimé peu à peu la substance cérébrale sans l'envahir. L'hémisphère droit est déformé et augmenté de volume, le bulbe dévié vers la gauche présente une atrophie de la moitié gauche.

A l'examen histologique, cette tumeur est un méningoblastome angiomateux caractérisé par une élaboration abondante de tissu collagène et une vascularisation très importante susceptible d'expliquer certaines particularités de l'évolution de cette tumeur.

L'atrophie complète du noyau prépyramidal gauche que l'on observe à divers étages du bulbe et jusqu'au niveau de la protubérance est sans doute en rapport avec les troubles de l'équilibre constatés chez le malade.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MAISONS DE SANTÉ OUVERTES

Tribunal Correctionnel de la Seine, 11e Chambre. Présidence de M. LAUGIER. Jugement du 10 juillet 1924. Ministère Public c/ Dupouy, Le Noble.

10-7-24. *Loi sur les aliénés.*

Le Tribunal après avoir délibéré, conformément à la loi:

Attendu que le docteur en médecine Dupouy Roger, Charles, Edmond, qui s'était rendu acquéreur en 1912 de la maison de santé de Fontenay-sous-Bois, dite Château de Fontenay, et qui en était le directeur, vendit le 1er juillet 1920 cet établissement comportant un quartier libre et un quartier réservé aux aliénés soumis à la loi du 30 juin 1838, à Le Noble, Edouard, Auguste, Hippolyte ; qu'il conserva néanmoins la direction médicale et resta responsable à l'égard de l'administration du fonctionnement de la maison jusqu'au 24 janvier 1921, date à laquelle intervint l'arrêté de M. le Préfet de police autorisant Le Noble à tenir cette maison uniquement pour traitement des maladies nerveuses, la fermeture du quartier des aliénés ayant été antérieureent ordonnée par arrêté du 22 décembre 1920 sur sa demande ; qu'à partir du 21 janvier 1921, il exerça encore les fonctions de médecin-traitant qu'il abandonna définitivement le 1er janvier 1923.

Attendu qu'avant son départ le Parquet fut saisi de deux plaintes émanant de deux malades qui avaient été soignés dans cet établissement et qu'après enquête officieuse, une instruction fut ouverte contre le docteur Dupouy et Le Noble pour infractions à la loi du 30 juin 1838, et close par un renvoi en police correctionnelle des deux inculpés dans la double prévention d'avoir, étant chefs ou préposés responsables d'un établissement privé :

1° Admis des aliénés, placés volontairement, sans que les formalités prescrites par l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 aient été remplies ;

2° Reçu des personnes atteintes d'aliénation mentale

©BIUM

dans cet établissement consacré au traitement d'autres maladies sans qu'elles soient placées dans un local entièrement séparé.

Délits prévus et punis par les articles 5, 8 et 41 de la loi précitée.

Attendu que ces poursuites sont uniquement basées, les deux plaintes qui les avaient motivées n'ayant pas été reconnues justifiées sur :

1° Un rapport d'expertise déposé le 26 décembre 1922 par le Professeur Claude et les docteurs Truelle et Riche, experts commis par le Juge d'Instruction, conluant que la dame H., pensionnaire dans l'établissement, « est une aliénée déjà internée deux fois et n'est pas à sa place dans une maison ouverte ».

Et sur un second rapport déposé par le Docteur Truelle dont les conclusions sont les suivantes : « Qu'il lui est apparu qu'il existait à la Maison de Santé, dite Château de Fontenay, un assez grand nombre de malades que l'on peut qualifier d'aliénés, que notamment 8 d'entre eux, en raison de cette qualité ont été admis et maintenus dans des conditions irrégulières, en ce sens que leur place serait plutôt dans un établissement soumis au régime de la loi de 1838. »

Attendu que si les conclusions de ces deux experts paraissent de prime-abord établir le bien-fondé de la prévention, il s'est manifesté, par contre, au cours des débats entre les experts eux-mêmes, les témoins et les prévenus, des divergences d'opinion sur l'état mental des aliénés reconnus comme tels qui en ont sensiblement affaibli la portée ;

Qu'en effet, ne doivent être internés et considérés comme aliénés au sens donné par la loi de 1838, que les malades atteints d'aliénation mentale qui peuvent compromettre l'ordre public et qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres ; que tel est le critérium qui est généralement admis par tous ceux, juristes ou médecins, qui ont eu à statuer ou à donner leur avis sur cette question d'internement qui commande la plus grande réserve puisqu'elle touche de près aux secrets de la vie privée, et à l'honneur des familles, que les experts eux-mêmes dans leur rapport (page 32) vont jusqu'à penser que même les malades délirants ou mentalement troublés ne doivent pas être immédiatement internés, qu'ils peuvent passer dans une maison ouverte pendant un temps plus ou moins prolongé jusqu'au jour où le délire dangereux persistant, il y a lieu de prendre contre eux d'accord avec la famille des mesu-

©BIUM

res nécessaires pour leur admission dans des établissements d'aliénés.

Attendu que c'est à la lumière de ces considérations générales qui sont exposées dans les deux rapports susvisés que le Tribunal doit examiner les faits de la prévention, qu'il ressort nettement des débats qu'elles sont en contradiction avec les conclusions des dits rapports, base de la poursuite ; qu'en effet, en ce qui concerne la dame H., le Dr Truelle lui-même a reconnu à l'audience qu'elle ne devait pas être nécessairement internée bien qu'aliénée, puisqu'elle ne présentait pas un danger pour elle-même, ni pour autrui et que, d'autre part, il a démontré, si elle avait été internée deux fois, ce que la maison de Fontenay pouvait ignorer, elle avait été soignée en dernier lieu avant son admission à Fontenay, dans une autre maison ouverte ;

Que quant aux huit autres malades reconnus aliénés, par le Dr Truelle, celui-ci a déclaré encore qu'ils n'étaient pas dangereux pour eux, ni pour les autres ; qu'il est, en outre, certifié que la grande majorité d'entre eux étaient sortis guéris de l'établissement ;

Attendu que dans ces conditions le Tribunal ne saurait affirmer que les deux prévenus en connaissance de cause auraient enfreint les prescriptions de l'article 5 de la loi du 30 juin 1838 et par voie de conséquence celles de l'article 8 de la même loi.

Par ces motifs :

Renvoie Dupouy et Le Noble des fins de la poursuite sans dépens.

NOMINATIONS

M. le Dr Mignot, Médecin chef à la Maison nationale de St-Maurice (Charenton), est nommé Médecin en chef des asiles de la Seine et affecté à l'Asile de Ville-Evrard.

M. le Dr Xavier Abély, Médecin en chef à l'Asile de Braqueville est nommé Médecin chef à la Maison nationale de St-Maurice, en remplacement de M. le Dr Mignot, nommé Médecin chef à l'Asile de Ville-Evrard.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Nous recevons la lettre suivante :

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Le Ministère a été saisi par l'Office international d'hygiène publique des deux questions suivantes :

« Des observations peuvent-elles être, dès maintenant, formulées concernant les variations dans la fréquence du tabes et de la paralysie générale au cours de ces dernières années ?

« Existe-t-il un rapport entre les variations qui auraient pu être constatées touchant la fréquence de ces maladies et les méthodes actuelles de traitement de la syphilis ? »

L'Administration de l'Hygiène vous serait reconnaissante de vouloir bien lui faire parvenir, sous le timbre du Service de prophylaxie des maladies vénériennes, 4, rue St-Romain, les observations que vous pourriez avoir à lui communiquer en vue de répondre à la demande qui lui est faite. Elle vous adresse, par avance, ses remerciements.

Veuillez agréer,...

L'Inspecteur général,
chargé de la Direction du Service antivénérien,
P. FAIVRE.

ÉCOLE NATIONALE DES BEAUX-ARTS

Le Dr de Clérambault, Médecin-chef de l'Infirmerie Spéciale des Aliénés près la Préfecture de police (Paris), a inauguré, les 13 et 25 mars 1924, à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, un cours sur le Drapé Arabe.

Ce cours constitue une innovation non seulement au point de vue artistique, mais encore au point de vue anthropologique.

Le Drapé obéit à des lois mécaniques et biologiques, il reconnaît des méthodes générales et des variantes il est susceptible de classement à la façon des êtres vivants ; l'esprit que comporte son étude se trouve être ainsi exactement celui des Sciences Biologiques.

De par ces raisons, un Clinicien était spécialement qualifié pour explorer un ordre de faits, qui par sa teneur semblait devoir être réservé aux érudits (orientalistes, ethnographes, archéologues), lesquels pourtant l'ont négligé jusqu'à ce jour.

ACADÉMIE FRANÇAISE

Sous le pseudonyme de Dr Antoyne, c'est au Dr A. Rodiet, Médecin-chef de l'Asile de Ville-Evrard, que l'Académie française a décerné un des prix Montyon pour son manuscrit : « Souvenirs d'un médecin de campagne pendant la guerre ».

©BIUM

Chargé d'assurer tous les services d'assistance d'un arrondissement du centre, depuis août 1914 jusqu'en novembre 1918, le Dr Rodiet a noté, en médecin et en psychologue, les faits, les incidents, les propos des paysans, des réfugiés et ceux des permissionnaires et tout ce qui a constitué l'existence de son village pendant la guerre. Il en a fait un volume qui sera prohainement édité.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 29.610

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES



Chronique

Le Congrès de Bruxelles

(1er au 7 août 1924)

Le 28e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenu à Bruxelles du 1er au 7 août 1924, sous la présidence du docteur Glorieux, de Bruxelles, et du docteur de Massary, de Paris, assistés du docteur Anglade, de Bordeaux, comme vice-président et du professeur Ley, de Bruxelles, comme secrétaire général.

Nous la connaissions tous, la Belgique, pour y être venus avant la guerre, et nous l'aimions. Mais ce premier retour après la catastrophe dépassa en émotion tout ce que l'on avait pu imaginer. C'était en effet le dixième anniversaire du mois d'août héroïque, où la pacifique petite nation, à qui sa neutralité eût permis de n'opposer qu'une platonique protestation contre la violation de ses frontières, se dressa contre deux énormes empires formidablement armés,

©BIUM

et par son sacrifice sauva la France et la liberté du monde. Dans les étreintes qui s'échangèrent palpitait le souvenir des angoisses, des douleurs, des espérances supportées en commun. A la tendresse, à la joie, à la générosité des accueils qui nous saluèrent partout, la voix ne pouvait trouver de formules de remerciements. Et l'inclination silencieuse, que le président français M. de Massary eut la touchante inspiration de nous commander dans les ruines de la bibliothèque de Louvain, fut la meilleure réponse de nos cœurs étranglés de reconnaissance.

Grâce au dévouement incomparable de notre Secrétaire général M. Ley, grâce à la vigilance maternelle de son admirable femme, le programme qu'ils avaient composé avec le goût le plus sûr fut exécuté ponctuellement, sans effort de notre part, avec l'illusion que les choses se faisaient toutes seules. C'est que l'infatigable Mme Ley, partout présente à la fois, devançait toujours le mauvais sort, prévenant les erreurs, hâtant les retardataires, illuminant les ahuris, déridant les grincheux, conjurant la guigne des malchanceux.

Notre président belge M. Glorieux et sa charmante famille donnaient l'exemple de la cordialité empressée et agissante. Ses confrères les Titeca, les de Craene, les d'Hollander, les Verwaeck, les de Block — il faudrait les citer tous — rivalisèrent avec lui, se multipliant autour de nous, nous invitant chez eux, nous promenant dans leurs voitures, nous pilotant sans répit à travers les richesses et les beautés innombrables de leur pays, sous ce ciel des Flandres qui, par l'incessante mobilité de ses nuages bas, par la pureté de ses trop fugaces éclaircies, par le frémissement de ses ombres, semble s'approcher de l'homme pour partager ses joies et ses tristesses. Le

Ministre de la Justice, Mgr Ladeuze, recteur de l'Université de Louvain, les Municipalités, les Asiles nous régalèrent avec largesse. Ce fut un Congrès incomparable et dont a le droit d'être fier, pour la part active qu'il prit à son organisation, celui qui veille avec tant de bonheur aux destinées de nos réunions, notre Secrétaire permanent M. René Charpentier.

Bruxelles où l'on résida le plus longtemps est devenue encore plus belle, plus irrésistiblement séduisante qu'autrefois. Ses cinq années d'occupation germanique ont jeté sur la masse babylonienne de son Palais de Justice, la majesté inviolable d'un symbole. Il semblait naguère écraser la ville de l'amas de ses pierres. Il s'élance désormais d'elle, dans toute la solidité de leurs blocs, comme le Temple inébranlable de l'Equité.

Elle n'a pas de fleuve. Mais quel flot plus chatoyant et plus jaseur que celui de ses boulevards ! Les commodités d'hier et la rapidité d'aujourd'hui roulent pêle-mêle sur ses chaussées. Le cheval n'y est pas une archaïque épave. Il y fringue, nerveux sous le harnais cliquetant de berceuses calèches, ouy piaffe, en traînant de gais tonneaux de bière sur de longues charrettes. Les autos y conservent de raisonnables proportions. Celle qui a voulu se grossir en autobus est reléguée dans une rue latérale, où elle est réservée à la gent peu délicate des financiers, puisqu'elle ne dessert que la Bourse et les Gares. Les tramways, jamais complets et presque toujours à l'heure, remorquent de confortables balladeuses, dont les sièges en plein vent invitent à la promenade. Aux carrefours, des friteries ambulantes amassent les badauds autour de leur rectangle enfumé. Des agents, pleins

©BIUM

de bonhommie et gantés de blanc, soucieux de maintenir le rythme de la circulation, empêchent les embouteillages ou favorisent l'encombrement, suivant les nécessités de l'heure. Ils répondent avec politesse, ponctuant leurs explications de tapes amicales sur la poitrine de l'interlocuteur, et les émaillant de patriarcaux tutoiements.

Sur les trottoirs, une foule avenante et saine se presse ou s'attarde. Les femmes y sont gracieuses, fraîches et souvent sculpturales comme leurs mères que glorifia Rubens. Leurs toilettes sont fréquemment de la plus parisienne élégance. Affables et le cigare aux lèvres, toujours prêts à renseigner et à secourir l'étranger, les hommes y ont des boutonnières infiniment plus décorées qu'à Paris. Des devantures de toutes sortes où les victuailles se spiritualisent par l'habileté de leur arrangement. Des magasins à l'étalage aguicheur, de grands bazars où, signe de l'honnêteté foncière de la population, l'acheteur emporte lui-même son achat pour aller le payer à la caisse. Des brasseries odorantes, de vastes cafés, des bars où le tonnelet mis de champ remplace la table, des librairies, des pelleteries, enfin tout ce que l'on peut désirer.

De vieilles rues aux noms pittoresques : rues « Chair et Pain », « du Marché aux Poulets », « du Beurre », etc., gardent encore leur pittoresque d'antan. Mais c'est la Grand'Place qui, entre ses façades à arceaux, à balustrades, à clochetons, immobilise le plus de passé dans le présent, comme ses dorures emprisonnent toujours quelques rayons de soleil, même sous les nuages et sous la pluie. Le marché aux fleurs se tient sur son pavé où fleurit le souvenir, souvenir dont on sent le mieux se dégager l'arome, quand on se mêle au peuple qui, sur la table des estaminets voisins,

©BIUM

déguste, le soir venu, sa gueuse lambic ou son aigre faro. Aux nuits de clair de lune, les lampes électriques sont éteintes. L'astre est souvent sanglant, comme l'était le sol aux jours d'exécution, du temps du duc d'Albe. Alors, les silhouettes de fer dressées autour de la toiture de la Maison du Roi dansent la ronde des fantômes des glorieux décapités.

Mais partout ailleurs, la nuit n'est qu'un prétexte à la ville pour revêtir une nouvelle parure de séduction. Les devantures flamboient comme des pierreries. Et jusqu'après minuit, le promeneur peut faire les mêmes emplettes qu'en plein jour.

Bruxelles avec son luxe et son sourire, avec son travail et sa flânerie, avec ses écoles et ses plaisirs, avec ses sciences et ses arts, grâce à son enceinte réduite, est un abrégé de Paris. C'est Paris, mis à la portée de l'étreinte.

Anvers vu le dimanche, avec l'immobilité des navires, dont les mâtures bordent son fleuve désert, avec le silence de ses avenues, de ses places, de ses rues et de ses quais vides, avec la nudité de ses aristocratiques palais, a la beauté attristée d'une reine après l'abdication. La curiosité du voyageur se rattrappe sur les trésors amassés dans ses églises, dans l'hôtel Plantin-Moretus, dans ses musées.

L'aquarium de son splendide Jardin zoologique est un autre musée, consacré au génie pictural, non plus de l'homme, mais de la nature. Les vitrines se détachent comme autant de tableaux sur la cimaise obscure, où sont exposées, dans toute l'infinie variété de leurs nuances, dans toute la perfection de leurs formes, dans toute la complexité de leurs mouvements, les plus beaux spécimens de la faune des eaux. Au bout d'un pédicule de nacre et de corail, des actinies

©BIUM

mystérieuses épanouissent leurs poils irisés. Un hippocampe, moulé dans un maillot rouge strié de noir, ébahit de ses tours de trapèze, tout un cirque de cyprins dorés qui béent d'admiration en le regardant de leurs gros yeux écailleux. Une procession de crabes en cagoule pourpre gravit de guingois un calvaire de rochers. Des homards, les pinces prudemment tâtonnantes et la queue détendue à contre sens, s'exercent à la marche en avant. Des poissons-chats au pelage moiré, les moustaches en antennes, volent dans le branchage d'un arbre glauque. Une raie grise avance lourdement par un déhanchement de ses ailes ocellées, comme un aéroplane qui ne peut se détacher d'un sol bosselé. On dirait les diableries de Breughel, qu'un malin génie a soudain animées. Dans la pénombre de la salle, je cherche, parmi mes compagnons, le saint Antoine et les jolies tentatrices qui manquent à la scène... et je les trouve.

Louvain ville martyre ! La châsse orfévrée de son Hôtel de Ville réclamait d'immenses reliques. L'engeance des bourreaux qui, à Cologne, massacrèrent sainte Ursule et ses onze mille vierges vint les lui donner. Comme du sang sur une échine, une balafre de minium luisait sur la toiture de la cathédrale, en réparation le jour de notre passage. Miraculeusement ressuscitées dans leur forme première, mais un peu agrandies et avec sur le linteau des portes la minuscule gravure d'une torche et d'une épée, les maisons de l'holocauste portent les stigmates de leur passion. Et « le Grisou » de Constantin Meunier, sublime figuration de la douleur, a trouvé au milieu d'elles un cadre digne de lui.

Par ailleurs, Louvain a toujours sa mine studieuse. La gravité de ses séminaires d'où sortirent tant de

hardis penseurs, tant de féconds écrivains, est la même. Les mails ombragés de ses anciens remparts invitent aux mêmes déambulations méditatives. Juste Lippe sur son socle y est toujours austère. Bientôt sera reconstruite sa savante Université, dont le sacrilège incendie n'a pas tari les sources, comme nous le prouvèrent les visites du Service psychiatrique du professeur d'Hollander à la prison et du Laboratoire de psychologie du professeur Michotte.

Malines, cité de l'âme, nous accueillit à la fin de l'après-midi du 4 août, à notre retour de la ville de l'intelligence. Sa pieuse rivière coulant sans bruit entre de vieilles murailles, élève deux fois par jour, sous le flux de la mer pourtant lointaine, la prière de son flot sombre où se reflètent la tuile éteinte des églises et la verdure d'un lierre vétuste. Une foule peu bruyante anime son pavé inégal, ou s'arrête devant la discrète somptuosité des dentelles qui pendent aux vitrines. De ses carrefours, où sur la charpente des façades s'agenouillent d'antiques sculptures, monte une atmosphère de recueillement. Et derrière les fragiles maisons de la Grand'Place, dominant leurs toits à lucarnes, robuste et vigilante dans la sobriété de son architecture, la tour de St-Rombaut dresse sa masse grise et l'œil noir de son cadran cerné d'or, dans le ciel bleu.

Mgr Mercier, malgré le mauvais état de sa santé, voulut bien nous faire l'insigne honneur d'une réception. Le grand cardinal nous reçut en soutane et camail noirs liserés de rouge, à demi étendu sur une chaise longue, où l'immobilité des jambes douloureuses laissait au reste du corps toute son élégante souplesse. Nous défilâmes devant lui, saisissant avec respect dans la nôtre sa blanche

©BIUM

main baguée d'améthyste, recueillant avec piété le regard d'infinie bonté qui éclairait l'arcade broussailleuse de ses orbites. Plusieurs centaines de fois, il renouvela son salut, le variant toujours d'une nuance plus paternelle, plus compatissante, plus grave, plus simple ou même plus chevaleresque, selon l'âge et le sexe ou le caractère et les besoins qu'il découvrait sur l'arrivant. A l'observer, on constatait l'abîme qui sépare la stéréotypie machinale de l'opportune répétition.

De cette tête fine, où la courbe fortement aquiline du nez unit le profil d'une bouche mince et d'un menton accusé, à la longue ligne d'un front que découvre encore une chevelure restée presque noire, de ces gestes francs et précis, de toute cette personnalité élancée, se dégage une impression d'énergie, d'intelligence et de grandeur. Non pas une de ces grandeurs altières qui figent nos humilités en de stériles prosternations, mais une grandeur essentiellement secourable et féconde, qui élève nos petitesses et nous inspire des actions de beaucoup supérieures à nos pauvres moyens.

De son salon nous gagnâmes le jardin, qui fut le seul coin d'air libre permis à ses pas pendant sa dure captivité. Et là, les yeux fixés sur la tour sonore, heureusement isolés les uns des autres par le silence bienfaisant de l'attente, nous assistâmes à la descente de la Nuit sur la Belgique. Elle descendit avec lenteur ; comme le veut la saison ; comme elle était descendue juste dix ans plutôt, quand pour la première fois, elle apporta la trêve de son ombre et de sa fraîcheur à l'œuvre de souffrance et de mort qui ne devait finir qu'après avoir, durant tant d'années, ensanglanté la terre et l'océan.

La ferveur de nos visages levés vers le ciel, d'où

s'égouttait l'averse harmonieuse, accentuait l'élément sacré du concert. Peu à peu, à l'invisible artiste Jef Denyn frappant l'airain avec une si incomparable maîtrise, se substituaient pour nous les anges diaphanes, aux ailes longues et grêles, admirés la veille à Anvers sur le triptyque de Roger Van der Weyden. Mais souvent le tocsin de 1914 couvrait la symphonie de son lugubre branle-bas. Et le sable des allées ténébreuses criait sous la marche solitaire du saint captif, préparant sa pastorale de Noël et lançant cet appel « à tout ce qui est pur, à tout ce qui est vrai », qui rallia l'humanité contre la barbarie.

Bruges a traversé la guerre et les années sans aucune nouvelle égratignure à sa somnolente vénusté, autorisant tous les rêves d'espérance. Non, Bruges n'est pas morte, elle n'est qu'endormie. Du fond de sa lagune, où l'a plongée un charme, ce n'est que son reflet qui émerge sur les rives. Des cygnes initiés veillent sur son sommeil. Mais un jour, les carillons de ses clochers, brisant de leur argentine mitraille le cristal de sa prison, rompront l'enchantement. Assagi par l'expérience de sa postérité, le duc Charles se lèvera, reprenant ses munificences, mais abjurant sa témérité. Et Bruges surgira dans sa vivante splendeur, pour un avenir de paix et de prospérité.

Rigide et rectangulaire, longé de routes poudreuses et de prosaïques murs, son « Lac d'Amour », malgré son nom, n'évoque guère plus de galanterie que le bassin sans fantaisie d'un quartier suburbain. Mais le vieux béguinage qui s'y mire, où tant de douces filles trop peu dotées pour le mariage, trop peu dévotes pour le couvent, vinrent ensevelir leur vertueuse beauté, nous donne la clef du mystère de

©BIUM

cette appellation. Ses eaux froides et silencieuses, où la mélancolie de leur renoncement a si souvent songé, ont éteint tant de flammes dans l'étincelle, qu'il est vraiment le lac-cimetière de l'irréalisable amour.

Gand, ce gant dont jamais le velours ne voulut adoucir le poing de fer ! le Gand des Artvelde ! le Gand flamingant ! a toujours la même captivante âpreté. Ses monuments ont une architecture de forteresse, mais de si précieuses collections. Un canon est braqué sur sa cathédrale, mais des guirlandes de fleurs embaument sa gare et ses carrefours. On y trafique et on y pense. Une active batellerie glisse sous ses ponts, devant les pignons séculaires de ses quais. Et la flamboyante cuivrerie des jarres, que traînent des attelages de chiens, sous la conduite d'accortes laitières, remplit toujours de son joyeux tintamarre ses rues et ses marchés.

L'Ardenne fut le but de l'excursion finale. Par une pluie serrée et sous la noirceur d'un ciel inexorable, sur lequel la fumée des usines de la ville tentaculaire peignait de blancs panaches, nous quittâmes Liège vers les 9 heures. Précautionneusement rejetés à l'intérieur de l'autocar et les pupilles dilatées sous la longue visière de sa capote ruisselante, nous tâchions de percer la brume où nous roulions. Souvent elle parut s'éclaircir, mais jamais suffisamment pour découvrir les échappées panoramiques sur les vallées dont nous gravissions les pentes. On remonta l'Ourthe limoneuse, on traversa l'Amblève débordante, on avança vers la source de la Lienne murmurante, en s'enfonçant de plus en plus dans « la sombre et formidable Ardenne » du Moyen Age, où les quatre fils Aymond n'osaient pénétrer qu'ensemble, montés sur leur même cheval Bayard.

©BIUM

Une végétation maigre, toute perlée de gouttes d'eau, des forêts aux arbres de taille ordinaire, mais aux halliers touffus, des routes monotones et vides avec, de très loin en très loin, une ou deux maisons solitaires. Les moellons mousseux de leurs murs non crépis, la pente abrupte de l'ardoise mouillée des toits, la nudité des fenêtres sans volets et même parfois sans rideaux, la rusticité du tonneau où la gouttière rouillée vomit son jet, l'inhospitalité de la porte fermée contre le vent donnent une impression de rudesse et presque de sauvagerie. Poutant, l'armature en planches qui protège la cage du pinson accrochée sur la façade et la couverture attachée sur le flanc des vaches, qui paissent sous le mauvais temps, prouvent la bonté du cœur des habitants. Rares sont ceux que l'on rencontre. Parfois, une paysanne, la jupe extérieure relevée sur la tête, trait en plein champ une de ses bêtes sous la pluie ; ou bien apparaît un homme avec dans le dos, suspendue aux bâtons qu'il maintient de chaque main sur ses épaules, une hotte d'osier. Autour des villages, où le fumier fume dans le brouillard, quelques carrés de pommes de terre, de choux ou de maigres céréales.

Vers les midi, on atteignit le vaste plateau de terres cultivées, qui se creuse sans grande profondeur, portant à mi-flanc sur son rebord les grises constructions de l'asile de Lierneux. Il ne pleuvait plus. Mais la déroute des nuages accrochant la cime des arbres nous pénétrait d'une automnale humidité et ratatinait les javelles rabougries de la moisson étendue sous nos yeux. Aussi se pressa-t-on avec reconnaissance autour des radiateurs que le directeur de l'asile, notre confrère Massaut, avait eu la délicate attention d'allumer. Après un lunch aussi excellent que copieux et l'instructive visite de ces pavillons qui, à

©BIUM

des dizaines de lieues de toute ville, offrent aux malades le plus nouveau confort, on remonta en voiture, et les écluses célestes reprirent leurs cataractes.

On traversa de hautes plaines, quelques landes de bruyères, des pâturages vallonnés. On dévala le long de sapinières fourrées de fougères et de myrtilles. Dans un cirque aux pentes noires, la cascade de Coo, réduction de la chute du Rhin, nous vaporisa de sa bouillonnante écume. Puis la forêt se transforma en parc. Son branchage se régularisa et se balança mollement comme de multiples palmes. Nous arrivions à SPA, où le soleil nous attendait. Après un rapide coup d'œil sur le château de Neubois, siège de l'état-major allemand pendant la guerre, et dont les propriétaires nous firent aimablement les honneurs, on repartit en brûlant hélas la coquette et fraîche station. On descendit les méandres d'une grosse rivière jalonnée sur ses deux bords de pics et de ruines carlovingiennes, comme les burgs rhénans. Enfin par de fumeux faubourgs, on gagna le splendide amphithéâtre où, dans le cercle verdoyant de ses collines escarpées, entre les cônes immenses des scories amoncelées par ses usines, LIÈGE étale les somptuosités et la misère de sa florissante industrie : des palais et des corons, des avenues opulentes à piste cavalière et des chemins gluants de boue charbonneuse, des parcs touffus et d'arides forêts de cheminées, deux larges cours d'eaux sillonnés de péniches et de yachts. Dans la rue et les tramways, à la terrasse des cafés et le long des quais, sous les arbres des boulevards, partout le coudoiement joyeux d'une population laborieuse et vive, à laquelle malheureusement on n'eut pas assez le temps de se mêler. Et c'est autour d'un magnifique banquet, généreusement offert par la députation de

cette Wallonie qui pense et qui vibre toujours à l'unisson de la France, que fut clôturé le Congrès.

GHEEL, berceau mystique de l'assistance psychiatrique en Europe, NAMUR la glorieuse, BEAUVALLON, modèle des plus modernes asiles, furent encore visités, sans qu'il m'ait été possible, malheureusement, d'y accompagner les congressistes.

Nous revenons donc de ce pays où le sol est si riche, où le peuple a édifié tant d'œuvres d'une impérissable beauté, chargés des plus émouvants souvenirs. Mais de tous ces monuments, il en est deux qui gardent le premier rang dans notre mémoire, parce que le plus révélateurs de l'âme de ses habibitants, telle que nous venons de la sentir frémir, telle que le monde l'a vue agir. Ce sont ceux que rencontrent nos futurs confrères, les étudiants en médecine de Bruxelles, lorsqu'ils remontent du boulevard au logis de verdure qu'on leur a ménagé en pleine ville, sous les pampres pleureurs de la vigne vierge du palais d'Egmont. C'est la statue de Gabrielle Petit, modeste dactylo de vingt ans à peine, que les balles allemandes envoyèrent dans la mort, rejoindre le fiancé qu'elle avait suivi dans la gloire du combat pour la liberté. Et c'est le groupe des comtes d'Egmont et de Hornes, ces deux grands de la terre, vaincus, mais non soumis, marchant à l'échafaud sans désserrer l'étreinte qui avait uni leurs vies. Ces figures nous rappellent que chez le plébéien et chez le patricien, dans le cœur de la femme et dans celui de l'homme, aujourd'hui comme hier, l'idéal en Belgigue est la première raison de vivre et le plus solide lien d'affection. Elles montrent pourquoi l'on doit aimer, et comme il faut mourir. Français, combien nous sommes fiers de posséder de tels amis !

Paul COURBON.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 JUILLET 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Beaudouin et Brousseau, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 30 juin 1924.

M. Henri Colin, secrétaire général : La correspondance imprimée comprend un ouvrage de MM. Raymond Moussu et L. Marchand, intitulé : *Encéphalite enzootique du cheval,* dont les auteurs font hommage à la Société.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mme Berryer née Legrand du Saulle rappelant les cérémonies qui ont eu lieu dernièrement à Dijon, en l'honneur de son père, et demandant que son éloge soit prononcé devant la Société ainsi que cela avait été proposé au moment de la mort de notre président de 1880, hommage que la famille avait décliné à l'époque par égards pour la veuve de notre éminent collègue.

Je n'ai pas manqué de signaler dans les *Annales Médico-Psychologiques* (n° d'avril 1924) l'hommage rendu à Legrand du Saulle par sa ville natale. Le bureau se réunira, si vous le voulez bien, pour étudier la façon dont la Société pourrait répondre au désir exprimé par Mme Berryer (adopté).

une lettre de M. René Charpentier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

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

une lettre de M. Paul Abély qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

©BIUM

une lettre de M. J. Lautier qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

une lettre de M. Guiraud qui pose sa candidature au titre de membre titulaire ;

une lettre de M. Logre, qui pose sa candidature au titre de membre titulaire.

Une commission est nommée, composée de MM. Séglas, Arnaud, Mignard, rapporteur, pour établir un rapport sur les candidatures au siège vacant de Membre titulaire.

Rapport de candidature

M. BARBÉ. — Messieurs, vous avez nommé, au cours de votre précédente séance, une commission composée de MM. Séglas, Capgras et Barbé, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Deron, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

M. René Deron n'est pas inconnu pour vous, puisque vos suffrages lui ont déjà donné l'une des plus hautes récompenses de la Société Médico-psychologique : je veux parler du Prix Aubanel. Cette distinction méritée lui fut octroyée pour un travail aussi important que consciencieux sur les états maniaques et dont je ne pourrais donner ici qu'un faible aperçu. Je n'entreprendrai donc pas de vous en faire une analyse, même succincte, car elle dépasserait forcément les limites d'un simple rapport, ou bien serait incomplète. C'est ainsi qu'après des considérations générales et un parallèle entre la médecine générale et la médecine mentale, M. Deron étudie successivement les troubles du psychisme élémentaire, les troubles d'utilisation, rêverie vécue ou délire, les techniques d'expression, l'activité et la conduite, les signes physiques. Dans ce travail, tout imprégné des idées de notre commun maître, M. Séglas, l'auteur fait œuvre de clinicien, expert et avisé, car il joint à l'ordre et à la méthode, des faits d'observation qui démontrent de sa part un grand sens clinique.

L'étude des états maniaques était, d'ailleurs, pour

©BIUM

M. Deron, un sujet de prédilection : en effet, dans sa thèse de doctorat, consacrée à l'étude clinique du syndrome manie, cet auteur, après avoir fait la critique de la symptomatologie attribuée par les classiques à la manie et avoir montré ce qu'il y a de superficiel dans certaines conceptions des états mixtes de la psychose maniaque-dépressive, propose d'élargir le cadre de la manie, de modifier sa description en y adjoignant d'autres symptômes (par exemple, la fuite des émotions sans euphorie et même l'indifférence : les cris, les vociférations et même le mutisme; les hallucinations, les grimaces, la gesticulation sans but, les niches, les stéréotypies, la catatonie, les impulsions et même l'inertie). D'autres considérations, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici, font, à mon avis, de ce travail, une excellente mise au point de cette question, toujours à l'ordre du jour en psychiatrie.

Les titres universitaires de M. Deron sont à la hauteur de ses travaux scientifiques; après avoir été externe des hôpitaux et préparateur au Laboratoire d'Histologie de la Faculté de Médecine, il a été nommé successivement interne des Asiles de la Seine, interne provisoire et interne titulaire des Hôpitaux ; sa thèse, dont je vous ai parlé brièvement tout à l'heure, lui a valu le titre de lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Lorquet, 1923).

Si j'ajoute à cela que M. Deron a été grièvement blessé au début de la guerre, et qu'il a assuré, par la suite, la direction d'un sous-centre de neuro-psychiatrie, je crois que son nom se recommande à vos suffrages et qu'il est digne à tous les points de vue d'avoir accès au sein de cette assemblée.

Election. — M. le Dr Deron est élu Membre correspondant de la Société à l'unanimité de 19 suffrages exprimés.

©BIUM

Sur un nouveau cas d'état de mal mortel au cours du traitement par le gardénal

Par M. TRÉNEL

Le fait que nous présentons aujourd'hui s'ajoute aux cas que nous avons relatés dans notre récente communication sur ce sujet.

A. Vve R. (N° 15.391) entrée à l'Asile de Villejuif le 6 janvier 1915 à l'âge de 60 ans à la suite d'une tentative de suicide par défénestration dans un raptus anxieux. Après une courte période d'obnubilation intellectuelle, elle se montre calme, ordonnée, ne présentant qu'un léger affaiblissement intellectuel.

Depuis son entrée elle présente des vertiges épileptiques au nombre de 4 à 8 par mois. Elle fut mise par M. Toulouse au traitement bromuré (sans hypochloruration). Le tableau suivant donne le relevé de ses crises (1).

	Accès	*Vertiges*
	—	—
Traitement par le K. Br.		
1915	»	11
1916	1	16
1917	»	35
1918	1 + 17	30
(Etat de mal le 3 septembre).		
1919	»	49
1920	»	36
1921	»	21
1922 : janvier à juillet	»	22
— juillet à décembre, gardénal	»	8 + 24
(Etat de mal le 8 octobre).		
1923	»	6
1924 : Mort par état de mal en juillet.	»	3

On voit d'après ce tableau :

1° L'action nettement favorable du gardénal, le nombre des vertiges tombant à 6 en 1923.

(1) L'observation jusqu'en 1921 est donnée d'après le relevé que nous a laissé M. le Dr Toulouse en nous transmettant son service.

©BIUM

2° La prédisposition à des états de mal, ou plus exactement à la subintrance paroxystique des accès. La malade a eu un de ces paroxysmes sans perte de connaissance en sept. 1918 au cours du traitement bromuré.

3° Un paroxysme semblable survenant en octobre 1922 à la suite de la réduction à 0,10 centigr. de la dose quotidienne de gardénal (24 accès ; T. 39°).

4° La mort survenant en 48 heures en hyperthermie (40°) dans un état de mal au cours du traitement par le gardénal.

La malade resta dans un état convulsif continu généralisé qui ne céda qu'au chloral en lavement à la dose de 3 gr.

La ponction lombaire donna un liquide teinté de sang.

Nous noterons comme particularité intéressante, des fractures multiples traduisant évidemment une fragilité osseuse essentielle :

Fracture du col fémoral droit le 1er août 1916.

Fracture de l'avant-bras droit le 9 oct. 1918.

Fracture du col anatomique de l'humérus droit le 23 mai 1922.

Fracture du col fémoral gauche, le 8 avril 1923.

Autopsie. — *Méninges :* Petites plaques de pachyméningite hémorragique ancienne de la fosse cérébrale postérieure, quelques suffusions récentes en ce même point.

Cerveau : 1.050 gr. Atrophie légère généralisée prédominant aux lobes frontaux. Pas d'athérome des artères de la base.

A la coupe, lacune ancienne constituant un kyste occupant les 3/4 postérieurs du noyau lenticulaire droit sans empiéter sur la capsule interne.

Cervelet et bulbe : 150 gr. d'aspect normal.

Cœur : 280 gr. Un peu dilaté sans lésions valvulaires, pas d'athérome aortique.

Poumons : adhérences anciennes des sommets, pas de tubercules. Poumon gauche atélectasié à la base. Poumon droit présentant un notable œdème pulmonaire. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Foie : 1.125 gr. Aspect normal : gros calcul enchatonné.

Rate : 135 gr. Diffluente.

Rein droit : 105 gr. notablement atrophié.

Rein gauche : 150 gr. aspect normal.

C. Thyroïde : 25 gr. Petit, dur à la coupe.

Pancréas : 100 gr. Ferme à la coupe.

C. Surrénales : cadavérisées.

L'examen histologique n'a pu utilement être fait d'une

façon complète en raison du mauvais état de conservation des organes déjà touchés par la putréfaction. Le cerveau quoique formolisé n'a donné que de mauvaises colorations. Néanmoins on peut constater par la méthode de Nissl que les cellules ne présentent pas de grosses modifications, les granulations sont — autant qu'on peut s'en rendre compte — bien conservées dans toutes les couches, les figures de neurophagie ne sont pas plus fréquentes qu'il n'est habituel de le voir dans le cerveau des vieillards. L'architectonique n'est pas modifiée.

Les fibres tangentielles (par la méthode de Spielmeyer) sont raréfiées.

Ce qu'il y a de plus remarquable est une *abondance énorme de corps amylacés* se caractérisant par la réaction de l'iode. La zone marginale de l'écorce en est bourrée d'une façon continue (examen portant sur 3 prélèvements de la région frontale et de la pariétale ascendante) ; ces corps forment une bordure continue à la surface des circonvolutions, produisant par place de véritables amas surtout au fond des sillons. Le même aspect se retrouve au niveau du plancher du 4e ventricule où, en particulier, la zone correspondante au noyau du pneumo-gastrique en est littéralement farcie des deux côtés.

La pie-mère est un peu épaissie et ne présente que de rares lymphocytes disséminés. Congestion cérébrale généralisée, très marquée au niveau du bulbe.

Aspect légèrement vitreux des fins vaisseaux ; parfois la gaine périvasculaire est dilatée et contient quelques corpuscules ocreux irréguliers, produits de désintégration.

Il n'y a pas de dégénération descendante des pyramides constatable (par la méthode de Spielmeyer).

Le foie, autant qu'on peut s'en rendre compte, ne présente pas de lésion notable.

Cette autopsie est donc à peu près négative.

La petite hémorragie méningée, phénomène terminal, explique l'aspect hémorragique du liquide céphalo-rachidien.

Au moment du paroxysme convulsif en 1922, il y a des probabilités pour que la malade soit parvenue à ne pas absorber régulièrement les comprimés de gardénal dont la dose avait été d'ailleurs réduite à titre d'essai à 0,10 centig. par jour depuis un mois. Elle fut dès lors très surveillée, et il ne semble pas que l'état de mal qui fut mortel fût imputable à une priva-

©BIUM

tion volontaire de médicament. Pour en avoir la certitude, il serait nécessaire dans de tels cas de rechercher la présence du gardénal dans les urines. Cette recherche ne put être faite dans le cas actuel la malade ayant une incontinence continue.

La recherche du gardénal nécessite une quantité notable d'urine, car il ne peut être décelé par une simple réaction analytique. Il est nécessaire de l'extraire de l'urine pour le caractériser ensuite. Or il ne paraît s'éliminer en nature qu'en petite quantité. La complication de cette recherche nous a empêché aussi, dans le cas présent, de donner suite à l'idée d'en vérifier la présence dans le foie et le cerveau (1).

Il faut évidemment qu'il n'y ait pas de doute sur la prise régulière du médicament par le malade, pour accorder aux faits tels que celui-ci leur véritable valeur.

D'ailleurs de tels faits n'infirment en aucune façon la haute valeur thérapeutique du gardénal. Aucune médication ne met les épileptiques à l'abri de l'état de mal dont la pathogénie est restée jusqu'ici si obscure.

Discussion

M. Toulouse. — L'état de mal survenant au cours du traitement n'est pas particulier au gardénal. Nous avons pu l'observer dans le cours du traitement Bromuré, même lorsqu'était jointe à ce traitement la méthode d'hyperchloruration. Chez certains malades, de tels accidents suivaient la diminution, même très légère de la dose de Bromure, tandis qu'apparaissaient les accidents du Bromisme dès qu'on l'augmentait tant soit peu. Pour le traitement de l'état de mal, on se trouve bien de l'emploi de doses massives et fractionnées de Bromure, dès le début. En donnant un gramme toutes les trois heures, soit huit grammes par jour, on arrive, le plus souvent, à l'enrayer.

---

(1) Nous remercions ici M. Valeur, professeur agrégé à la Faculté de Pharmacie, pharmacien en chef de l'asile de Villejuif, des renseignements qu'il nous a obligeamment donnés sur le sujet, et des recherches qu'il a bien voulu faire pour vérifier l'élimination du gardénal.

M. H. COLIN. — Il faut cependant observer que dans bien des cas de ce genre il est impossible, dès le début de l'état de mal, de faire absorber quoi que ce soit au malade par la bouche. Il est alors indiqué d'avoir recours au lavement médicamenteux contenant une dose élevée, jusqu'à seize ou vingt grammes de Bromure.

M. TOULOUSE. — L'administration du médicament par la voie buccale, lorsqu'elle est possible, a l'avantage de permettre le fractionnement des doses.

M. MARIE. — Je rappelle l'usage bienfaisant, contre l'état de mal, des injections massives de sérum bromuré, que M. Briand, notamment, a beaucoup employées. La notion des accidents dus à la suppression brusque du gardénal est bien établie.

M. RAFFEGEAU. — Au sujet de l'intéressante communication de M. Trénel, je demanderai la permission de faire quelques observations :

Depuis le jour où j'ai commencé à me servir du Luminal, c'est-à-dire depuis dix ans, j'ai vu de 400 à 500 Epileptiques et j'en ai suivi d'assez près environ deux cents. Eh bien, je dois déclarer que je n'ai jamais enregistré aucun accident dû au traitement : à peine ai-je constaté une ou deux fois un peu de roséole au début. Mais j'ajoute que je n'ai jamais dépassé la dose de 0,30 et que je me contente souvent de 0,20.

Depuis qu'il est entré en France dans la pratique courante, le Luminal, et je m'en fais un peu gloire, a évité des crises par milliers et par centaines de milliers, empêchant ainsi un grand nombre de malades de s'acheminer vers l'abrutissement et le gâtisme et transformant, au contraire, maint quartier d'asile autrefois si impressionnant en quartier tranquille, en quartier où les malades travaillent, et ne sont plus une charge pour la société.

A vrai dire, il faut savoir manier le Luminal, et plutôt que de dépasser la dose de 0,30, il vaut mieux l'associer à une préparation bromurée comme le sédobrol, par exemple.

Le Luminal étant un médicament suspensif, il est indiqué d'en continuer l'usage de façon ininterrompue,

©BIUM

mais mon expérience m'a démontré, qu'au bout de très peu de temps, si les crises ont cessé, on peut réduire la dose de moitié et même davantage. Un de mes clients qui tombait fréquemment autrefois et n'a jamais eu de crise, depuis son premier comprimé de Luminal, c'est-à-dire depuis quatre ans, ne prend plus aujourd'hui que cinq centig. par jour, au lieu de 0,20, et cette faible dose suffit à lui éviter tout malaise. J'ai appliqué la même méthode à beaucoup d'autres clients et plusieurs ont même cessé tout à fait de prendre du Luminal, et n'ont plus de crises.

Le Luminal est donc un médicament merveilleux, qui, au premier comprimé de 0,10, arrête les crises chez des malades atteints depuis plus de 20 ans. J'en ai encore eu la preuve dernièrement chez un industriel du Nord, qui est venu me consulter pour des crises assez fréquentes qui lui rendaient la vie insupportable. Comme je le voyais assez nerveux dans mon cabinet, je lui donnai avant de le laisser partir, un comprimé de Luminal de 0,10, et voici la lettre que je reçus quelque temps après; je ne résiste pas au plaisir de vous la lire :

« MONSIEUR,

« Ainsi qu'il a été convenu entre nous lors de la visite que je vous ai faite et de la consultation que vous m'avez donnée, j'ai l'honneur de vous donner de mes nouvelles. Elles sont bonnes, très bonnes, et dépassent de beaucoup mes espérances. La date la plus mauvaise pour moi était généralement, et depuis un certain temps, les tout premiers jours du mois qui m'annonçaient une crise. Ils sont passés et je n'ai ressenti aucun malaise.

« Laissez-moi vous dire toute ma joie et toute ma reconnaissance de pouvoir à nouveau goûter au bonheur de vivre et apporter à mon foyer toutes les satisfactions qui, sans la santé, ne peuvent être obtenues.

« Je n'ai plus de ces moments d'énervement, d'impatience, d'irritabilité extrême et tous les membres de ma famille ont constaté chez moi un grand changement.

©BIUM

« C'est vraiment miraculeux !!! *Le comprimé que vous m'avez fait prendre chez vous m'a produit un effet si bienfaisant, que mon voyage de retour a été pour moi un voyage d'agrément, alors que celui de l'aller avait été un véritable supplice.*

« J'ai retrouvé toute ma liberté d'espérer, n'étant plus obsédé par cette pensée qui ne me quittait jamais; j'ose sortir seul et je dors d'un excellent sommeil.

« Enfin pour me résumer, vous avez refait un homme avec une loque.

« Agréez... »

J'ai reçu des centaines de lettres semblables à celle-ci et l'on peut sans crainte employer le Luminal aux doses que j'ai déjà indiquées et qui ont fait leurs preuves. Je formulerai seulement un vœu que j'ai déjà émis lors de ma première communication, c'est que quelque savant physiologiste, comme il y en a à la Faculté, veuille bien étudier les phénomènes auxquels donne lieu l'administration du Luminal et nous expliquer de quelle façon il agit sur l'organisme : j'ai toujours pensé qu'une pareille étude conduirait peut-être à d'autres découvertes thérapeutiques très intéressantes.

M. MARCHAND. — Les observations d'état de mal survenant au cours du traitement des épileptiques par le gardénal sont rares. Je n'en connais actuellement que quatre observations, celle que j'ai présentée ici-même et les trois observations de M. Trénel. Il serait intéressant de préciser comment débutent les accidents. Débutent-ils, comme ceux que l'on observe au cours du traitement bromuré, par une recrudescence de crises isolées. On a alors le temps d'agir en augmentant la dose de médicament ou en y associant le bromure. Si l'état de mal survient brutalement, début qui s'observe rarement au cours du traitement bromuré, on est surpris devant l'imminence du danger et on n'a pas le temps d'augmenter les doses du gardénal pour juguler les premières crises isolées. Je crois que le cas présenté par M. Trénel répond à cette dernière modalité. D'autres observations nous permettront de préciser la symptomatologie des états de mal surve-

©BIUM

nant au cours du traitement de l'épilepsie par le gardénal.

Je répondrai maintenant à M. Raffegeau que, si le gardénal est un excellent médicament, il est cause parfois de manifestations qui rendent les malades insociables. Aujourd'hui même, j'ai été obligé d'hospitaliser au dispensaire d'hygiène mentale une épileptique que je traite depuis de nombreux mois par le gardénal. Les crises convulsives avaient été suspendues mais le caractère est devenu si difficile, les crises de colère si fréquentes que sa famille n'a pu la garder.

M. Henri Colin. — Je crois avoir été l'un des premiers à signaler ici-même les troubles du caractère et l'excitation psychique qui sous l'influence du traitement par le gardénal sont venus remplacer les crises motrices. Depuis lors j'ai eu bien des fois l'occasion de constater la réalité de ces équivalents. Bien plus, j'ai reçu à l'admission un grand nombre d'épileptiques hospitalisés à Bicêtre en qualité d'infirmes depuis de longues années et qui, ayant vu disparaître leurs crises motrices sous l'influence du traitement ont été internés en raison de leur excitation et de leurs réactions violentes.

M. Pactet. — Ces changements de l'humeur, survenant en remplacement des crises chez des malades traités par le gardénal m'ont été signalés par leurs familles.

M. Laignel-Lavastine. — N'y aurait-il pas une question d'âge ? Il me semble que ces phénomènes d'excitation mentale s'observeraient plutôt chez les jeunes malades. Les personnes âgées ne présenteraient pas de tels accidents.

M. Truelle. — Pour ces accidents psychiques, je crois, avec M. Laignel-Lavastine, qu'il faut tenir compte du tempérament de chaque sujet. Il n'y a pas de règles absolues en cela. Quant à la communiction de M. Trénel, faut-il la considérer comme nous rapportant l'observation d'un cas de mort déterminée par l'usage du gardénal Je ne le pense pas. En dehors de ce traitement, en dehors de tout traitement, on observe des états de mal mortels. Il n'y a pas de relation de cause à effet

entre le médicament employé et la sombre terminaison de la maladie.

M. TRÉNEL. — Je pense, comme M. Truelle, que le gardénal ne doit pas être incriminé. J'ai simplement relaté dans ma communication, la mort en état de mal d'une épileptique en cours de traitement. Cela arrive avec d'autres traitements et en dehors de tout traitement. Du reste, je suis de l'avis de M. Raffegeau, le gardénal est un médicament admirable, qui a rendu et qui rendra les plus grands services dans le traitement de l'épilepsie. Mais l'on ne peut pas nier que des équivalents psychiques se développent parfois, en remplacement des crises supprimées, chez certains malades traités de cette manière. Nous voyons peut-être cela plus souvent dans les asiles à cause de la plus grande gravité de l'épilepsie chez les malades que l'on est obligé d'interner.

M. TRUELLE. Il reste très important d'étudier et de rapporter tous les faits susceptibles d'éclairer notre opinion.

Une garde-barrière atteinte de psychose périodique. Prophylaxie mentale et secret professionnel.

Par MM. Roger DUPOUY et Paul SCHIFF
(*Service libre de Prophylaxie mentale*, Dr TOULOUSE)

Au cours de la précédente séance de la Société médico-psychologique, M. Pactet a fait une communication sur « un paralytique général aiguilleur dans une compagnie de chemins de fer ». Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Claude et M. Trénel, en particulier, montrèrent l'intérêt qu'il y a à rassembler les faits de ce genre, afin de constituer un dossier qui pût impressionner les pouvoirs publics. C'est leur demande qui nous engage à présenter aujourd'hui à la Société un cas analogue au cas de M. Pactet, celui d'une garde-barrière atteinte de psychose périodique.

©BIUM

Les manifestations présentées par notre malade n'ont évidemment pas grand intérêt clinique, les symptômes qu'elle présente sont d'un type banal, mais leur retentissement sur l'activité professionnelle du sujet leur confère, comme dans les cas cités par M. Pactet, une importance très grande au point de vue social. En outre cette malade, étant traitée en service libre, conserve en théorie une liberté d'allures complète. Elle nous permettra d'insister sur un problème très particulier, qui se pose fréquemment dans un service de prophylaxie mentale, comme d'ailleurs dans les services d'aliénés : nous voulons dire l'opposition qui peut exister dans certains cas entre les devoirs sociaux du médecin d'une part, les obligations du secret professionnel de l'autre. L'un de nous il y a plus de dix-huit mois insistait déjà, dans cette Société, sur cette opposition (1). Il s'agissait d'un cas d'ailleurs très différent, d'un persécuté-persécuteur venu de son chef au Dispensaire de Prophylaxie mentale et qu'il avait fallu interner d'office. Le cas que nous présentons est celui d'un délire intermittent et l'on peut se demander si les règles à suivre doivent être les mêmes.

Obs. I. — Mme B., âgée de 28 ans, entre dans le service de Prophylaxie mentale le 7 juillet 1924. A son arrivée, front soucieux, explications entrecoupées de crises de larmes. Elle se forge, dit-elle, des « idées arriérées », c'est-à-dire qu'elle pense toujours « en arrière », au passé, qu'elle a des remords à propos de faits anciens. Tout lui « porte ombrage », c'est-à-dire que tout l'impressionne. Rien ne l'intéresse. Elle commence tout, elle ne finit rien. Elle se fait des reproches sur tout. Elle a peur de mal faire son métier. Elle a peur de perdre sa place, de mourir comme sa mère. Tout lui paraît drôle. Tout est changé autour d'elle. La police va venir la prendre, etc. Inertie coupée par moments d'agitation motrice et d'agitation verbale (récite des chiffres, le numéro du taxi qui l'a amenée).

---

(1) R. Dupouy. — Le secret professionnel en matière d'aliénation mentale dans la pratique du service libre. *Société Médico-Psychologique* du 27 novembre 1922, *in Annales Médico-Psychologiques*, 1922, p. 422.

©BIUM

A voulu se jeter par la fenêtre, allait enjamber l'appui, son mari l'en a empêchée ; un médecin l'a envoyée à l'hôpital Beaujon où elle est restée deux jours et d'où elle est adressée au Dispensaire.

Il s'agit d'une personne ayant un fond de débilité mentale accusée. Fille naturelle non reconnue, elle ignore qui a été son père ; sa mère est morte alors qu'elle était en bas âge. Elle a été élevée par des parents éloignés de sa mère. Elle n'a pas passé l'examen du certificat d'études primaires, n'a jamais pu faire une division. Invitée à énumérer quelques villes de France, ne trouve, outre Paris, que deux noms à dire. Elle présente des signes de basedowisme : cou un peu gros, exophtalmie légère, sans Graefe mais avec rareté du clignement. Pouls à 76 couchée et 88 debout. Pigmentation de la paupière inférieure. Tremblement des doigts, dû peut-être en partie à l'alcoolisme. Emotivité. En outre Mme B. est sujette par intervalles à des accès de dépression très accusés. Celui pour lequel on nous l'amène est le 3e qui nécessite un séjour hospitalier. Elle a été soignée en 1914 à l'hôpital de St-Germain (elle avait à ce moment 18 ans) et en 1922 à la Pitié, ayant présenté chaque fois un état mélancolique avec idées de suicide et de ruine, des idées de persécution : en 1922, par exemple, elle avait remarqué une tache blanche sur un verre à boire et en avait conclu qu'une de ses compagnes de travail avait voulu l'empoisonner. Depuis plusieurs années elle avait en outre tous les 4 à 5 mois des périodes « noires », avec tristesse, inertie mentale et physique, idées de suicide (pas de périodes maniaques, semble-t-il). Néanmoins son mari, un éthylique avéré au moins aussi débile qu'elle, et qui travaillait comme poseur de rails dans une compagnie de chemins de fer, lui procure une place de garde-barrière près d'une gare importante d'embranchement, dans la banlieue parisienne. Bien entendu le médecin de la compagnie n'est pas prévenu des accès psychopathiques qu'elle a présentés et dont le dernier ne remonte qu'à trois mois avant son entrée en fonctions.

Il semble que, pendant les premiers mois, elle ait suffi à sa tâche. Puis les « crises » sont devenues plus fréquentes. Sous l'influence, dit-elle, de son mari, la malade s'adonnait à la boisson : 1 litre de vin blanc par jour et quelques apéritifs, d'où insomnie, cauchemars, tremblements. Elle devient peu à peu incapable de faire son métier de garde-barrière. « J'avais trop à faire, nous dit-elle, je n'y arrivais plus. J'avais le ménage, le jardin, le poulailler,

©BIUM

et puis encore la barrière. [Notons que la malade n'a pas d'enfants]. Quelquefois le train était annoncé alors que j'étais avec les poules et les lapins, je devais les lâcher pour aller à ma porte, mais il m'est arrivé aussi de ne pas la fermer, ou bien j'étais si absorbée par l'entretien des bêtes que je n'entendais pas l'avertisseur du train. On ne peut pas être partout à la fois ». A plusieurs reprises des camarades de la voie, même des voisins de sa maisonnette, ont dû fermer la barrière à sa place.

Examens biologiques. — Urines, rien de particulier, tension artérielle normale. Ponction lombaire : albumine 0,20; globuline = 0 (réactions de Pandy et du sublimé), 0,7 éléments à la cellule de Nageotte. Benjoin et Wassermann négatifs. Bordet-Wassermann du sang : *positif* (La malade a eu un chancre buccal, il y a 8 ans). Le Bordet-Wassermann du sang est négatif chez le mari.

La malade est mise à un régime lacté, reçoit du laudanum, du chloral, son état d'agitation anxieuse s'améliore rapidement. On commence un traitement antisyphilitique, mais elle insiste pour que ce traitement soit continué au Dispensaire et son état mental s'améliore assez pour qu'elle puisse quitter le service.

Après quelques hésitations — en somme nous disait M. B., il n'y a guère sur cette voie que 18 trains en 24 h. —, le mari de cette malade s'est rendu à nos conseils et cherche pour sa femme, actuellement en congé, un poste ne comportant pas de responsabilité. Le service social du Dispensaire s'assurera, dès la fin du congé de cette femme, qu'elle n'occupe plus un poste de confiance.

Nous ferons remarquer qu'on peut envisager le cas où la malade refuserait de suivre nos conseils. Quelle devra être notre attitude ? Avant le début de son accès, la malade a rempli à peu près bien ses fonctions de garde-barrière et c'est seulement au début de la phase dépressive que son activité professionnelle s'est trouvée entravée au point de la rendre dangereuse pour la sûreté publique. A l'heure actuelle elle peut être considérée comme ayant terminé son accès mélancolique. Ce n'est plus une aliénée. Si elle reprend sa profession, elle représente un danger pour la société par la possibilité d'un nouvel accès. Ce n'est

©BIUM

pas par sa maladie mais par son métier qu'elle est dangereuse. Peut-on, dans ces conditions, l'assimiler au malade dont nous parlions plus haut, à ce persécuté qui constituait un danger *permanent* pour son entourage ? Dans ce dernier cas, M. Antheaume a pu nous répondre que l'organe administratif mis au courant était le Préfet de Police, auquel la loi de 1838 a départi un droit de collocation ; qu'il n'y avait pas, par conséquent, au point de vue légal, violation du secret professionnel (1).

Déjà, sur ce point, les avis peuvent être partagés et il ne semble pas, par exemple, que M. Le Gendre accepterait cette infraction aux règles strictes qu'il pose dans son volume sur la Déontologie médicale (2). La jurisprudence ne nous fournit aucune indication (3). Dans le cas de notre garde-barrière, l'instance qu'il faudrait prévenir — si on fait prévaloir l'intérêt de la société sur celui de la malade — serait le médecin de la Compagnie de chemins de fer, un confrère jouant vis-à-vis de cette malade le rôle d'expert, à l'encontre duquel l'obligation du secret professionnel doit être, selon les règles actuelles, absolu.

Mais, d'autre part la société, elle aussi, a bien des droits à défendre, et c'est parce que de tels dilemmes se présentent fréquemment que nous avons voulu présenter la malade à la Société, en lui demandant de nous donner son avis sur ce problème médico-légal.

Le cas de Mme B., en effet, n'est pas un cas isolé du Service de Prophylaxie mentale. En collationnant nos dossiers nous avons retrouvé une trentaine d'observations de psychoses diverses chez des employés de chemins de fer, en particulier plusieurs faits de paralysie générale ou bien des cas d'obsessions et de phobies graves chez des aiguilleurs et des gardes-barrières.

---

(1) R. Dupouy, *loc. cit.*, discussion.

(2) Le Gendre et Ribadeau-Dumas. — *Déontologie et Jurisprudence médicale*. Tome I du traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix.

(3) Cf. Garçon. — *Droit pénal commenté*. Tome I, pp. 734 et suivantes

©BIUM

Le Service de Prophylaxie mentale est arrivé jusqu'ici, pour ces malades, à des solutions satisfaisantes au point de vue social, il a pu obtenir d'eux ou de leurs familles tantôt un placement volontaire, tantôt un changement de poste. Mais il faut s'attendre à ce qu'un jour nos conseils se heurtent à un refus formel et dans ce cas il n'existe pas encore, croyons-nous, de règle formelle pour nous guider au point de vue théorique.

Discussion

M. Pactet. — Les difficultés soulevées par les cas de cette espèce seraient, me semble-t-il, résolues, si l'on organisait, dans les diverses Compagnies de chemin de fer, par exemple, un examen mental régulier auquel seraient assujettis tous les employés ayant une fonction susceptible d'intéresser la sécurité publique. Les Compagnies n'hésitent pas à changer d'emploi, ou à réformer, ceux de leurs employés dont la vision laisse à désirer. Les yeux sont examinés régulièrement. L'intervention régulière d'un aliéniste serait plus encore indiquée.

M. H. Colin. — J'ai traité jadis un jardinier épileptique, qui conduisait aussi l'automobile de ses patrons. Je lui disais qu'il ne pouvait continuer d'exercer ses fonctions de chauffeur. Comme il refusait de les suspendre et comptait que, lié par le secret professionnel, je ne pourrais prévenir ses patrons, je lui ai dit que je le signalerais comme un individu dangereux au Procureur de la République. Il s'est alors décidé à parler, et à changer d'emploi.

M. Pactet. — Les Médecins des Asiles peuvent toujours renvoyer à l'administration les Compagnies ou leurs médecins qui demandent des renseignements sur des malades internés. Si le Préfet juge bon de nous demander tel certificat, nous ne sommes pas, à son égard, liés par le secret professionnel.

M. Barbé. — La malade ne présentait-elle pas un peu d'exophtalmie ?

M. Schiff. — La malade présente des signes indubitables de Basedow.

M. TOULOUSE. — Les questions touchant le secret professionnel se posent souvent au Dispensaire de Prophylaxie Mentale. Souvent l'on se trouve pris entre deux devoirs : celui de parer à un danger public, et celui du secret professionnel. Lorsque l'internement s'impose, la solution ne me paraît pas douteuse : la loi de 1838, prévoyant le certificat d'internement, lève sur ce point l'obligation du secret. Par extension, et pour la même raison, il me semble que, lorsque la question de l'internement peut être simplement posée, on a le droit de prévenir les pouvoirs publics. Enfin, dans les cas où l'on ne peut même songer à l'internement, je considère qu'on a encore la latitude de prévenir le médecin de la Compagnie, qui, par là-même, est celui du malade, et dans le propre intérêt de celui-ci. Car le malade se trouve presque toujours impliqué lui-même plus ou moins directement, dans le danger qu'il fait courir aux autres.

M. SÉGLAS. — En se plaçant au point de vue pratique, il me semble que le problème est singulièrement simplifié. Il s'agit avant tout d'éviter un accident terrible, qui se trouverait en définitive déterminé par l'état mental de tel malade, étant donnée la profession qu'il exerce. Il y a donc lieu de l'interner, ce qui lève toutes les difficultés.

M. H. COLIN. — Je crois que, dans la troisième solution qu'il a proposée, M. Toulouse nous conduirait, par une extension dangereuse des communications faites dans l'intérêt du malade, à une violation caractérisée du secret professionnel. On n'a pas le droit, même dans l'intérêt du malade, de communiquer contre sa volonté, les constatations que l'on a faites sur son état au médecin de la Compagnie qui l'emploie. Le problème est délicat. Il mériterait d'être repris en octobre par la Société.

M. TOULOUSE. — Malgré la situation de droit il faut cependant aboutir à des conclusions pratiques. Je répondrai à M. Séglas qu'il ne me paraît pas juste que l'on interne un malade d'une profession donnée, si, avec le même état mental, il ne paraît pas dangereux dans l'exercice d'une autre profession.

©BIUM

M. Séglas. — En l'espèce, il ne faut pas regarder l'homme en dehors de son milieu social. Ce n'est pas pas un homme abstrait, c'est l'homme social qu'il faut considérer.

M. Toulouse. — On doit, sans doute, considérer la personne pour laquelle se pose la question de l'internement dans ses rapports avec la société, mais non la voir comme liée à la fonction dont il suffirait de la séparer pour qu'elle ne soit plus dangereuse.

M. Henri Colin. — Je partage entièrement l'avis de M. Séglas. Je suppose que du fait de la maladie du sujet un accident se produise et entraîne la mort de plusieurs personnes. La garde-barrière sera poursuivie et le juge d'instruction, apprenant qu'elle a été soignée dans le service de notre collègue Toulouse, expert près les Tribunaux, ne manquera pas de commettre ce dernier pour l'examiner. La Commission que recevra M. Toulouse sera ainsi conçue :

« L'expert dira : 1° Si l'inculpé, au moment de « l'acte, était en état de démence dans le sens de « l'art. 64 du Code pénal ; 2° si l'examen psychiatri- « que et biologique ne révèle point chez lui des anoma- « lies mentales et physiques de nature à atténuer dans « une certaine mesure sa responsabilité ; 3° s'il doit « être considéré comme complètement soit responsa- « ble, soit irresponsable de ses actes ou si sa respon- « sabilité est limitée et, en ce dernier cas, en délimiter « l'étendue ; 4° si l'inculpé est irresponsable, dire s'il « constitue un danger pour la sécurité publique et s'il « paraît nécessaire de le faire interner. »

M. Toulouse veut-il nous dire quelles seront ses conclusions.

M. Toulouse. — Je pourrais et je devrais même tout d'abord, en ma qualité de médecin traitant, refuser l'expertise ; d'autre part, les problèmes d'irresponsabilité et d'internement ne sont pas forcément liés. Je reviendrai d'ailleurs sur ces questions. Dans tous les cas, il faut distinguer le comportement général de l'individu et le comportement spécial à la profession. Pour supprimer un état de danger un simple déplacement peut parfois suffire.

©BIUM

Un inventeur mélancolique

Par M. DURAND-SALADIN
(*Service de M. Mignard*)

A la dernière séance de la S. M. P., MM. le Pr Claude et Robin ont présenté un inventeur à propos duquel ils posaient une intéressante question de diagnostic. Le malade dont nous voudrions vous entretenir aujourd'hui paraît, lui aussi, pouvoir attirer l'attention au point de vue de son diagnostic, mais surtout au sujet des rapports qu'entretiennent chez lui un état mélancolique avec paroxysmes anxieux et des idées d'inventions. Ces dernières sont, on le sait, presque toujours symptomatiques d'un état d'excitation intellectuelle, et les auteurs les mentionnent couramment avec les idées de satisfaction, de grandeur, de richesse, toutes idées correspondant à une exaltation du moi, à un sentiment de force, de bien-être, de supériorité et de puissance. On se rappelle, par ailleurs, la « manie des inventeurs » des anciens aliénistes. Le malade, dont nous parlons, au contraire, est, comme le montrera son histoire, très résumée, un mélancolique.

Hyppolyte B., âgé de 45 ans, a été interné en 1908. Le certificat d'entrée à Ville-Evrard, signé du Dr Boudrie, porte la mention suivante : « Délire mélancolique, avec sentiment d'impuissance, lamentations idées de suicide. Mère suicidée par asphyxie au moyen d'un réchaud à charbon ». De nombreux certificats, rendus nécessaires dans la suite par des transferts au cours de la guerre, sont tous rédigés dans des termes analogues. On ne note dans les antécédents héréditaires rien de particulier, sinon le suicide de la mère, vers l'âge de 60 ans. Cette femme, par ailleurs, d'après les renseignements familiaux, était « *neurasthénique* » depuis plusieurs années; avant la dernière tentative couronnée d'un succès malheureux, elle avait, à plusieurs reprises, essayé de se pendre.

Une sœur du malade aurait également présenté de la dépression et fait une tentative de suicide au moyen d'un réchaud à charbon, comme sa mère.

Rien à signaler dans les antécédents de B., jusqu'à 30 ans.

©BIUM

De tempérament triste et taciturne, il remplissait convenablement les fonctions de comptable dans les bureaux d'une compagnie de chemin de fer, lorsque, vers cette époque, la maladie aurait débuté par un rêve au cours duquel il se vit en train de s'asphyxier ave sa femme et ses deux enfants, et toujours au moyen d'un réchaud à charbon. Les jours suivants il fut poursuivi par l'idée d'un suicide familial. Il en entretenait sans cesse sa femme. « Tu es destinée, lui disait-il, à être malheureuse, ainsi que nos enfants ; il vaudrait beaucoup mieux que vous mourriez tous avant moi ». Il refusait de s'alimenter, passait ses journées, prostré aux pieds de sa femme en lui répétant sans arrêt : « mourons ensemble ». Il fut alors interné à Ville-Evrard. Peu de temps après, au cours d'une visite de sa femme accompagnée de son petit garçon, il ramasse une pierre dans la cour, l'entortille dans son mouchoir, enlève le chapeau de l'enfant et lui porte sur le crâne un coup si violent qu'il perd connaissance et doit être soigné pendant plusieurs mois. Depuis cette date, les mêmes troubles persistent, avec des paroxysmes anxieux et des idées hypochondriaques qui apparaissent par intervalles.

A l'heure acuelle, B. vit isolé dans son quartier, se mêlant peu aux autres malades. L'attitude est humble, contrite, le visage concentré et morose, le ton las et pleurard, les rides du front forment un *w* mélancolique très accentué qui peut à peine être effacé par la pression des doigts. Il a dernièrement fait une crise anxieuse avec vagues idées de suicide qui a nécessité son passage à l'nfirmerie. Il se plaint de sa santé ; il souffre beaucoup : son estomac, son intestin, tous ses organes fonctionnent très mal ; il est complètement intoxiqué, il ne guérira plus car il n'y a pas de remède à sa maladie.

Le tableau clinique serait donc assez banal, si B., une fois ses plaintes finies, ne nous entretenait pas de ses inventions. Elles sont nombreuses. Depuis qu'il est interné, c'est-à-dire depuis plus de 16 ans, il se livre à son jeu inoffensif. Ancien employé des chemins de fer, il fait tourner son pouvoir inventif dans le rayon de son activité d'autrefois. Toujours porteur d'un gros crayon de charpentier, il couvre les feuilles de papier qu'on lui donne d'innombrables dessins accompagnés de légendes explicatives. Nous ne pouvons énumérer toutes ces trouvailles : signaux pour empêcher le télescopage des trains, système de pédales posées sur les rails qui feraient sonner une cloche aux passages à niveau au moment où les convois s'approcheraient d'eux,

sirènes sur les locomotives, rouleaux placés entre les rails et sur lesquels s'imprimeraient le numéro des machines de façon à pouvoir établir les responsabilités respectives et toujours confuses des mécaniciens, aiguilleurs et chauffeurs. On remarquera que ces inventions ont surtout un caractère défensif et avisent toutes à éviter les catastrophes. C'est que B. — et nous reviendrons sur ce point — a toujours été préoccupé par celles-ci, dont il tenait, dès avant son internement, un catalogue très à jour. Sa sollicitude, du reste, à ce point de vue, ne se limite pas à la circulation terrestre, mais s'étend aussi aux voyageurs maritimes. Il préconise, en effet, plusieurs systèmes pour éviter les rencontres en mer, en particulier l'emploi d'énormes cylindres pneumatiques placés à l'avant des navires et qui feraient tampon lors des abordages. Il propose également que chaque paquebot soit précédé d'un canot automobile à lui relié par un câble, ainsi le premier choc aurait lieu entre ces frêles embarcations et les gros vaisseaux auraient le temps de stopper ou de modifier leur direction. Il a également inventé de nombreux appareils d'une utilité plus immédiate: machines à découper les pommes de terre en série, lampes puissantes, rails inusables et économiques dont il suffirait de remplacer de loin en loin le revêtement superficiel usagé, dictionnaires et indicateurs simplifiés, bicyclettes pour familles entières, crayons briquets, balais mécaniques, etc.

On voit que ces inventions, assez nombreuses et variées, dénotent une activité intellectuelle qui n'est point négligeable et qui cadre mal avec le ralentissement et la pauvreté de l'idéation qu'on a coutume de rencontrer chez les mélancoliques. Pouvons-nous, pour l'expliquer, faire appel aux conceptions de la Psychose maniaque dépressive, avec des phases de dépression et d'autres d'excitation pendant lesquelles B... concevrait ses projets inventifs ? ou à un de ces états mixtes décrits par l'école de Kraepelin, et qui résulteraient non de la transformation massive et globale des symptômes d'ordre dépressif en symptômes d'ordre maniaque, mais du remplacement d'un ou de plusieurs symptômes dépressifs par leurs congénères maniaques — ou inversement. Dans ces états, si l'on accepte la description qu'en a donnée M. Blondel, par exemple, on peut observer toutes les combinaisons possibles, avec un

©BIUM

polymorphisme d'idées délirantes où la mégalomanie s'accole à l'humilité, l'optimisme à l'hypochondrie. Cette explication peut s'envisager ; pourtant, nous ne trouvons, dans l'histoire de notre malade, aucune trace d'alternance ni de périodicité. Depuis son entrée à l'asile, en 1908, il a toujours présenté un tableau invariable, constamment triste et déprimé, sans aucune agitation motrice et, d'autre part, même au cours des paroxysmes anxieux, il n'a cessé de faire des inventions. De plus, il nous semble que, pour apprécier à sa juste valeur l'élément d'exaltation que peuvent représenter les inventions de B., il importe de considérer qu'elles s'échelonnent sur un laps de temps assez considérable, puisqu'il s'agit de plus de 15 ans. Leur nombre et leur variété, en paraissent dès lors moins suprenants. Elles sont, malgré tout, assez frustes et moins fouillées que celles des deux malades que MM. Colin et Mourgue présentaient ici-même en 1920. Il est vrai qu'il faut tenir compte du degré d'instruction et de culture de B. qui n'est pas très élevé. Mais ce qui nous semble plus important à noter, c'est qu'elles n'entraînent chez leur auteur aucun espoir excessif, aucun optimisme exagéré, aucun orgueil. Il les présente avec humilité, et paraît presque s'excuser de son audace à vous importuner. Il convient encore d'ajouter qu'elles ne paraissent plus se renouveler et qu'elles ne sont, depuis plusieurs années, fixées et cristallisées, comme du reste ses propos, son attitude et ses plaintes. Cette anxiété chronique accompagnée de stéréotypies incite donc à penser à la démence précoce, démence précoce qui aurait débuté par un accès mélancolique ou à un de ces cas mal délimités qui sont aux frontières de la D. P. et de la Psychose maniaque dépressive. Mais B... ne semble pas présenter à l'heure actuelle d'affaiblissement intellectuel vrai. L'orientation et la mémoire sont bonnes, le jugement sain. Il montre toutefois une certaine indifférence affective ; visité seulement de loin en loin par sa famille, il s'intéresse peu à elle, ne s'informe guère de sa femme et de ses enfants, et se borne à leur sujet à des plaintes monotones. Mais nous croyons qu'il serait

©BIUM

exagéré de parler de démence, et nous nous permettrons d'appliquer à notre malade ce que MM. Sérieux et Capgras écrivaient fort justement en 1909, à propos des interprétateurs, en réponse à un rapport de M. Deroubaix : « Il importe d'observer que ces interprétateurs ainsi diminués ont vécu des dizaines d'années enfermés dans les asiles. Il faudrait une singulière vigueur intellectuelle pour résister à l'action, malgré tout déprimante, de ce milieu ; que l'on examine tous les vieux chroniques dans les asiles, même ceux dont la maladie ne saurait conduire à la démence (certains fous moraux, par exemple) et l'on verra qu'ils se sont adaptés peu à peu à leur existence monotone, qu'ils se sont engourdis progressivement et que leur intelligence s'affaiblit dans un demi-sommeil. »

Il nous semble, en fin de compte, qu'on pourrait s'arrêter à une mélancolie chronique éclose sur un terrain dégénératif. Nous avons vu, en effet, que B... a une hérédité assez chargée, et qu'il a présenté des impulsions dont la plus grave faillit avoir un résultat fatal pour son jeune fils. Du reste, pour en terminer avec cette question de diagnostic, nous répéterions volontiers ce que MM. Truelle et Vigouroux écrivaient dans les *A. M.-P.*, en juillet 1909 : « On pourrait prendre la plupart des variétés de troubles mentaux constitués en entités morbides distinctes et l'on verrait que, suivant les époques, et dans le même temps, suivant les théories prévalentes, elles se sont pénétrées et plus ou moins confondues dans les groupements successivement établis. »

Si B... est donc un mélancolique et un anxieux, il nous reste à examiner quel mécanisme psychologique a présidé à ses idées d'inventions peu fréquentes chez les malades de son espèce. Lui-même nous donne une explication : « je n'ai commencé à faire des inventions, nous dit-il, qu'après mon entrée à l'asile. Je pensais qu'elles pourraient peut-être me rapporter quelque argent, argent qui aurait aidé à vivre ma femme et mes enfants. » Mais cette explication, pour logique et naturelle qu'elle soit, ne peut être acceptée sans réserve, si l'on est d'avis que les raisonnements des

©BIUM

malades ne contiennent souvent qu'une justification ou une signification symbolique de leur attitude mentale. D'autre part, l'assertion même de B... n'est pas exacte. Sa femme, avant l'internement, l'avait entendu parler de ses inventions, et lui-même, quand on le pousse un peu, reconnaît qu'il avait déjà fait de multiples trouvailles, mais n'en voulait pas parler, de crainte qu'on ne le jugeât bien orgueilleux et qu'il ne me parût en vouloir remontrer aux ingénieurs de la Compagnie, mieux qualifiés que lui. Et nous trouvons là un trait de son caractère qui peut suggérer une hypothèse. B... a toujours été un humble, un timide, un triste, un mal adapté, préoccupé non seulement des malheurs personnels qui pourraient fondre sur lui et sa famille, mais tenant registre des catastrophes publiques et des accidents nationaux. Par une réaction naturelle, on peut concevoir qu'il ait cherché dans le travail de son imagination une sorte d'activité rassurante, de dérivation à son malaise, à son inquiétude et à son anxiété constitutionnelles. P. Janet a bien montré que les inquiets s'orientent volontiers vers l'activité intellectuelle, parce qu'elle leur est plus favorable que la pratique où ils entrevoient et où ils rencontrent mille tracas et mille embûches. Ils ne se sentent sûrs que dans le domaine de l'esprit où ils ne sont point brimés ni arrêtés par les obstacles de la vie réelle. Il nous semble que, par une démarche analogue, notre malade cherche à se procurer un sentiment de sécurité dans le développement d'une activité intellectuelle tournée contre les catastrophes. Pendant qu'il imagine ses instruments de protection, nous l'avons observé à plusieurs reprises, il est moins triste et son anxiété s'apaise dans une large mesure.

En sorte que le rapport des idées d'invention et de l'état affectif de B... pourrait, nous semble-t-il, être considéré comme une réaction de défense, réaction du psychisme se défendant contre les accidents dont il souffre et pratiquant une sorte d'autopsychothérapie. Cette réaction de défense nous paraît du reste pouvoir être rapprochée de celles qu'on observe et qu'on a décrit récemment sous le nom de délire de rêverie et de délire de compensation.

©BIUM

Discussion

M. Mignard. — La communication de M. Durand-Saladin me paraît poser deux problèmes, l'un d'ordre psychiatrique, l'autre de nature psychologique. Le premier n'est rien moins que celui de la démence vésanique, car il ne saurait être ici question de la démence précoce. Ce malade, depuis longtemps dans mon service, malgré ses stéréotypies, et l'affaiblissement de son activité mentale, reste un anxieux bien net, et n'est pas devenu apathique, ou discordant dans son affectivité, comme le serait un dément précoce.

Le second problème est bien psychologique, car ce ne serait pas résoudre la difficulté que de prononcer le mot d'état mixte. Le malade ne présente aucun symptôme maniaque. L'activité d'invention paraît comme une bienfaisante dérivation à ses préoccupations habituelles. L'idée d'une réaction de défense semble bien correspondre à la réalité. Il suffit de regarder ce mélancolique dans le moment où il parle de ses inventions pour s'apercevoir qu'il est moins triste. Les minutes pendant lesquelles il parvient à s'en occuper sont peut-être les seules bonnes dans sa malheureuse existence.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des séances,
M. Mignard.

©BIUM

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

(Bruxelles, 1er-7 août 1924)

I. RAPPORTS

Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale. Limites et Evolution. Formes et complications, MM. SIMON (*de Perray-Vaucluse*) et VERMEYLEN (*de Gheel*). Rapport de psychiatrie.

Laissant de côté les troubles du caractère, l'étude n'a pour objet que les troubles intellectuels, c'est-à-dire l'arriération mentale proprement dite.

Définition et limites de la débilité mentale. — Elle comporte trois degrés :

L'idiotie comprend tous les sujets dont le niveau intellectuel ne dépasse pas celui d'un enfant de 2 ans. Est idiot tout sujet qui, par insuffisance intellectuelle, n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables et qui n'est capable que de préhension et d'obéir à un geste simple.

L'imbécillité comprend tous les sujets dont le niveau intellectuel est compris entre celui de 2 ans et celui de 7 ans, ou qui, par déficience intellectuelle, n'arrivent pas à communiquer avec leurs semblables par le langage écrit. Ces sujets, capables de se suffire à eux-mêmes et d'actions simples, telles que balayer, ne peuvent toutefois rendre encore tous des services dans un établissement hospitalier.

La débilité comprend tous les sujets dont le niveau intellectuel est supérieur à celui de 7 ans et ne dépasse pas 9 ans.

Ces limites ne sont valables que pour l'adulte, dont

©BIUM

le développement est terminé. Elles sont bien plus difficiles à établir pour l'enfant en cours d'évolution et ne peuvent être qu'approximatives. On peut se baser d'une façon schématique sur le quotient, c'est-à-dire le rapport entre l'âge intellectuel et l'âge réel du sujet, comme on le fait à l'étranger, mais à la condition de ne pas tenir forcément pour débile tout enfant dont le quotient est inférieur à l'unité.

D'après l'expérience des statistiques, tandis que des quotients de 0,80 et 0,85 seraient déjà des quotients de débilité chez de jeunes enfants, un quotient de 0,75 aurait à 12 ans une signification analogue, et un quotient de 0,65 à 14 ans, etc. C'est que, étant donné le nombre croissant des acquisitions faites d'années en années par l'enfant, la différence des conditions où ils ont vécu est plus accusée. Ainsi, à 5, 6, 7 ans, des retards de moins d'un an dans le développement intellectuel par comparaison avec un enfant normal ont une signification de débilité. A 8 et 9 ans il faut un an de retard. A 10 et 11 ans il faut 2 ans. A 12 ans il faut 3 ans et ainsi de suite jusqu'à 15 ans où il faut 6 ans.

Evolution. — D'après les statistiques : Pour les enfants au-dessous de 12 ans les chances de progrès s'accroissent régulièrement au fur et à mesure que s'élève leur quotient. Pour les sujets plus âgés, on peut avoir espoir d'améliorer ceux dont le quotient ne dépasse pas 0,70. Toutefois pour un quotient de 0,10 à 0,70 leurs chances sont déjà moindres que celles des enfants plus jeunes. A 0,80 les chances diminuent, car ces sujets, avec un tel quotient, ont un retard de 9 ans et plus.

Par contre les chances des débiles très jeunes de progresser sont de longue durée, et non celles des débiles plus âgés. L'étendue des progrès diminue donc avec l'âge, si elle est proportionnelle au quotient.

Les sujets qui restent stationnaires ou qui régressent sont ceux qui ont les lésions encéphaliques les plus graves.

Formes cliniques. — Les principales sont :

1° Le débile pondéré qui n'a ni perversion du caractère, ni déséquilibre, dont la courbe mentale se

©BIUM

rapproche de l'horizontabilité de celle de l'homme normal. Avec beaucoup d'effort ils arrivent à s'adapter à un emploi inférieur de la Société.

2° Le sot qui est surtout insuffisant dans les fonctions intellectuelles supérieures : jugement, raisonnement, compréhension, c'est-à-dire qui est un « esprit faux » en plus de sa débilité. Il n'arrive à rien. Il est vaniteux, satisfait ou facétieux.

3° L'instable qui manque de suite dans ses goûts, de continuité dans ses idées, de persévérance dans ses actions. Il sera un indiscipliné et un impulsif, auteur de désordre dans la Société. Souvent ce caractère n'est que la persistance de la versatilité, de l'incapacité de se conduire de l'enfance. Fréquemment le débile mental puéril présente de l'infantilisme physique.

4° L'émotif, qui a une affectivité excessive. Comme ce ne sont pas les qualités de l'objet qui l'attirent, mais surtout les rapports de cet objet avec ses propres tendances, au lieu de percevoir la réalité et d'agir d'une façon opportune il se laisse emporter par son imagination et passe à côté de ce qu'il y avait à faire. Il a une conduite absurde.

Complications. — 1° Epilepsie. Elle est d'autant plus fréquente qu'on a à faire à des degrés plus inférieurs de débilité. L'une et l'autre sont les effets différents de la même cause dégénérative. Cette complication est d'un très mauvais pronostic pour le développement à espérer.

2° Troubles de l'activité. La turbulence est fréquente, mais l'apathie est plus fréquente. Les myxœdémateux sont paisibles. Les mongoloïdes sont plus espiègles. Les hydrocéphales sont calmes et affectueux.

3° Délinquence. Elle est fréquente, car même s'il n'y a pas de perversions instinctives, le défaut de jugement leur empêche de distinguer clairement le bien du mal, le permis du défendu. Parmi les enfants délinquants, il y en a 25 0/0 de débiles. C'est entre 14 et 16 ans que sont commis le plus grand nombre de délits. Ils sont plus graves et plus fréquents au cours

©BIUM

de la période pubérale. Ce sont les instables qui sont le plus aptes aux délits.

4° Folie. La prédisposition des débiles aux troubles mentaux consiste dans leur facilité à succomber aux difficultés de la vie en liberté, à leur appétence pour l'alcool, à leur manque de résistance aux traumatismes psychiques et physiques, à leur fragilité contre les maladies. Car si le débile est dans un établissement d'assistance, il n'a que rarement des accès de délire nécessitant le passage à l'asile. Entre 6 et 16 ans, on ne constate que de courtes périodes de dépressions ou d'irritabilité vaguement paranoïaque.

M. HESNARD (*Bordeaux*). — La méthode psychométrique ou quantitative ne considère que la fonction intellectuelle. Or, le niveau intellectuel n'est pas le niveau psychique. La dissociation entre la débilité intellectuelle et la débilité affective est fréquente et c'est elle qui conditionne les diverses variétés de réactions du débile mental et les formes que peut revêtir chez lui la psychose. L'affectivité est la condition de l'utilisation sociale des rudiments intellectuels. Il est regrettable que les auteurs aient limité leur étude à l'enfance. Il proclame la supériorité de la méthode clinique, seule capable de s'adapter à la complexité du problème, sur les différentes méthodes de mesure plus ou moins théoriques de l'intelligence.

M. POROT (*Alger*). — Le rôle de la suggestibilité du débile doit être mis en valeur. Quelquefois, leur plasticité mimique est extrême. Et leurs aptitudes mythomaniaques sont considérables. Sous l'influence de l'entourage ils ont alors des réactions plus ou moins extravagantes et maniérées qui font penser à la simulation.

Il faut aussi insister sur la coexistence de signes neurologiques frustes dans la débilité mentale : le signe de la débilité motrice de Dupré, des troubles de la marche et de la station rappelant le déséquilibre cérébelleux ou l'astasie abasie.

©BIUM

Le coefficient ethnique est très important. Il ne faut pas considérer comme débiles mentaux des sujets de race différente de la nôtre. L'auteur rappelle ses travaux et ceux de M. Hesnard à ce sujet, notamment en ce qui concerne le manque d'idées générales, l'incuriosité, la crédulité, l'obstination des musulmans.

Au point de vue psychopathique, ce sont les bouffées délirantes polymorphes mais passagères qui sont fréquentes dans la débilité mentale, mais non les psychoses chroniques. L'alcool, même à dose faible, déclanche ces état psychopathiques ou des actes délictueux si le débile mental est amoral.

M. Courbon (*Stephansfeld*). — Il existe chez l'adulte un type spécial, celui du « débile roublard », qui sait exploiter ses infirmités en tâchant d'apitoyer ou de faire rire autrui. Il invoque son manque de mémoire, sa bêtise, son émotivité, etc., pour apitoyer sur sa misère et celle de ses parents. Il exagère ses disgrâces physiques, la gaucherie de ses gestes, les défauts de sa prononciation, l'ahurissement de sa physionomie pour provoquer l'hilarité sur son ridicule. De la sorte il essaye de se débrouiller, de pratiquer le système D et y réussit quelquefois. Mais il échoue souvent par le manque d'opportunité de ses manœuvres. C'est ainsi que pendant la guerre, le simulateur débile, incapable de se rendre compte que l'apitoyement et l'amusement étaient hors de raison, au lieu de simuler la bravoure, tâchait de faire rire ou d'attendrir, pour ne pas être envoyé aux tranchées.

Les auteurs n'ayant pas décrit ce type chez l'enfant, il faut en conclure qu'il résulte de l'expérience acquise par le débile mental au cours de sa vie où il a appris les avantages de l'aumône d'autrui.

M. Cazanove (*Rochefort*). — Un enfant indigène mental observé aux colonies peut paraître un débile meutal par rapport à un européen sans l'être en réalité, à cause de la différence de la mentalité ethnique. Il faut tenir compte du fait que cet enfant lorsqu'il revient dans sa famille ne reçoit pas le complément d'instruction que reçoit l'enfant européen, et du fait

©BIUM

que l'animisme inspire la façon de penser du milieu où il vit. La pédagogie n'est pas un article d'exportation, elle doit s'adapter aux conditions du pays.

M. PAUL-BONCOUR (*Paris*). — Regrette que le nom de Bourneville le maître de la psychiatrie des enfants anormaux n'ait pas été prononcé. Avec lui il admet une distinction radicale entre les débiles mentaux adaptables et inadaptables à la vie sociale. Cette adaptabilité est fonction du caractère, non de l'aptitude à apprendre. Le débile pondéré, stable arrive à s'adapter avec une facilité relative. L'instable qui n'est qu'inattentif, remuant y arrive plus difficilement. Mais l'instable pervers, indiscipliné n'y arrive pour ainsi dire jamais et restera toujours antisocial.

M. DECROLY (*Bruxelles*). — La valeur des tests est d'autant plus importante qu'il s'agit de prendre une décision pour des enfants dont on ne connaît pas le passé, et qu'il faut orienter dans l'apprentissage d'un métier susceptible de les classer dans la société. La méthode psychométrique n'a pas la prétention de supprimer la clinique, mais elle permet d'établir certaines communautés de mesures objectives.

Outre l'émotivité qui peut exagérer l'apparence de débilité mentale pendant l'examen, il faut se méfier des troubles du langage qui peuvent avoir le même effet. Ceux-ci font partie du cortège des signes d'ordre neurologique, comme la débilité motrice, assez fréquente chez les débiles mentaux.

M. BOULANGER (*Waterloo*). — Les tests, notamment ceux de Binet et Simon, sont extrêmement utiles, lorsqu'on sait bien les manier. Ils permettent des classements sur lesquels tous les opérateurs tombent d'accord. Tandis que la terminologie n'est pas toujours concordante entre médecins qui se contentent de la clinique pour étiqueter un débile mental.

M. MAERE (*Gand*). — En 15 ans l'asile Saint-Joseph pour enfants anormaux a donné : une mortalité de 54 0/0, et des troubles d'aliénation mentale de 14,50 0/0. Cela sur un total de 1.100 anormaux. La folie y est donc rare et résulte d'excès alcooliques ou

©BIUM

de traumatismes émotionnels. La suggestibilité des sujets exige qu'on les sépare les uns des autres suivant leur mode de réactions, pour ne pas empirer les meilleurs par le contact des plus mauvais.

M. Auguste Ley (*Bruxelles*). — La débilité mentale n'est pas un simple arrêt du développement normal, semble-t-il. Souvent on constate des lésions évidentes de méningo-encéphalites, de scléroses, etc., qui font admettre que le développement a été non seulement arrêté mais dévié. Il eût été intéressant d'étudier la nature et l'influence des facteurs organiques causes de l'arriération, ainsi que leurs rapports avec la forme symptomatique qu'elles déterminent.

Les tests sont une méthode dont personne n'a contesté la valeur, mais qui n'exclut pas les autres.

M. Wimmer (*Copenhague*). — Tests et clinique se complètent et doivent être employés concurremment. Mais la comparaison d'un idiot ou d'un imbécile avec un enfant normal n'est pas parfaite. Un enfant normal ne passe pas par un stade d'idiotie, puis d'imbécillité, bien qu'il soit vrai qu'un idiot, un imbécile ne puissent pas apprendre plus que l'enfant normal n'apprend à certains âges. L'état de l'affectivité est capital pour permettre l'utilisation sociale des éléments intellectuels.

M. Van der Scheer (*Santpoort*). — La méthode des tests et la méthode clinique doivent marcher de pair.

M. Simon (*Paris*). — C'est de parti pris que l'objet du rapport s'est limité à l'étude de l'intelligence et non du caractère. La clinique étant indispensable pour la recherche des tests, on ne saurait reprocher aux rapporteurs de méconnaître sa valeur. Seule l'intelligence peut être quantitativement mesurable et non l'affectivité.

On ne saurait affirmer à la légère que les enfants de races non européennes soient plus fréquemment ou plus intensément débiles que les autres. La rapidité de l'oubli de ce qu'on leur a enseigné, une fois qu'ils ont repris la vie indigène, peut être mis sur le compte du non exercice et non de l'insuffisance mentale.

M. VERMEYLEN (*Gheel*). — Les tests apportent des précisions à la clinique qui sont très importantes, mais n'ont pas la prétention de la remplacer. L'étude du caractère n'étant pas susceptible de mesures expérimentales, on l'a éliminée du cadre du rapport, sans méconnaître le rôle capital qu'il joue dans l'avenir social de l'enfant. La classification des types de débiles mentaux ne saurait être complète ; celle qui a été donnée comprend les formes les plus fréquemment rencontrées. La recherche des signes neurologiques doit toujours compléter l'examen psychométrique, ainsi d'ailleurs que l'examen clinique complet du psychisme et du physique de l'enfant.

Comment étudier les troubles du langage ? M. FROMENT (*Lyon*). — Rapport de neurologie.

Centres du langage et anatomie pathologique. — On ne sait rien de précis, sauf que la zone du langage siège dans l'hémisphère gauche chez le droitier adulte et que les centres coordinateurs d'articulation ne siègent pas au même niveau et existent dans les deux hémisphères. Mais il y a des cas où des lésions du centre de Broca n'amènent pas d'aphasie motrice, où des lésions du quadrilatère de P. Marie n'amènent pas d'anarthrie au sens de cet auteur.

Psychophysiologie du langage. — Elle comporte trois opérations : 1° la compréhension du langage qui suppose les deux actes élémentaires : *a*) un acte de perception auditif ou visuel, *b*) l'identification ou reconnaissance des signes conventionnels perçus ; — 2° l'expression du langage qui comporte deux actes élémentaires : *a*) l'acte mnésique par lequel nous nous représentons la succession et les combinaisons des sons qui constituent le mot (évocation de l'image auditive verbale), et accessoirement son aspect visuel, (évocation de l'image visuelle verbale), *b*) l'acte articulaire, simple mise en jeu d'un mécanisme qui s'accomplit automatiquement, inconsciemment. Il n'y a pas d'image motrice d'articulation conservée par le souvenir et pouvant être évoquée ; — 3° le langage

©BIUM

intérieur n'est que l'évocation des images auditives verbales qui déclanche plus ou moins une ébauche d'articulation motrice.

Dysarthries. — Elles proviennent d'un état parétique, ou spasmodique, ou ataxique portant sur les muscles phonateurs, langue, voile du palais, lèvres. La forme générale du mot n'est pas altérée, ses éléments sont reconnaissables, ils ne sont ni interpolés, ni sautés, ni changés, mais simplement mal prononcés.

Aphasies. — *a*) L'aphasie motrice de Broca n'est pas une anarthrie car l'aphasique possède la totalité des 44 phénomènes de l'homme normal. Ce n'est pas une perte des images d'articulation car elles n'existent pas. Ce n'est pas une apraxie, car il n'y a pas d'images des mouvements d'actes, et d'ailleurs l'apraxique n'est principalement qu'un inattentif. C'est uniquement la perte de la mémoire d'évocation des mots, amnésie d'évocation et même de fixation, car le sujet oublie instantanément le mot qu'on lui souffle. C'est l'inattention et l'hyperémotivité, qui en partie conditionnent cette amnésie. Cela explique le rôle bienfaisant des moyens mnémotechniques et du chant, pour combattre l'aphasie, qu'on puisse rééduquer l'aphasique, par la méthode des sommations auditives, sans faire appel à sa vue.

b) L'aphasie sensorielle de Wernicke est une aphasie de compréhension et non un trouble sensoriel. En effet le sujet peut quelquefois répéter ou lire correctement une phrase, sans la comprendre. La paraphasie tient surtout à un trouble de la mémoire verbale, puisqu'en guérissant, le sujet n'a plus de surdité verbale et se rend compte qu'il bafouille.

c) L'aphasie motrice pure, comporte toujours, contrairement à l'opinion classique, une atteinte de la notion du mot et du langage intérieur. Il existe toujours un déficit de l'écriture spontanée (troubles de la syntaxe tout au moins), et encore plus sous dictée. La réussite de l'expérience de Proust-Lichtheim, est due à ce que le sujet a évoqué un mot similaire, mais non le bon. Et il évoque surtout les images visuelles. Il n'y a pas plus d'anarthrie que dans l'aphasie

motrice de Broca. Il y a amnésie verbale dissociée, le malade évoque bien le mot écrit, mais mal le mot entendu. Il y a donc vraiment trouble de l'évocation verbale, plus ou moins limitée au souvenir des combinaisons de sons, avec quasi-intégrité de l'évocation des souvenirs, des combinaisons de lettres vues.

En résumé : Dans l'aphasie c'est l'évocation volontaire des mots impliquant l'extériorisation de la pensée, qui est atteinte, avec association ou non à des troubles de la compréhension. C'est une amnésie des deux images auditives et visuelles, ou de l'une seulement. C'est une simple amnésie d'évocation (aphasie motrice) ou compliquée d'amnésie de reconnaissance (aphasie de compréhension avec surdité verbale, jargonaphasie ou paraphasie).

On peut schématiser ainsi : Aphasie de Wernicke = amnésie verbale d'évocation et de reconnaissance des images auditives et visuelles. — Aphasie motrice de Broca = amnésie verbale très grande d'évocation pour ces deux images, et minime de reconnaissance. — Aphasie amnésique = amnésie verbale légère d'évocation seule. — Aphasie motrice pure = amnésie verbale dissociée d'évocation, portant sur les seules images auditives.

Dysphasies. — Le bégaiement résulte d'un défaut de synergie entre les trois fonctions : respiration, phonation, articulation. Il y a une dysphasie striaire due à une lésion du corps strié, et accompagnée alors d'autres signes neurologiques. Mais peut-être faut-il admettre une dysphasie névropathique par perturbation de l'automatisme respiratoire et articulaire simplement.

Hallucinations verbales. — Elles semblent n'être qu'une variété vive du langage intérieur, renforcé par l'émotivité délirante. Croyant au caractère impératif, pénible, hétérogène, de cette prétendue voix, qui lui vient de son délire, y concentrant son attention, se désintéressant des impressions antérieures dont l'action réductrice cesse d'entrer en jeu, se sentant entouré d'ennemis, le malade est tout naturelle-

©BIUM

ment conduit à renier puis à extérioriser cette partie de son langage intérieur.

De même la méconnaissance de l'élément moteur de son langage intérieur donne naissance aux hallucinations verbales motrices, le sujet croyant percevoir le sens des paroles en les articulant. Il ne reconnaît plus pour lui appartenant les mouvements articulaires de son propre langage. Et il attribue ce remuement de ses lèvres et de sa langue à l'individu dont il croit être possédé.

Il n'y a aucune différence de nature entre les hallucinations sensorielles définies autrefois « perception sans objet » et les pseudo-hallucinations aperceptives où le malade croit communiquer avec autrui, par la pensée, et non par la parole.

L'hallucination n'est en somme qu'un fragment du langage intérieur de même structure, qui en est dissocié arbitrairement sous l'influence du délire.

ANGLADE (*Bordeaux*). — Le piétinement de la question de l'aphasie depuis l'intervention de Pierre Marie s'explique parce que l'on ne tient pas compte de l'affaiblissement intellectuel si particulier, et parce que les vérifications anatomo-pathologiques ne sont qu'approximatives.

Il ne suffit pas de nier l'existence des images motrices en conservant celle des images auditives, pour donner une théorie suffisante de l'aphasie. Il faut bien que chez lui il y ait désordres moteurs puisque l'aphasique moteur auquel on répète constamment le mot, est incapable de le prononcer.

Il est tout à fait d'accord avec le rapporteur sur la psycho-genèse de l'hallucination auditive. Il s'agit d'un automatisme idéo-verbal, que le malade interprète en l'extériorisant.

VAN DER VLOET (*Bruxelles*). — Proteste avec force contre l'abandon de la méthode anatomo-pathologique qui agit sur des réalités au profit de la méthode psycho-physiologique qui agit sur des hypothèses. Les résultats insuffisants de l'anatomie pathologique sont dus à la façon déplorable dont on la traite. Il s'étonne par exemple que l'on puisse accorder la moindre

valeur à des repérages macroscopiques sur le crâne, tels que les ont donnés, MM. Pierre Marie et Foix, à propos des aphasies de guerre. On méconnaît trop souvent l'influence du refoulement des tissus au voisinage de la lésion, et la possibilité des compensations de l'hémisphère droit. Les coupes en séries montrent qu'un centre peut être intact malgré une aphasie, mais si l'écorce n'est pas touchée, les fibres associatives le sont, et le résultat est le même.

M. HESNARD (*Bordeaux*). — Présente à l'auteur quelques critiques d'ordre psychologique. Pourquoi après avoir renoncé aux images motrices, avoir recours à des images auditives motrices ? La conception de l'image est surannée dans notre époque de dynanisme. Le langage est une fonction purement motrice centrifuge. La parole c'est l'écho moteur de la voix sensorielle.

Par contre il est d'accord avec lui, en ce qui concerne son analyse des hallucinations. Elles ne sont que le reniement du langage intérieur. La voix paraît étrangère au sujet, parce qu'elle est chargée d'une pensée affective.

M. PIÉRON (*Paris*). — Félicite le rapporteur d'avoir insisté sur la valeur de la méthode d'analyse clinique, et sur la psycho-physiologie des troubles du langage. L'analyse psycho-physiologique est parfaitement objective quand l'observateur observe impartialement, sans déformer les faits, sans les plier aux théories, et sans oublier, lorsqu'il fait une hypothèse, que ce n'est pas un fait qu'il enregistre.

Justement il n'est pas d'accord avec le rapporteur en ce qui concerne son hypothèse qui est la suivante : Il existe des mécanismes moteurs et ils sont déclanchés par des images auditives et visuelles. Or les images auditives ne sont pas les seuls metteurs en branle du mécanisme. La lecture par exemple, déclanche la parole, sans interposition d'images auditives. En d'autres termes, l'automatisme de la parole et de l'écriture ne nécessite pas l'intervention des images. Celles-ci sont les conséquences de notre langage : nous nous écoutons parler.

©BIUM

M. HARTENBERG (*Paris*). — Tout en reconnaissant avec le rapporteur qu'il n'y a pas d'images conscientes, il faut admettre néanmoins un centre de coordination motrice, ayant pour fonction le dosage et la répartition des incitations, vers les centres de commande et d'exécution du langage parlé.

Il n'y a pas non plus d'image auditive, mais seulement des mécanismes de réveil des sensations qui actionnent avec une distribution correspondant à chaque mot, les éléments cellulaires des centres de perception auditive ; car le souvenir d'une sensation n'est qu'une sensation atténuée de l'objet qu'il symbolise. De même la reconnaissance des mots est le réveil des sensations de coordination motrice. Ce réveil des sensations consiste donc, non pas en images, en clichés déposés dans la substance nerveuse, mais en mécanismes dynamiques, en dispositions associatives. La conception statique des images doit faire place à la conception dynamique des mécanismes associatifs.

A chacun de ces trois mécanismes doit correspondre en théorie un type d'aphasie. La lésion du centre de réveil des sensations, donnera l'aphasie amnésique. Celle du centre de reconnaissance, l'aphasie agnosique ou cécité verbale. Celle du centre de coordination motrice, l'aphasie motrice pure. Pratiquement ces diverses formes sont le plus souvent combinées.

M. MEIGE (*Paris*). — Le bégaiement ou « dysphasie » semble lié à des lésions des noyaux gris centraux consécutives à une imperfection de leur développement. Cela est d'autant plus vraisemblable que le bégaiement est le plus souvent incurable et s'accompagne de perturbations plus ou moins accusées de tout le système moteur.

Il faut distinguer de ce groupe celui des « dystomies » comme le zégaiement, le chantonnement, etc. Ce sont des troubles d'un autre ordre à lésions portant sur le nerf ou le muscle.

On peut donc distinguer trois étages de lésions. A l'étage supérieur (écorce) on a l'aphasie. A l'étage moyen (noyaux gris) on a les dysarthries et les dys-

phasies. A l'étage inférieur (nerfs moteurs) on a les dystomies.

M. QUERCY (*Rennes*). — Le rapporteur prétend qu'il n'y a pas d'images motrices verbales et que l'émission d'un mot exige deux actes successifs : d'abord l'évocation de son image auditive, ensuite le jeu d'un mécanisme automatique moteur.

On peut soutenir le contraire, d'abord que le langage oral n'exige pas l'intervention d'images auditives, ensuite que les images verbales conscientes chez beaucoup de sujets sont motrices. Il existerait donc des images motrices verbales, mais leur rôle dans le langage ordinaire est probablement aussi effacé que celui des images auditives.

Lorsqu'on rééduque un aphasique il apprend à mieux parler sans qu'on lui rende des images auditives. C'est donc que les images auditives ne commandent pas forcément les mouvements d'articulation. — Le fait que les Allemands écrivent sans aucune représentation des caractères gothiques, et que les dactylographes tapent sans voir mentalement le clavier de leur machine, prouve que les images visuelles ne sont pas indispensables pour déclancher l'écriture.

Conclusion : 1° Les images auditives et visuelles ne jouent qu'un rôle contingent dans le langage courant. 2° Il existe des images verbales motrices très complètes. 3° Les images motrices n'ont pas un rôle plus important que les images auditives et visuelles dans le langage. 4° Si la notion des images est insuffisante, les théories nouvelles la remplacent plus par des mots, que par des réalités.

M. COURBON (*Stéphansfeld*). — L'hallucination verbale n'est le plus souvent, en effet, pas un phénomène sensoriel. Elle n'en prend l'apparence que lorsque le sujet était constitutionnellement, c'est-à-dire avant sa maladie, doué d'imagination représentative ou objectivante. L'individu doué d'imagination objectivante ne peut penser à quelque chose sans en avoir mentalement la représentation visuelle et auditive. Dans les circonstances émotionnantes il a une hallucination surtout

©BIUM

auditive. C'est que la réalité envoie constamment, tant que l'œil est ouvert, des impressions réductrices de l'imagination, tandis qu'elle n'envoie dans l'oreille, d'impressions réductrices que lorsque le silence ne règne pas.

Un tel sujet a des hallucinations verbales s'il devient délirant (psychoses chroniques ou non, confusion, démence) ou psychasthénique (coprolalie, manie blasphématoire). Dans le premier cas, des obstacles psychiques le rendent inaccessible au monde extérieur (affectivité délirante concentrant l'attention, imperméabilité démentielle ou confusionnelle à la réalité ambiante), aidés par des obstacles physiques. (Régis insistait sur les maladies organiques de l'oreille des hallucinés). Dans le second cas c'est l'état affectif seul, la peur de prononcer le mot obsédant, qui lui donne une sonorité véritable.

Il s'agit dans les deux cas, d'un automatisme mental cru d'origine exogène chez les délirants, reconnu endogène chez les psychasthéniques.

M. Brissot (*Rouffach*). — Insiste sur le fait que l'aphasie motrice n'est pas toujours la conséquence d'une diminution intellectuelle. Le déficit intellectuel d'un aphasique dépend d'une part du degré d'altération de son langage intérieur, et d'autre part de la diffusion et de la multiplicité de ses lésions. La perte du langage ne s'accompagne pas fatalement et nécessairement d'une diminution plus ou moins grande des facultés intellectuelles, de même que l'intelligence peut être profondément troublée sans que la fonction langage subisse une altération quelconque. La guerre par les traumatismes parfaitement localisés qu'elle a occasionnés, a montré que l'aphasie pouvait exister sans trouble mental. Un soldat blessé par balle tangentielle dans la région pariétale gauche ne pouvait dire que tu, tu, tu, et montrer un carnet. Revu un mois après, guéri, il expliquait avoir voulu faire comprendre qu'il était porteur du testament d'un ami, ce que d'ailleurs on avait découvert, tellement sa mimique était intelligente, et il se souvenait parfaitement de toute

la scène, preuve qu'il n'avait rien eu de démentiel. — Une aphasique, incapable de rééducation, manifeste pendant tous les actes de la vie une conservation parfaite de l'intelligence.

M. D'HOLLANDER (*Louvain*). — Croit à la réalité de l'apraxie motrice pure et admet la comparaison faite par Lipmann, entre l'apraxique et l'aphasique moteur qui ont oublié la notion des mouvements à accomplir.

M. FROMENT (*Lyon*). — La question des troubles du langage est trop difficile et trop ample, elle a un trop long passé pour qu'un point de vue nouveau puisse être d'emblée adopté par tous. « Nous constaterons toutefois que l'analyse et l'explication des hallucinations verbales que nous avons esquissées ont rencontré l'approbation générale. Pour ce qui concerne l'aphasie, des points de vue différents du nôtre, et d'ailleurs contradictoires entre eux, tous imbus des doctrines anciennes, nous ont été objectés. Mais aux faits sur lesquels est étayé notre exposé, aucun fait n'a été opposé, — force nous est bien de le constater. — L'essentiel est que l'on se rende compte qu'une méthode d'analyse clinique rigoureuse, phonétique plus encore que psychologique, s'impose désormais et que cette méthode, dans les tentatives de rééducation tenaces, suivies et bien conduites, acquierre la signification et peut prétendre à l'objectivité d'une véritable méthode expérimentale.

« A ce titre, rien ne peut prévaloir contre les renseignements qu'une telle méthode nous a fournis. Comment l'étude anatomo-pathologique la mieux dotée de toutes les acquisitions modernes pourrait-elle permettre de s'inscrire en faux contre des données ainsi recueillies ? Quand elle le fait, c'est qu'elle se paie de mots, passe insensiblement et sans s'en rendre compte de ce qu'elle a constaté à ce qu'elle suppose. Ainsi s'expliquent les controverses anatomo-pathologiques récentes et ce débat sur les centres du langage qui, depuis qu'il a été ouvert, est resté sans conclusions définitives. »

La méthode anatomo-clinique ne suppose-t-elle pas

©BIUM

d'ailleurs la collaboration étroite et constante de la clinique et de l'anatomo-pathologie et ne doit-on pas toujours donner le premier pas à la clinique, sans laquelle les constatations anatomo-pathologiques les plus exactes et les plus minutieuses demeurent et demeureront toujours ininterprétables ?

Toute observation, si complète fût-elle au point de vue anatomo-pathologique devrait désormais être, et sera certainement un jour ou l'autre, considérée comme nulle et non avenue, si elle méconnaît la nécessité de cette analyse clinique, phonétique et même psychologique, méthode toute objective et expérimentale, que nous avons préconisée.

L'adaptation du malade mental à son milieu (spécialement au point de vue de l'assistance familiale), M. F. Sano (*Gheel*). — Rapport d'assistance.

Jadis lorsqu'on traitait l'aliéné comme un être dangereux par la coercition, c'est une adaptation aux mesures répressives qu'il devait avoir. Maintenant que l'on a su reconnaître tous les besoins physiques et moraux de l'aliéné, on s'aperçoit que l'asile n'est pas l'endroit idéal pour lui et que le travail en liberté surveillée dans le milieu social constitue le meilleur moyen de traitement.

Adaptation bio-chimique. — Elle est réalisée lorsque se produit une augmentation de poids, une amélioration des échanges. On l'obtient par une nourriture saine, copieuse, riche en vitamines, par le repos au lit quand c'est nécessaire ou par une activité mesurée.

Adaptation psychique. — Elle dépend en grande partie des premières impressions reçues par le malade à son arrivée. Les locaux doivent être souriants, le régime agréable, le travail entrecoupé de jeux, de distractions, l'aspect du jardin, de la basse-cour, de la ferme, des ateliers doivent être accueillants. « Une fois installé le malade donne sa sympathie aux objets matériels et aux animaux. On le constate même chez le dément précoce dont l'affectivité est profondément diminuée, la caresse du chien le fait rougir.

S'il consent à mener la chèvre ou la vache le long des routes il est sauvé. On voit des malades s'attacher particulièrement à un arbre, le soigner avec une attention jalouse et sublimer ainsi des sentiments, qui sont les restes ultimes d'anciennes passions violentes. Le débile, qui s'est trouvé froissé des moqueries des adultes, se complet aux jeux des enfants ! »

« A côté de ce besoin d'amour vient le second grand besoin de l'aliéné, le besoin de protection. Le désir de s'assurer une sécurité se traduit par les titres dont il pare ses hôtes, père, mère, oncle, tante. Le médecin et l'infirmier sont également pour lui des puissances capables d'arrêter les dangers dont il pourrait se trouver menacé. L'établissement devient un asile tutélaire et le « refuge dans la maladie » y trouve des organisations concrètes et efficaces qui rendent sa situation tolérable.

« Le troisième besoin psychique de l'aliéné est le besoin d'idéalisme.

« Le « Moi » s'affirme par l'affection portée sur les êtres et les objets de l'entourage, affection qui se traduira par des attentions efficaces, par des services matériels, ou simplement par l'affirmation d'une sympathie respectueuse, témoignage d'estime qui est considéré en lui-même déjà comme un bienfait, puisqu'il doit profiter à l'être aimé par l'augmentation de la considération dont on l'entoure

« Ainsi affirmé, le « moi » prétendra avoir droit de son côté à l'existence et à la protection. L'être aimé, qu'il soit animal, homme ou divinité, devra répondre aux témoignages dont il est l'objet, sous peine d'entrer en disgrâce pour le trouble porté à la construction psychique de l'adorateur. Une malade avait un jour retourné toutes ses icônes, le nez contre le mur, sauf une seule petite statuette qui avait trouvé grâce, pour bien marquer la faute des autres. Une faveur attendue n'avait pas été accordée, malgré d'ardentes prières. Mais le « moi » ne se contente pas de son affirmation et du sentiment de sécurité qui lui est accordé. L'orgueil humain n'a pas de bornes, et le « moi » prétend à l'immortalité. La sécurité pré-

©BIUM

sente ne lui suffit pas, il veut assurer une sécurité absolue pour l'avenir. Ainsi le malade se construit des systèmes, qui se rapprochent de ceux des êtres normaux ou qui portent l'empreinte de la faiblesse ou de la perversion de l'entendement. »

Adaptation sociale. — « Il serait abusif de parler d'adaptation sociale dans le cas des malades soignés à l'asile. Et cependant certains y peuvent rendre des services notables, sortir régulièrement et pénétrer dans des milieux libres ; aider au ravitaillement ; assister à la correspondance avec les familles. Ils participent alors incontestablement à la vie nationale et la lecture des revues ne les laisse pas indifférents.

« En assistance familiale un grand nombre de malades ne quittent que fort peu le logis de leurs parents d'adoption. Les uns y mènent une vie oisive, et les autres y aident aux travaux sédentaires ou agricoles. Le dimanche on se rend à la messe le matin, quelquefois on se promène dans les environs l'après-midi. Les préoccupations, dès lors, ne dépassent pas le cercle des intérêts familiaux. Mais d'autres participent réellement à la vie communale. Certains s'en vont travailler chez le voisin dans l'espoir d'une récompense qui permettra quelque dépense somptueuse. L'un rembourre des chaises en hiver et peint des façades en été. Un autre colporte des cartes postales. Un autre avait organisé des courses de vélodrome. La première société de musique qui exista à Gheel fut fondée par un maniaque.

« Là se trouve en effet le grand bienfait de la colonie de donner à tous en tout temps l'occasion de maintenir le jeu normal des fonctions psychiques, de continuer le contact avec l'organisation sociale où la concurrence empêche l'engourdissement, où le désir peut se satisfaire, et dont l'adversité même, rédemptrice, n'est pas exclue.

« Entre le malade de l'asile et celui de la colonie, il y a la même différence qu'entre le lion de ménagerie et l'animal nerveux qui circule dans la brousse, qu'entre le chien et le loup de la fable. Leur avantage est de « courir encore ». Une gamme insensible conduit

du normal à l'anormal, et l'adaptation à un milieu nouveau permet de refaire la personnalité et d'atteindre un nouvel équilibre, qui n'exclut nullement les joies les plus pures : une vie méritante et un réel bonheur ! »

M. Auguste MARIE (*Paris*). — Reporte à Gheel et à Lierneux, c'est-à-dire à la Belgique, le mérite d'avoir servi d'exemple aux colonies fondées par lui en 1891 dans le Cher, à Dun-sur-Auron, et dans l'Allier, à Ainay-le-Château. A l'heure actuelle, elles comptent 2.000 malades. Il expose ensuite, en son nom et en celui de M. Fleuriot, conseiller général de la Seine, la conception de la colonie de Lurcy (Allier) en création. Elle recevra les convalescents des asiles insuffisamment rétablis pour être rendus à la liberté. Elle sera sous le régime ouvert, et par conséquent différente des Colonies de Chroniques soumis à la loi de 1838. Elle fonctionne depuis quelques mois, et déjà une demi-douzaine des sorties d'essai ont été transformées en sorties définitives. Cela sur un total de 20 malades, ce qui est un résultat très encourageant. Et ce qui démontre la valeur curative de ce séjour.

M. VERVAECK (*Bruxelles*). — Proteste contre l'accusation adressée par le rapporteur à la Ligue d'hygiène mentale de Belgique d'être dirigée contre les aliénés. Son but est prophylactique.

La société a le devoir de traiter tous les aliénés et d'épargner toutes les vexations et toutes les souffrances possibles à ceux qui sont inoffensifs. Elle doit agir de même avec les autres, mais prendre toutes les mesures nécessaires pour se protéger contre les dangereux. Ceux-ci existent. Mais comme il ne vient à personne de compétent l'idée de leur laisser une liberté redoutable, ils n'arrivent pas dans les services de colonies. Le but de la Ligue d'hygiène mentale est de faire surtout de la prophylaxie.

M. COURBON (*Stéphansfeld*). — Propose ces trois définitions des termes du rapport.

I. L'adaptation est un état de satisfaction, consciente ou non, de l'individu à l'égard des conditions d'existence inhérentes au milieu, accompagné de l'exercice

©BIUM

d'une activité conforme à ces conditions. Cela permet de distinguer l'adaptation de la résignation et de l'indifférence.

II. Le milieu est l'état d'une collectivité plus ou moins hermétiquement séparée du reste de la société. Et l'on distingue : *a*) L'asile hôpital, c'est-à-dire l'enceinte des quartiers, où le sujet, séparé physiquement et moralement, sous la direction immédiate du médecin, peut s'occuper à des travaux d'infirmier auxiliaire, ou, comme le font certains persécutés, à des travaux artistiques ou scientifiques. *b*) Les annexes de l'asile, où la séparation est moindre, et où le travail dans les bureaux ou les ménages rappelle celui de la vie libre. *c*) La colonie, où il y a non séparation mais éloignement de la société avec travail social en compagnie de collaborateurs sélectionnés. *d*) La vie en liberté.

III. Les malades mentaux adaptables sont ceux qui sont capables de travail et doués d'affectivité. Donc ne sont pas adaptables les déments, les confus, les grands agités ou déprimés.

Peut-être la comparaison des malades adaptables à chacun de ces divers milieux fournirait-elle des éléments de réponse aux deux questions suivantes : Comment reconnaît-on l'adaptation indice de chronicité à ne pas souhaiter et l'adaptation désirable, indice de guérison ? Peut-on avant toute expérience prévoir qu'un convalescent capable d'un travail donné dans un milieu d'assistance en sera capable en liberté ? Question importante pour les sujets à réactions dangereuses.

M. Crocq (*Gand*). — A toujours soutenu qu'il y a lieu d'accorder le maximum de liberté aux aliénés. Il est le partisan convaincu de l'excellence des colonies familiales pour ceux qui ne sont pas dangereux. Il l'a prouvé dans la discussion qui eut lieu il y a quelques années au Congrès de Milan.

Mais il y a des aliénés dangereux. Et il n'est pas besoin d'attendre qu'ils aient commis des crimes pour leur refuser l'extrême liberté que l'on accorde à ceux qui sont inoffensifs.

M. VAN DER SCHEER (*Santpoort*). — La distinction entre l'aliéné d'asile et celui de colonie n'est pas aussi radicale que celle du loup et du chien. Il y a toute une gamme de différences et de ressemblances entre ces deux états. La colonie devrait être autant que possible près de l'asile, car d'un jour à l'autre le même sujet peut avoir besoin d'être interné, ou devenir capable d'une certaine liberté. La rééducation et le traitement pourraient ainsi plus aisément se combiner.

M. REPOND (*Monthey*). — Insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis avant le placement familial. Ce sont les schizophrènes qui y conviennent le mieux. Leur criminalité est infiniment rare quand on les traite avec adresse. Ils guérissent généralement. Trois étapes sont à considérer dans leur traitement. D'abord l'asile fermé, où il n'y a pas lieu de les garder longtemps. Ensuite l'asile ouvert, d'où ils ne cherchent pas à fuir. Enfin la colonie, où ne resteront que ceux qui manquent de famille, ou qui n'ont d'attaches que dans une grande ville, c'est-à-dire dans un milieu social inhabitable pour eux. De la sorte, on obtient avec des frais minimes de très bons résultats.

M. CHRISTIN (*Genève*). — Dans le canton de Vaud, au lieu de grouper les malades dans des villages, comme à Gheel ou à Dun, on les dissémine. Cela à cause de conditions matérielles du pays. Deux ou trois malades du même sexe sont installés dans une maison isolée du cabaret dans divers hameaux. Ils vivent d'une façon plus indépendante, n'ayant que les inspections du médecin pour les soutenir. Cette assistance, quoique moins dispendieuse, produit d'aussi bons résultats.

M. DECROLY (*Bruxelles*). — Attire l'attention sur le problème de l'assistance familiale de l'enfant anormal. Elle est plus difficile à réaliser que pour l'adulte. L'enfant est plus exposé à l'exploitation. Le milieu est plus difficile à trouver. Et pourtant, il est des enfants qui, inadaptables à l'établissement pédagogique, s'adaptent parfaitement à la vie familiale.

M. VERMEYLEN (*Gheel*). — Est du même avis. Bien des enfants délinquants, dits couramment « enfants

©BIUM

du juge », dont on ne peut rien obtenir à l'école, se rééduquent très bien dans une famille. Mais il est difficile de trouver celle-ci.

Contrairement à M. Repond, il ne croit pas à l'importance du diagnostic préalable pour prévoir la conduite du malade dans la colonie, surtout en ce qui concerne l'enfant. Insupportable dans la famille où il a vécu jusque-là, on est surpris des transformations opérées dans celle où on le place.

M. Sano (*Gheel*). — Le mode des placements suisses est un dispersement qui enlève au malade l'impression d'être dans un milieu psychiatrique, qui le prive de la satisfaction du besoin de protection et d'affection si ancré chez lui. Cette organisation conviendrait plutôt à des convalescents qu'à des malades. La colonie comme Gheel, c'est-à-dire familiale, par contre, convient imparfaitement aux convalescents, car ce qui caractérise ceux-ci, c'est le désir d'échapper au milieu psychiatrique. De plus, le nourricier s'attache d'autant plus à un nourrisson qu'il l'a eu dès le début, qu'il l'a connu plus malade, qu'il a vu et aidé sa marche vers l'amélioration.

Tout en ayant la plus grande estime pour la personne et pour la science de M. Verwaeck, et sans dénier la valeur de la Ligue d'hygiène, il maintient qu'on peut soigner à Gheel des malades aussi difficiles que dans des asiles fermés. Les asiles pour aliénés dangereux ont leur raison d'être et il félicite leurs fondateurs, notamment M. Henri Colin, mais uniquement pour les malades qui ont prouvé qu'ils étaient véritablement tels. Il faut se méfier de ses propres impressions. Y a-t-il un signe qui permette de reconnaître par avance qu'un malade commettra un attentat ?

Ce qu'il a blâmé, c'est la formule dont s'était servi M. Crocq : « Tout aliéné est un candidat à la criminalité », et non pas la façon savante et humanitaire dont il traite les aliénés.

Il adopte les définitions que M. Courbon a données de l'adaptation, du milieu et du malade mental adaptable. Mais il est impossible de répondre autrement que par le recours à l'expérience à ses questions

concernant la valeur pronostique de l'adaptation d'un malade à un milieu d'assistance donné, et la possibilité de savoir si le sujet pourra exercer la même activité sociale en liberté que dans l'asile ou à la colonie.

II. COMMUNICATIONS

A. Psychiatrie

Sur l'histoire de l'assistance psychiatrique, M. De Massary (*Paris*). — Dans son discours d'ouverture de la session, le président français donne un éloquent raccourci de ce que fut l'assistance des aliénés. Il montre comment les mesures les plus modernes avaient déjà reçu un commencement d'application sous l'ancien régime, si décrié.

On peut retrouver dans les salles spéciales des hôpitaux, dans certains établissements dont le personnel, comme celui des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, s'était consacré aux soins de ces malades, dans l'organisation de certaines prisons, comme la Bastille, les équivalents de l'asile hôpital qu'on réclame, de l'asile fermé qu'on connaît, de l'asile de sûreté qu'on vient de créer.

La lettre de cachet obtenue par requête au roi, le placement ordonné par les autorités de leur propre initiative ou à la requête des particuliers, étaient l'équivalent du placement d'office. L'admission directe du malade amené par la famille à l'hôpital était l'équivalent du placement volontaire.

Enfin, les enquêtes faites avant l'ordre d'admission et les inspections passées dans tous ces établissements prouvent que le souci de la liberté individuelle et celui du salut de la société n'étaient pas méconnu de nos ancêtres, dans leur organisation de l'assistance aux aliénés.

Représentation graphique de l'état mental des psychopathes, M. Crocq (*Bruxelles*). — Sur une feuille, des colonnes verticales et parallèles sont réservées à

©BIUM

chacune des rubriques suivantes : orientation, attention, mémoire, association des idées, affectivité, activité, sens moral, excitation avec ou sans délire, dépression avec ou sans délire, persécution, résignation, hypocondrie, réaction, incohérence, confusion, impulsions générales contre soi ou contre autrui, hallucinations des divers sens et de la cénesthésie. Une marge enfin est réservée aux notes complémentaires : antécédents, réactions sérologiques, évolutions.

Cette fiche complète celle qu'avaient donnée Gilbert Ballet et Génil-Perrin. En traçant des hachures plus ou moins nombreuses dans chaque colonne, suivant l'état du malade, on a un tableau objectif de sa maladie. Et chaque psychose se présente aux yeux des élèves avec une physionomie spéciale sur le papier.

Plusieurs projections démonstratives illustrent la communication.

Contribution à la psychogénèse des psychoses délirantes chroniques, M. HESNARD (*Bordeaux*). — L'application de l'analyse affective, suivant la direction de la psychoanalyse, à deux malades, a montré le rôle que dans l'affectivité inconsciente l'automatisme vésanique joue, ainsi que la valeur symbolique des réactions délirantes.

Dans un cas, il s'agissait d'un individu à la fois taré d'impulsions vicieuses et élevé dans une morale sévère. L'ambivalence et les conceptions délirantes qu'il présenta au cours d'un délire chronique étaient la résultante de la conversion morale opérée en lui. Les idées délirantes d'influence n'étaient que les impulsions vicieuses auxquelles il attribuait une origine étrange, ne voulant plus leur obéir.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une délirante hallucinée de l'ouïe et de la sensibilité génitale arrivée au retour d'âge. Les prétendues voix, dépourvues apparemment de caractère affectif, ne font que traduire les divers épisodes de sa vie misérable d'antan, et les prétendues persécutions génitales dont elle se plaint ne sont que la preuve du dégoût qu'elle éprouve pour les besoins sexuels qu'elle avait autrefois.

En somme, la création d'une réalité étrangère au moi et l'attribution à autrui des phénomènes d'automatisme mental, qui sont le noyau de la poussée délirante, ne sont que la conséquence d'une dénégation opposée par le sujet à une partie de sa vie affective.

Les psychoanalystes considèrent que ce sont simplement des tendances refoulées qui donnent l'essor à cette poussée affective. Pour Hesnard, ce sont des forces affectives tératologiques, des néoformations de nature primitivement organique. (M. Minkowski).

Guérison tardive d'un état pseudo-démentiel après plus de quinze ans, MM. ARNAUD, SOLLIER et VIGNAUD (*de Paris*). — Une femme présenta à la ménopause une mélancolie délirante, qui dura plus de 16 ans avec toutes les apparences de la chronicité et parfois même de la démence : automatisme, désintérêt de l'entourage. Puis une guérison complète apparut, la malade prouvant par son récit que bien des événements qu'elle semblait ne pas avoir observés pendant sa maladie avaient été pourtant très bien remarqués par elle.

Au bout de 15 ans d'un retour à la vie normale, rechute rapide, suivie bientôt de mort par broncho-pneumonie.

Sans pouvoir trouver dans cette observation les indices de curabilité d'un état mental pathologique chronique; les auteurs la rapportent comme preuve de la prudence à apporter dans le pronostic des psychoses chroniques.

Fétichisme et réflexes conditionnels, M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — On sait depuis Pawlow qu'après avoir plusieurs fois montré de la viande et une étoffe rouge à un chien, pour provoquer sa sécrétion salivaire, il suffit de lui montrer l'étoffe rouge toute seule pour déterminer la même sécrétion C'est le réflexe conditionnel. C'est par un mécanisme analogue qu'on peut expliquer l'origine de certains fétichismes. La perception d'une seule partie du corps ou d'un objet qui est généralement une pièce du costume finit par

©BIUM

suffire au déclanchement du réflexe génital, parce que cette perception a fait partie de l'ensemble des perceptions associées aux premiers émois sexuels du sujet.

Cette théorie appliquée aux descriptions de Restif de la Bretonne, célèbre par son fétichisme, et à des observations personnelles, est plus satisfaisante que l'explication purement verbale de Freud, pour qui le fétichisme résulte du transfert de l'affect consécutivement à un traumatisme psychique sexuel de l'enfance.

M. PIÉRON (*Paris*). — Le fétichisme a toujours existé et est primitif. Le réflexe conditionnel au contraire, est l'œuvre de l'éducation ; il ne s'établit que peu à peu ; il faut l'entretenir en donnant de temps en temps à manger à l'animal, après qu'on lui a fait voir la couleur rouge ou en lui montrant de la viande, sans quoi il disparaît. Le fétichiste n'est sexuellement excitable que par son fétiche.

M. HESNARD (*Bordeaux*). — Il ne s'agit pas d'une association fortuite et artificielle d'images avec la volupté sexuelle, comme c'est le cas dans le réflexe conditionnel de Pawlow. Le fétichisme résulte d'une association instinctive et indissoluble de telles ou telles images avec le réflexe sexuel.

M. MINKOWSKI (*Paris*). — La théorie de Freud paraît plus admissible. Le fétichisme est un arrêt de développement ou un retour de la sexualité à un stade infantile.

Sur un cas de sadisme, MM. PERRENS ET DESPORT (*Bordeaux*). — Une épileptique, cérébelleuse fruste, présenta des obsessions, impulsions et des tics qui nécessitent son internement : coprolalie, exhibitionnisme, impulsions à toucher les objets à sa portée et les cheveux de ses voisines, masturbation. Celle-ci n'est voluptueuse qu'à la condition que la malade se fasse une triple représentation mentale : une couveuse pleine de nourrissons, une idiote dont elle-même touche les parties génitales, les deux mots : maladie mentale.

La psychanalyse permet d'interpréter l'exhibition-

©BIUM

nisme comme la résultante de la substitution de la malade à l'idiote de la représentation mentale, et l'envie de tirer les cheveux des voisines comme la transformation du désir inconscient qu'elle refoule de toucher leurs parties génitales.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — L'association entre l'anxiété et les manifestations sexuelles est fréquente. Sous l'influence de la peur, il y a une excitation des pneumogastriques. Et l'érecteur sacré entre en fonction provoquant l'érection, et mettant les organes génitaux en état d'accomplir l'acte sexuel.

M. HESNARD (*Bordeaux*). — Dans le mécanisme très compliqué de ces troubles, il est probable que le procédé du transfert affectif entre en jeu.

M. HARTENBERG. — Ce qui augmente encore la difficulté de ceux qui veulent donner une interprétation pathogénique d'un tel cas, c'est qu'il ne s'agit pas d'une simple obsédée, mais d'une psychopathe à troubles mentaux bien plus compliqués que ceux de l'obsession et de l'impulsion.

Les troubles psychiques de la maladie du sommeil dans les contingents coloniaux, M. CASANOVE (*Roche fort*). — Les complications mentales de la trypanosomiase sont assez fréquentes. Elles consistent en hallucinations avec désorientation, agitation ou au contraire inhibition, avec délire expansif, rappelant la confusion mentale ou parfois la paralysie générale, comme l'a dit Régis.

Syphilis et troubles mentaux, M. HOVEN (*Mons*). — Statistique d'une recherche de la réaction Bordet-Wassermann chez 757 aliénés. Elle a été positive dans 17,83 pour 100 des cas.

En retranchant les cas de paralysie générale et de syphilis cérébrale, elle a été positive dans 13,24 pour 100. Et il s'agissait alors de débilités mentales à divers degrés (20 pour 100), de démence artérioscléro se ou sénile (16 pour 100), de démence précoce (15 pour 100).

©BIUM

La syphilis neurotrope, MM. LEVADITI et A. MARIE (*Paris*). — La continuation des recherches faites en collaboration à l'Institut Pasteur, par des inoculations à des lapins et à des singes notamment, ont confirmé leur conviction de la dualité des deux virus syphilitiques : l'un, neurotrope, produisant les lésions du système nerveux, l'autre, dermotrope, produisant des lésions des téguments. Ils ont vu le virus de la paralysie générale infecter des sujets immunisés au virus dermique. Pratiquement, la médication antisyphilitique renforcée par la médication pyrétogène est à employer contre le virus de la paralysie générale.

M. DE MASSARY (*Paris*). — Le terme de parasyphilis appliqué par Fournier aux troubles nerveux du tabes et de la paralysie générale, est critiquable. Mais la chose qu'il désigne est certaine, car il y a lieu de distinguer au point de vue clinique et pronostic, la syphilis nerveuse et la parasyphilis. Quand le tréponème s'attaque à un tissu réparable des organes nerveux il donne une syphilis. Quand il s'attaque au neurone, c'est-à-dire à un tissu irréparable, il donne une parasyphilis, incurable, du moins avec retour *ad integrum*.

M. Rodolphe LEY (*Bruxelles*). — De trois médecins ayant contracté la syphilis avec la même femme, le même jour à la suite l'un de l'autre, deux sont devenus paralytiques généraux, l'autre tabétique. Cette constatation est un argument en faveur de la syphilis neurotrope.

M. CROCQ (*Bruxelles*). — Voici encore un argument en faveur du neurotropisme de certaines syphilis. Un ouvrier syphilitique, en voulant enlever un corps étranger de l'œil d'un camarade à l'aide de sa langue, lui donna la syphilis, car sans le savoir, il était porteur de plaques muqueuses. L'ouvrier est mort tabétique il y a 5 ans, et le camarade est actuellement atteint de tabès.

M. ALEXANDRE (*Bruxelles*). — La différence de réactions nerveuses ou cutanées des sujets à la syphilis n'est pas une preuve de l'existence de 2 virus dif-

©BIUM

férents, car à d'autres infections, vaccine, tuberculose, etc., les réactions des individus sont différentes. C'est la constitution du sujet, sa formule humorale qui le prédestinent à réagir de telle ou telle façon, de localiser sa syphilis sur la peau ou le système nerveux. — D'après les travaux de Dujardin il faut distinguer la syphilis allergique et la syphilis anallergique. C'est sur cette distinction qu'on peut baser la différence entre syphilis et parasyphilis.

M. ANGLADE (*Bordeaux*). — Ce qu'il y a de certain, c'est que cliniquement la syphilis du paralytique général a généralement été très discrète. Souvent elle a passé inaperçue. Au contraire, la syphilis qui donne des artériopathies, des gommes, des encéphalo ou myélopathies a toujours été plus ou moins bruyante.

Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce, M. Aug. LEY (*Bruxelles*). — L'inoculation de 2 ou 3 cm³ de sang pris à un paludéen fébricitant non en période pyrétique, c'est-à-dire entre deux accès, est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané du paralytique général. On laisse la malaria évoluer plus ou moins longtemps. Généralement au bout de la 12e poussée de fièvre, on traite la malaria par la quinine (méthode de Wagner-Pilcz).

Puis on installe le traitement classique par le néosalvarsan. Injections hebdomadaires intraveineuses de 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, ou par d'autres agents.

Les régressions apparues déjà avant l'administration du néosalvarsan vont en s'accentuant. Quelquefois, les réactions humorales du sang et du liquide céphalorachidien deviennent négatives. Wagner et Pilcz ont observé des rémissions qui durent une dizaine d'années. L'expérience en Belgique n'est pas si longue, mais les régressions des troubles mentaux sont incontestables.

M. DONAGGIO (*Modène*). — Il est inutile de recourir à la médication antisyphilitique. L'inoculation malarienne suffit à assurer l'effet thérapeutique.

©BIUM

M. DARDENNE (*Dave*). — Sur 57 malades traités, 4 ont repris leur situation sociale, 21 autres sont très améliorés. C'est dès le début de la paralysie générale qu'il faut faire l'inoculation.

M. MOLIN DE TEYSSIEU (*Bordeaux*). — On obtient des régressions analogues par l'inoculation de tuberculine, non suivies de traitements spécifiques.

M. ANGLADE (*Bordeaux*). — La tuberculine en effet produit des rémissions mentales certaines, sans modifier le sang ni le liquide céphalorachidien. Mais ces rémissions ne tiennent pas et surtout ne progressent pas. Elles font naître de décevantes espérances, elles créent des situations extrêmement pénibles, car le paralytique général que l'on croit guéri fait souvent sa rentrée dans la société par quelque désastreuse initiative.

M. VAN DER SCHEER (*Santpoort*). — La pratique des inoculations de malaria, en raison de ses bons effets, doit être systématiquement appliquée à tous les paralytiques généraux.

M. DE MASSARY (*Paris*). — La disparition des réactions humorales du sang et du liquide céphalorachidien ne préjuge pas de la guérison. Chez deux paralytiques généraux, on l'a constatée d'une façon transitoire et la maladie a évolué néanmoins avec gravité.

Leucopyrétothérapie associée au bismuth dans le traitement de la paralysie générale et du tabes, MM. A. MARIE et V. KOHEN (*Paris*). — Sur 43 paralytiques généraux, qui depuis 18 mois sont traités par des injections de bismuth associées à la tuberculine à dose croissante, 25 sont entrés en rémission. Mais le tabes et la syphilis nerveuse sont encore plus accessibles à cette thérapeutique combinée.

Essai de narcothérapie, MM. LIVET, BONNET-LEMAIRE et ROGER (*Paris*). — Le haschisch, dont on connaît la vertu euphorisante, a été essayé dans divers états de dysphorie avec un certain succès. Pendant plus ou moins longtemps, il a diminué ou suspendu

©BIUM

les délires dépressifs. Il n'entraine pas l'accoutumance, mais il doit être administré jusqu'à l'apparition de l'état onirique, état qui est l'indice de l'imprégnation de l'organisme par le chanvre indien.

L'orientation professionnelle chez les débiles mentaux, M. ALEXANDER (*Bruxelles*). — Malgré une débilité intellectuelle très considérable, des individus sont capables de mener une existence sociale assez satisfaisante, de gagner assez bien leur vie. C'est que le caractère joue un grand rôle dans la conduite de l'homme. Un individu d'intelligence inférieure, mais sans perversion et sans instabilité, est susceptible d'une certaine adaptation.

L'orientation professionnelle, en permettant de reconnaître les aptitudes d'un débile mental qui les ignorait, facilite son classement social et l'élève au-dessus du rang qu'il aurait atteint si on l'eut laissé s'engager dans un métier incompatible avec ses moyens.

L'activité de la Ligue d'hygiène mentale de Belgique, M. DE CRAENE (*Bruxelles*). — Le but est d'abord de coordonner et de seconder les efforts des œuvres de prévention, d'éducation, de traitement et de patronage, ensuite de créer les œuvres là ou il y en a besoin, enfin, de répandre les notions de prophylaxie et d'hygiène mentales à l'école, dans l'armée, dans les administrations et toutes les collectivités. Des sections spéciales ont chacune son champ d'action : adultes et enfants normaux — enfants anormaux — malades mentaux — centres ouvriers — armée — prisons — hôpitaux et asiles — prophylaxie du vagabondage.

Les organismes sont les dispensaires avec infirmières visiteuses, les tracts, les conférences, même par T. S. F.

C'est donc une ligue contre la propagation de l'aliénation mentale et non contre les aliénés, comme on l'a dit avec malveillance et sans fondement.

©BIUM

L'organisation d'une section pour enfants anormaux à la colonie de Gheel, M. DE VERMEYLEN (*Gheel.*) — Il s'agit d'une assistance purement familiale d'enfants anormaux, organisée par l'auteur en 1922. Elle comprend aujourd'hui 173 enfants qui vivent dans des familles de paysans et vont à l'école. Ils sont donc dans les mêmes conditions que les autres enfants d'un village quelconque, puisqu'ils ne sont pas internés et puisqu'ils partagent la vie des cultivateurs. Mais leur école est une école spécialisée.

De la sorte, l'enfant s'instruit grâce à des méthodes à sa portée et ne perd pas contact avec les gens au milieu desquels il devra vivre plus tard.

L'influence de la loi de 1919 prohibant en Belgique la vente de l'alcool au détail dans les cabarets sur la diminution des psychoses alcooliques, M. BOULANGER (*Waterloo*). — On sait qu'on ne peut plus avoir de verres d'alcool dans les brasseries et cafés, et que l'on doit acheter un minimum de 2 litres d'alcool à la fois chez l'épicier. L'effet de cette loi a été d'empêcher les troubles mentaux alcooliques d'atteindre le niveau d'avant-guerre. En 1914, l'alcoolisme fournissait de 15 à 20 pour 100 sur le total des psychoses. En 1922, il n'en fournissait que 5, 10 pour 100. De plus, il y a moins d'hommes internés qu'en 1914, tandis qu'il y a autant de femmes.

Considérations psychiatriques sur le projet d'une loi nouvelle pour le Danemark, M. WIMMER (*Copenhague*). — Le principe essentiel de cette loi pénale est que les mesures à appliquer au délinquant ne comportent que le minimum de souffrances inutiles. Le but est de redresser, de réformer le coupable et non de le punir, de le faire souffrir.

M. VERWAECK. — Le code pénal devrait posséder trois sortes de sentences : l'une, pénale, pour réprimer le méchant, l'autre défensive, pour éliminer de la société l'être dangereux, la dernière thérapeutique pour guérir le malade.

©BIUM

L'activité des annexes psychiatriques des prisons belges, M. VERWAECK (*Bruxelles*). — Depuis 3 ans 1/2, on y a observé 608 détenus. Et on y a relevé 40 pour 100 de débiles mentaux ou psychopathes constitutionnels, 21 pour 100 d'épileptiques, 5 pour 100 d'hystériques qui furent observés pour menaces ou tentatives de suicide. 5,40 pour 100 furent reconnus sains d'esprit.

De la sorte, on peut dépister les simulateurs sans risquer de leur apprendre la simulation, comme on le fait quand on les met en observation dans un asile d'aliénés, et on peut traiter les malades rapidement curables. Les salles d'observation sont des salles d'hôpital avec jardin, et le médecin aliéniste en est le chef. Il y a 4 annexes : Bruxelles, Gand, Anvers, Louvain. Il y est fait des cours d'anthropologie et de psychiatrie aux magistrats.

B. NEUROLOGIE

Nouvelles recherches sur l'anatomie des couches optiques, MM. D'HOLLANDER et DE GREEN (*Louvain*). — D'expériences pratiquées sur le lapin par la méthode des dégénérescences, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : 1° Les voies cortico-thalamiques antérieures médiales et ventrales naissent de l'aréa-frontalis, écorce du lobe frontal (4 + 6 et 1 + 3).

2° Les voies corticothalamiques latérales, géniculées externes, prétectales superficielles (cortico-pédonculo-opto-postérieures), tectales antérieures superficielles (cortico-pédonculo-opto-antérieurs) naissent de l'aréa-occipitalis, écorce du lobe occipital (17 + 18).

Les expériences n'ont pas encore apporté de données précises concernant l'origine des voies cortico-thalamiques postérieures.

Ces données expliquent la possibilité de localisations fonctionnelles dans la couche optique et la différence de valeur biologique des aires de l'écorce.

M. DONAGGIO (*Modène*), demande si les auteurs ont pu isoler des voies entre l'écorce et le locus niger et ce qu'ils pensent de ses méthodes de coloration.

©BIUM

M. D'HOLLANDER (*Louvain*). — Des voies entre le cortex et le pallidus n'ont pas été isolées. D'ailleurs il ne faut pas conclure forcément de la constitution trouvée chez le lapin à celle de l'homme. Les méthodes du professeur Donaggio n'ont pas encore été employées, mais le seront.

Un cas d'aphasie de Wernicke et un cas d'aphasie motrice, tous deux suivis d'autopsie, M. Rodolphe LEY (*Bruxelles*). — L'autopsie révéla chez un individu atteint de troubles paralytiques légers du côté droit, incapable de lire et de comprendre la parole d'autrui, une grosse lésion des circonvolutions pariétales gauches s'étendant profondément dans la substance blanche sous-jacente.

Elle révèle chez un autre, dont seule la capacité de parler était atteinte, des lésions marquées surtout au pied de la pariétale ascendante gauche, et presque limitées à l'écorce, puisque la seule anomalie constatée sur la substance blanche était une simple pâleur de la capsule externe.

M. FROMENT repousse le diagnostic d'aphasie de Wernicke chez la première malade, qui ne semble pas avoir eu vraiment des troubles de la compréhension. Et dans le second cas, il semble qu'il y ait eu des troubles d'articulations surajoutés aux troubles d'évocation des mots, ce qui s'explique très bien par la bilatéralité des lésions. Ces observations ne modifient pas son scepticisme concernant la valeur des dogmes en matière anatomopathologique. Il ne faut tenir compte que des observations dont l'examen histologique a été très rigoureusement précisé. Les coupes sériées cliniques sont plus utiles que les coupes sériées anatomiques.

L'épreuve de Lichtheim-Dejerine et la prétendue intégrité du souvenir des mots dans l'aphasie motrice pure dite anarthrie, MM. J. FROMENT et SÉDELLIAN (*Lyon*). — Les auteurs montrent que la possibilité d'indiquer exactement le nombre de syllabes et de

©BIUM

lettres d'un mot n'implique nullement chez l'aphasique moteur pur l'intégrité de la notion du mot, puisque l'homme normal le peut parfois au moment même où un nom propre lui échappe. •

Pour passer avec succès cette épreuve, l'aphasique moteur pur met nécessairement à contribution son souvenir visuel verbal, puisqu'il tient compte des lettres et des syllabes muettes, et d'ailleurs, la possibilité d'écrire le mot sans erreur permet d'affirmer l'*intégrité du souvenir visuel verbal.* Mais le test ne peut nous renseigner sur l'autre constituante de la notion du mot, le souvenir de la succession des sons qui caractérisent ce mot. Rien ne prouve qu'il soit lui aussi indemne. Bien au contraire, on peut souvent se rendre compte que l'aphasique moteur *n'entend pas ce mot dans sa tête aussi distinctement qu'il le voit.* Au moment où il voit certainement le mot, puisqu'il l'écrit sans erreur, il peut en entendre résonner un autre dans sa tête au lieu et place de celui dont il cherche en vain, si on ne le lui souffle, à se représenter le mode de prononciation, la résonnance exacte. Cette constatation est de première importance, car la représentation de la succession des sons qui constituent les mots est la condition *sine qua non,* le *primum movens* de la parole.

Il n'y a pas, dans l'aphasie motrice pure, intégrité du souvenir des mots, mais bien *amnésie verbale partielle* et *dissociée* ; aussi voit-on tous les intermédiaires entre cette variété d'aphasie motrice et l'aphasie motrice type Broca.

Caractères distinctifs et formules phonétiques des dysarthries, des dysphasies et des aphasies motrices, MM. FROMENT et RAVAULT (*Lyon*). — Les auteurs montrent que la *détermination de la formule phonétique* d'un trouble de la parole est le seul *critère objectif* permettant de reconnaître s'il s'agit d'un trouble de la mémoire verbale ou du mécanisme articulaire. L'analyse doit porter sur la manière dont sont prononcés les 44 sons élémentaires ou phonèmes qui constituent les 44 notes du clavier articulaire.

©BIUM

Dans les *dysarthries*, ce sont, pour un cas donné toujours les mêmes phonèmes qui sont indistincts, et ils le sont dans des conditions bien définies : débit rapide, articulation peu appuyée, voisinage de tel ou tel autre phonème, tranches débiles du mot ou de la phrase. Les troubles de la prononciation répondent à une constante qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

Dans les *dysphasies* (bégaiements) on observe encore des achoppements portant sur tels ou tels phonèmes, mais il s'agit de difficulté d'émission et non d'une émission indistincte ; de plus, ceux-ci ne sont difficilement émis que lorsqu'ils sont bien en vue, en tête du mot, ou de la phrase, ce qui est phonétiquement paradoxal.

Dans l'*aphasie motrice pure* ou *type Broca*, l'émission de certains phonèmes peut paraître impossible. Mais le pointage méthodique, après inventaire de tous les mots ou locutions qui ont été prononcées par le malade avant toute rééducation, permet souvent de retrouver la totalité des procédés articulaires. Du point de vue phonétique, le trouble de la parole est encore bien plus paradoxal que le bégaiement. Le même phonème ou groupe de phonèmes, aisément et correctement prononcés dans un mot, ne l'est plus dans un autre, ni même à l'état isolé.

La formule phonétique des aphasies motrices n'autorise ni l'hypothèse de l'anarthrie, ni l'hypothèse classique de l'oubli des procédés articulaires. Elle incite à penser qu'il s'agit d'un trouble indirect de l'articulation par *trouble de l'évocation des sons* qui caractérisent le mot, ou en d'autres termes par oubli du leitmotiv verbal ; ce trouble rappelle ce qui se passe dans l'amnésie verbale de l'homme normal et dans l'aphasie amnésique ; il est seulement beaucoup plus intense dans l'aphasie dite motrice.

Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie ? MM. J. FROMENT et P. RAVAULT (*Lyon*). — Les auteurs montrent que le test des mots d'épreuve

©BIUM

n'est pas un critère susceptible d'établir l'existence d'un trouble du mécanisme articulaire. Le bredouillement desdits mots dans la paralysie générale, ainsi qu'en témoigne leur mode d'altération (interpolation, omission, confusion ou répétition des syllabes), ainsi que les erreurs commises dans l'écriture sous dictée de ces mêmes mots, tient à un trouble de la mémoire verbale et de l'attention associée à la dysarthrie, qui ici n'est pas pure. D'ailleurs, le dysarthrique proprement dit, qu'il s'agisse de paralysie glosso-labio-laryngée, de paralysie pseudo-bulbaire ou de sclérose en plaques, non seulement ne bouleverse jamais ainsi l'architecture de ces mots, mais, en les prononçant, n'articule pas plus mal que dans la parole courante ; c'est plutôt le contraire que l'on observe, car il s'applique.

Les erreurs commises par l'aphasique moteur, dans les cas de troubles discrets (notamment dans les aphasies résiduelles et dans les aphasies progressives par tumeur cérébrale) rappellent au contraire de tous points celles du paralytique général.

Il n'est pas légitime, ainsi qu'on l'a fait, d'en conclure que les troubles de la parole de l'aphasique moteur tiennent à un trouble de la coordination articulaire dénommé anarthrie, puisque l'on n'observe rien de pareil dans les dysarthries pures. En réalité, le test en question met beaucoup plus à l'épreuve la mémoire verbale que le mécanisme articulaire. La nature des mots choisis dans les diverses langues, qui tous présentent une succession de syllabes assez semblables entre elles pour inciter à la confusion, confirme cette manière de voir. Il s'agit donc là, en dernière analyse, d'un test de valeur nulle toutes les fois que l'on cherche à juger de l'intégrité ou de l'altération du mécanisme articulaire. Il faut renoncer à lui demander la justification d'une dysarthrie ou de la prétendue anarthrie. Même dans le diagnostic de la paralysie générale, il n'a pas une réelle valeur, car il risque de faire prendre pour une méningo-encéphalite diffuse une aphasie survenant chez un syphilitique avéré.

©BIUM

Aphasie et diabète post-traumatiques, MM. ROGER et REBOUL-LACHAUX (*Marseille*). — Les auteurs rapportent un cas d'aphasie et de diabète, dans l'étiologie duquel le traumatisme semble avoir joué un rôle prépondérant. Il s'agit d'un individu qui, à la suite d'une simple chute de sa hauteur, fut atteint d'aphasie, de glycosurie avec glycémie (3 g.) et de crises jaksoniennes. Aucun trouble autre qu'une certaine hypertension artérielle n'avait été constaté chez lui préalablement. La chute ne peut donc être considérée comme l'effet d'un vertige. Elle fut une cause et non un effet dans le syndrome. D'où l'importance médico-légale de semblables cas.

Recherches sur la physiologie du cervelet et considérations sur la physio-pathologie du tonus musculaire, M. BRÉMER (*Bruxelles*). — Chez les mammifères et les pigeons, l'excitation des zones de réception des fibres spino-cérébelleuses du lobe antérieur ou de la pyramide amène l'inhibition du tonus et de la réactivité réflexe des extenseurs de la moitié homo-latérale du corps. D'autre part, la destruction du lobe antérieur amène à elle seule, quand le tronc cérébral n'a pas été atteint, une régidité d'extension. Cela prouve que c'est dans le cervelet que se passe le mécanisme de l'inhibition. Et la voie conductrice de celle-ci passe par le noyau rouge, car après section en-dessous de lui, la rigidité décérébrée apparaît (Magnus Rædemacker) où s'exagère intensément lorsqu'elle existait déjà (Brémer).

Donc, chez l'animal, c'est dans le noyau rouge, et non dans le corps strié, qu'est le mécanisme régulateur du tonus, car celui-ci n'est pas modifié par une section sous-striée, tandis qu'il l'est par une section sous-rubrale. Chez lui également le mécanisme inhibiteur du tonus des extenseurs le plus important siège dans l'écorce du paléocervelet.

M. ANGLADE (*Bordeaux*). — Les constatations histologiques des chorées et encéphalites parkinsoniennes confirment en partie ces expériences.

©BIUM

Syndrome bulbaire régressif chez l'enfant, MM. VAN BOGAERT et NYSSEN (*Anvers*). —. Histoire d'un enfant de 14 ans 1/2 qui, en 6 semaines, après une pleurésie, fut atteint de quadriplégie avec troubles de la respiration, du rythme cardiaque, de la déglutition, de la phonation. Le syndrome atteignit son acmée en quelques jours. Et depuis 3 ans, tous les troubles ont progressivement régressé. L'étiologie ne semble pas syphilitique, comme l'était celle de 2 cas analogues publiés par Foix et Bouttier. Elle est plus vraisemblablement tuberculeuse, puisque le syndrome est survenu après une pleurésie et que l'examen radiographique des poumons, et bactériologique des sécrétions a révélé l'existence d'une tuberculose.

Tumeur de l'hypophyse avec syndrome parkinsonien, MM. VAN BOGAERT et NYSSEN (*Anvers*). — Histoire d'un malade qui, après avoir présenté des crises convulsives, puis de l'impuissance génitale, puis de l'obésité (augmentation de poids de 22 kg. en un an), de l'affaiblissement de la vue avec stase papillaire, arriva au syndrome de rigidité parkinsonienne avec rire et pleurer spasmodique. Aucune altération du liquide céphalo-rachidien, mais céphalées constantes et crises douloureuses dans le membre inférieur droit, sans signe objectif. Aucune anomalie des urines. — Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur de l'hypophyse, car la radiographie montre un élargissement de la selle turcique, tumeur intéressant la couche optique, ce qui expliquerait les crises douloureuses.

Lésions des centres nerveux dans le parkinsonisme, M. DONAGGIO (*Modène*). — Etude histologique de 3 cas avec coloration du réseau neurofibrillaire par la pyridine nitrique (méthode 4 de l'auteur), et coloration du reste du système nerveux par les colorants ordinaires (Méthode 3). Par une méthode dite « globale » on peut sur la même coupe étudier les divers éléments nerveux.

Le locus niger présente des lésions certaines des

©BIUM

neurones et il y a augmentation de la névroglie. Avec la coloration par la pyridine, on constate la persistance d'un peu de cytoplasme autour des amas pigmentaires.

Aucune lésion dans les ganglions de la base, ce qui confirme les affirmations d'Anglade. Les modifications apportées là par le formol, dont il faut se méfier, sont artificielles.

Dans les régions frontales motrices de l'écorce, lésions certaines, ignorées jusque-là, mais mises en évidence par la méthode 4 et qui consistent en : amas de corpuscules ronds ou longs, souvent le long des vaisseaux des substances grise et blanche, — pelotons de filaments granulés situés dans les lacunes, à ne pas confondre avec les corps décrits par Lévy, — plaques d'hypercoloration rappelant les plaques séniles, mais d'une substance inconnue dans la substance blanche, — lésions profondes du réseau fibrillaire endocellulaire, réseau qui à un fort grossissement paraît formé de fibrilles minces et qui est diffus, existant également dans les grandes cellules pyramidales, — aires de raréfaction qui dans la substance grise contiennent des noyaux névrogliques colorés par la métachromasie et dans la substance blanche des granulations en forme de mûres également colorés près des vaisseaux.

Donc lésions limitées au locus niger et à l'écorce cérébrale, intégrité des ganglions de la base, ce qui est contraire à la théorie pallidale du parkinsonisme. Le parkinsonisme post-encéphalitique a un siège *cortico-nigrique*, et pas simplement nigrique.

M. Anglade (*Bordeaux*). — La vraie lésion est dans le locus niger, qui est toujours atteint, et cela explique la prolifération névroglique. Par ordre de fréquence viennent ensuite les altérations du noyau rouge, du noyau dentelé, de la protubérance, de la moelle, autour de l'épendyme surtout. Les lésions corticales trouvées par M. Donaggio expliquent la gravité des troubles mentaux de certains parkinsoniens, mais n'ont pas été constatées par l'auteur.

M. Wimmer (*Copenhague*). — Dans l'encéphalite

©BIUM

léthargique, on trouve des lésions disséminées plus ou moins graves, dans le globus pallidus, le noyau dentelé, le cervelet, etc., mais les plus considérables siègent toujours dans le locus niger.

La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne, MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et CÉLICE (*Paris*). — L'encéphalite épidémique est contagieuse à toutes les périodes, d'ailleurs les lésions du parkinsonisme auquel elle aboutit sont évolutives et non cicatricielles. Un paraplégique par polyomyélite antérieure ancienne qui était couché à la Salpêtrière entre deux parkinsoniens postencéphalitiques, contracta une encéphalite léthargique typique. Comme agent de contage, il faut considérer la salive comme l'un des plus importants.

Par conséquent, il faut isoler les parkinsoniens postencéphalitiques des autres malades dans un hôpital, et dans les familles leur appliquer toutes les mesures de prophylaxie et de désinfection.

M. LARUELLE (*Bruxelles*). — La radiothérapie des glandes salivaires qui fait cesser la scialorrhée pourrait être employée comme moyen prophylactique.

M. FROMENT (*Lyon*). — Cet exemple justifie le traitement prolongé pendant 2 ans, par l'urotropine. Après un tel traitement on n'a, ni parkinsonisme, ni séquelle.

Les névrites pluritronculaires, M. CROUZON (*Paris*). — Plusieurs observations de traumatisés dont la blessure ne siégeait que sur un seul des territoires des nerfs du membre supérieur, et qui progressivement présentèrent des troubles névritiques dans les trois territoires. L'intérêt en est double. Au point de vue pathogénique, l'extension du processus morbide à un domaine dont l'innervation est assurée par d'autres fibres que celles du nerf auquel appartiennent les fibres lésées, pose un problème intéressant. Au point de vue médico-légal, il faut prévoir cette extension dans l'application de l'indemnisation d'un accident de travail.

©BIUM

M. FROMENT (*Lyon*). — S'il n'y a pas de réaction de dégénérescence dans des cas analogues, on ne doit pas dire qu'il s'agit d'une névrite. Les troubles de paralysie ou de contraction, l'atrophie musculaire, les troubles vaso-moteurs et de la réflectivité peuvent être physiopathiques, sous la seule dépendance de l'excitation réflexe produite par la lésion.

M. GUILLAIN (*Paris*). — La névrite d'un nerf dont le territoire a été respecté par le traumatisme est parfaitement possible. La pathogénie en est la même que celle de la névrite irradiante. L'infection, qui remonte par la voie des lymphatiques du filet nerveux blessé, au lieu de ne pas aller plus haut que les racines du nerf, comme c'est le cas dans la névrite irradiante, peut remonter au plexus et en atteindre les racines. Arrivée là, elle entre en contact avec des fibres qui émergent d'autres nerfs, les lèsent et produit une vraie névrite dans ces nerfs. L'infection peut même traverser la moelle et se propager aux nerfs du membre du côté opposé.

Syndrome parkinsonien par tumeur de l'hypophyse, M. ORZECHOWSKI (*Varsovie*). — Histoire d'un sujet atteint progressivement de céphalées, de somnolences et de syndrome parkinsonien, chez lequel on trouve à l'autopsie une tumeur de l'hypophyse qui, en se développant, avait bouché les trous de Monro, provoquant une hydrocéphalée marquée, et comprimé la région de la base du cerveau.

Urée sanguine, constante d'Ambard et régime hypoazoté chez les épileptiques, M. HARTENBERG (*Paris*). — Afin de contrôler l'opinion, encore admise par certains auteurs, que l'épilepsie pourrait être due à une intoxication produite par les substances de désintégration des protéines alimentaires, l'auteur a soumis une série de malades à la triple épreuve du dosage de l'urée sanguine, de la constante d'Ambard et du régime hypoazoté. Les deux premières ont toujours fourni des chiffres normaux et leurs résultats sont en accord avec

©BIUM

ceux récemment publiés par Lennox, O'Connor, Wright. Quant au régime hypoazoté, malgré son extrême rigueur, il n'a généralement produit aucune amélioration, sauf dans quelques cas : plusieurs fois même, il a été suivi d'une aggravation.

Celle-ci peut s'expliquer par l'affaiblissement général du malade et le surmenage de son tube digestif par des aliments trop volumineux et fermentescibles. Les améliorations constatées semblent dues, non pas à la suppression des protéines, mais à celle de leurs putréfactions intestinales.

On peut conclure que l'épilepsie ne paraît pas due habituellement à une intoxication par les produits de désintégration des protéines dont l'urée serait la cause ou le témoin.

Algies d'origine vertébrale, M. LARUELLE (*Bruxelles*). — De l'examen de plusieurs cas, l'auteur conclue que la colonne vertébrale doit être toujours radiographiée dans les cas d'algies dont on ne découvre pas cliniquement la cause. Et même quand la radiographie est négative, si l'affection ne date pas de longtemps, il se peut que la colonne soit le siège d'un processus qui ne sera visible que plus tard.

M. DE MASSARY (*Paris*). — Il ne faut pas croire non plus que toujours l'anomalie vertébrale constatée à la radiographie soit la cause de la douleur et de l'affection nerveuse. Relativement fréquents sont les sujets parfaitement valides chez lesquels on constate, quand on les fait passer devant l'écran, pour toute autre raison, des anomalies osseuses.

M. ROGER (*Marseille*). — De même, il est des lésions de la colonne vertébrale, des arthrites, qui échappent à la radiographie. Le contrôle que fournit cette dernière n'est donc pas d'une perfection absolue.

Troubles des réactions électriques des muscles et des nerfs pendant la convalescence du tétanos, M. GAUDUCHEAU (*Nantes*). — Ils consistent en une hyperexcitabilité galvanique se traduisant dans l'excitation du mus-

©BIUM

cle par un abaissement du seuil d'ouverture, plus grand que celui du seuil de fermeture, et par une tétanisation brusquement ou progressivement apparue sous un courant galvanique faible et lentement croissant. Appliquée sur le nerf même, une seule excitation du tronc nerveux provoque dans les muscles qu'il innerve la réaction neurotonique ou une série de secousses polycinétiques.

Questions neurologiques précises à propos de « Matière et Mémoire » de Bergson, M. QUERCY (*Rennes*). — Le neurologiste qui lit cet ouvrage est autorisé à conclure que rien de ce qu'écrit l'auteur n'empêche d'admettre l'existence de centres perceptifs et imaginatifs.

Et d'après la doctrine exposée entre les pages 137 et 141, l'influx nerveux irait des centres imaginatifs aux centres perceptifs correspondants et non en sens inverse. Il existerait donc des fibres réunissant ces deux espèces de centres. Il y aurait par exemple un faisceau allant du pli courbe au cunéus. Or, les classiques, notamment Déjerine (*Anatomie des centres nerveux*, t. II, p. 121 et 128) et Cajal (*Histologie*, traduction française, p. 703), ne décrivent aucun faisceau analogue.

D'autre part, l'actualisation des images, d'après Bergson, exigerait non seulement l'entrée en jeu des centres imaginatifs, mais encore celle des centres perceptifs. Le cunéus devrait agir comme le pli courbe. S'il en était vraiment ainsi, la destruction des deux scissures calcarines aurait pour conséquence de supprimer la représentation mentale des objets, les hallucinations et les rêves visuels: Or, les données cliniques, fréquentes pendant la guerre, ont montré que les sujets atteints d'hémianopsie corticale double par lésions des deux lobes occipitaux sont capables de revoir les choses par la pensée et d'avoir des hallucinations et des rêves visuels.

©BIUM

Mesures biophysiques utilisables en neuropathologie, MM. LIVET, BONNET-LÆMAIRE et ROGER (*Paris*). — 1° Entre deux corps de poids, de volume égaux, mais de substances différentes, le sujet normal reconnaît en les soupesant qu'ils sont aussi lourds l'un que l'autre. Le sujet fatigué estime plus lourd celui dont les vibrations atomiques sont le plus fréquentes.

2° Les progrès de la fatigue par le travail et ses régressions sous l'action des rayons ultraviolets ou les solutions de compositions physiques et glandulaires déterminées, qui augmentent la capacité de résistance et diminuent le rayonnement cutané, sont lisibles sur les courbes obtenues par les épreuves suivantes :

a) Epreuve du dynamomètre de Ch. Henry. La courbe est exactement parallèle à l'effort du sujet, et laisse subsister dans le temps et le travail le coefficient psychique du sujet.

b) Epreuve du pont de Kohlrauch, permettant de mesurer la conductibilité plasmatique. La courbe obtenue par les prélèvements successifs de sang est parallèle à la précédente.

c) Epreuve de la résistance globulaire à l'hémolyse. La diminution de la résistance du sang au cours de prélèvements successifs donne une coupe parallèle aux deux précédentes.

Action antinévralgique des médicaments d'ordre végétatif, M. ORZECHOWSKI (*Varsovie*). — Les injections répétées de pilocarpine contre les affections douloureuses, notamment contre les douleurs cuisantes de la causalgie, les crises du tabes, les douleurs de la claudication intermittente ou de la syringomyélie, produisent des effets là où les autres sédatifs ont échoué. Il en est de même de l'atropine, mais avec une moindre constance. La guérison peut être durable.

M. MOLIN DE TEYSSIEU. — L'adrénaline est aussi à employer dans tous les cas de douleurs accompagnées de défaillance plus ou moins grande du tonus vasculaire. C'est ainsi qu'elle peut calmer les douleurs fulgurantes des tabétiques, et que M. Vergely l'a employée avec succès contre certaines céphalées.

©BIUM

Radiothérapie des tumeurs cérébrales non hypophysaires, MM. BRÉMER, COPPEZ et HUYS (*Bruxelles*). — Résultats obtenus chez 10 malades traités au cours des deux dernières années. Chez tous ces sujets, la céphalée, l'obtusion intellectuelle ou l'hypertension du liquide céphalorachidien ou des signes de compression : hémianopsie, amblyopsie, exophtalmie indiquaient l'hypertension intracranienne. Chez deux d'entre eux, l'intervention chirurgicale avait montré l'existence de gliomes cavitaires non énucléables.

La méthode, vu la résistance extraordinaire du tissu nerveux à l'irradiation, a consisté à appliquer sur le même point, siège du néoplasme par feux croisés, 16.000 R. en 10 jours.

Quatre malades ont été radicalement guéris, reprenant leur vie active professionnelle et intellectuelle, notamment l'un des porteurs de gliome dont l'hémianopsie avait beaucoup rétrocédé, celui-ci, au bout d'un an, eut à subir une récidive qu'une reprise de la radiothérapie a jugulée jusqu'à ce jour.

Le cinquième malade, porteur dans son cervelet du deuxième gliome, a vu tous ses troubles reparaître.

Deux autres malades, qui moururent, ont eu à la suite des irradiations une considérable régression.

Cela prouve, ainsi que les résultats apportés par Pancoast et Frazier, que les gliomes sont radiosensibles. Mais radiosensibilité ne signifie pas curabilité. Celle-ci doit dépendre de plusieurs facteurs : lenteur de résorbtion du néoplasme mortifié, qui peut causer la mort par son volume excessif ou sa situation dans le réduit de la fosse centrale postérieure (ainsi peuvent s'expliquer certains échecs signalés par M. Roussy), malignité du gliome impliquant la nécessité pour une guérison définitive de la destruction de toutes les cellules néoplasiques.

Conclusion : appliquer la radiothérapie aussi précocement que possible. L'associer, mais non la substituer, au traitement chirurgical, qui peut quelquefois être curatif et non simplement palliatif.

©BIUM

Radiothérapie profonde et tumeur cérébrale, MM. JUMENTIÉ (*Paris*), OLIVIER et LECLAIRE (*Blois*). — Histoire d'un homme de 35 ans, interné à l'asile pour affaiblissement démentiel avec perte de la mémoire, inconscience et inertie, présentant en outre une cécité complète, des crises convulsives à prédominance gauche, se renouvelant plusieurs fois par jour, des vertiges sans signe de la série pyramidale. Echec de tous les traitements. En deux mois et demi, le sujet reçut 4 H de rayons moyennement pénétrants. Les crises convulsives disparurent pour reparaître 15 mois après, mais l'état mental alla en empirant et la mort eut lieu. On trouva un volumineux gliome à petites cellules du ventricule latéral gauche.

M. BRISSOT (*Rouffach*). — A vu un cas semblable, où la radiothérapie amena une régression momentanée considérable des troubles physiques.

M. GAUDUCHEAU (*Nantes*). — La radiothérapie a une action certaine, parfois très efficace, mais toujours transitoire, ne dépassant pas quelques mois.

Traitement du goitre exophtalmique par les rayons à basse fréquence, MM. BONNET-LEMAIRE, ROGER, LIVET (*Paris*). — Guérison de deux goitres exophtalmiques graves par l'actinothérapie modifiée par la méthode de Stokes réduisant les radiations trop pénétrantes. Simultanément, application sur la région de la quatrième vertèbre cervicale, de vibrations de l'ordre des vibrations acoustiques : de 2 à 3.000 par seconde. Conjointement, application des rayons ultraviolets.

Traitement local de la migraine, M. SICARD (*Paris*). — La migraine n'est que la crise locale d'une maladie générale, et la douleur en est due à un phénomène vasomoteur sous la dépendance du sympathique. Le phénomène vasomoteur porte soit sur l'artère frontale, soit sur l'artère temporale. La sympathectomie de la gaine de l'artère intéressée suivant la méthode de Lériche serait indiquée. Mais une injection de 1/4 de millig. d'adrénaline, précédée dix minutes auparavant

©BIUM

d'une injection anesthésiante de novocaïne, pratiquée au voisinage de l'artère amène la disparition de la céphalée en quelques minutes. Une prise de quelques centigrammes de caféine par la bouche favorise cette disparition.

M. HARTENBERG (*Paris*) rappelle qu'il y a une vingtaine d'années, dans ce même Congrès, il avait émis l'hypothèse de l'origine sympathique de la migraine, que Brissaud considérait comme une névralgie des branches intracraniennes du trijumeau. Il demande à M. Sicard le mécanisme curateur des injections d'adrénaline.

M. SICARD (*Paris*). — Vraisemblablement, une sorte de gymnastique des parois vasculaires.

Les troubles dysarthriques dans les blessures des lobes frontaux, M. MOLIN DE TEYSSIEU (*Bordeaux*). — Dans les blessures des lobes frontaux, la dysarthrie peut dominer la scène clinique et persister pendant longtemps comme séquelle.

Anomalies congénitales du cervelet, M. BEYERMAN (*Santpoort*).

•

Le prochain Congrès aura lieu à Paris à la fin de mai 1925. Président, M. Anglade, Vice-Président, M. Semelaigne, Secrétaire Général, M. Dupain.

Rapports : Psychiatrie. La guérison tardive des maladies mentales, par M. Robert (*Auch*).

Neurologie. Les encéphalopathies familiales infantiles, par M. Crouzon (*Paris*).

Médecine légale. La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, par MM. Briand (*Paris*) et Brissot (*Rouffach*).

Le Congrès suivant aura lieu à Genève, en août 1926, sous la présidence de M. Semelaigne. On y prévoit un rapport de M. Bleuler sur la schizophrénie.

COURBON et FREY.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Abcès de l'Encéphale, par WELS P. EAGLETON, 1 vol., 340 p. avec figures. Masson, éditeur, 1924.

Cette importante monographie est surtout destinée aux chirurgiens, mais aliénistes et neurologistes peuvent en tirer grand profit. Elle est divisée en trois parties : 1° considérations générale sur la chirurgie intracranienne insistant surtout sur l'hémostase et la formation du volet ostéoplastique ; 2° pathologie chirurgicale avec classification clinique des abcès du cerveau, leurs symptômes, leurs variétés et les particularités de l'intervention dans chaque cas ; 3° diagnostic des abcès en général et diagnostic suivant les localisations.

Nous signalons dans la seconde partie l'intéressant chapitre intitulé « Mécanisme de défense du cerveau ». L'auteur montre comment le cerveau est protégé contre l'infection par la dure-mère, l'espace sous-dural et les espaces sous-arachnoïdiens remplis de liquide céphalo-rachidien, qui résiste assez bien à l'infection. Certains virus filtrants (poliomyélite et peut-être encéphalite) pénétrent dans le système nerveux probablement par les prolongements périvasculaires des espaces sous-arachnoïdiens qui entourent le nerf olfactif. L'encéphale combat l'infection par les polynucléaires d'origine vasculaire et aussi par des macrophages particuliers au système nerveux originaires de la pie-mère et des névroglies.

La troisième partie est la plus intéressante pour le psychiatre. Il faut retenir qu'un certain nombre d'abcès cérébraux ne se manifestent pas par des signes évidents de *compression cérébrale* ; les preuves de *suppuration cérébrale* sont plus importantes : frisson vague initial, céphalée pouvant être mal décrite par le patient qui dit avoir toujours eu « mal à la tête », vomissements,

©BIUM

malaise général, convulsions, hypothermie. Ces signes joints à la notion d'une suppuration des oreilles ou du nez doivent attirer l'attention vers l'abcès cérébral. L'auteur rapporte quelques cas de confusion mentale avec onirisme au cours de ces abcès. Une malade est agitée, désorientée, se croit transportée en divers endroits où on lui fait des propositions érotiques. Elle présente un phénomène intéressant se rapprochant de l'anosognosie et de certaines manifestations de rêve ; elle croit qu'un de ses bras paralysé a été perdu ou oublié dans le tiroir d'un bureau.

Un autre malade interné est mort après plusieurs mois de délire sans que l'attention ait été attirée par une suppuration de l'oreille.

Dans les abcès du lobe frontal les troubles psychiques ne sont pas très apparents. La dysmnésie et les troubles du caractère dominent. « Dans un cas de volumineux kyste piemérien comprimant le lobe frontal gauche, la première preuve de sa présence fut un certain degré d'apathie concernant le bien-être de la famille ».

La conclusion pratique à tirer de la lecture de cet ouvrage est que nous devons nous convaincre encore une fois qu'aux finesses de l'examen psychlogique il faut joindre un examen médico-chirurgical complet du malade.

P. GUIRAUD.

PSYCHOLOGIE

La relativité de la conscience de Soi, par le Dr A. HESNARD, avec une préface du professeur Georges DUMAS. (1 vol. in-16, 144 pages, in *Bibl. de Philosophie contemporaine*. Félix Alcan, édit., Paris, 1924).

Dans ce nouvel ouvrage, M. Hesnard s'est proposé d'établir que la Connaissance intérieure n'est pas l'activité mentale elle-même, mais un simple moyen d'appréciation, très sujet à l'erreur, de cette activité. Il s'applique d'abord à montrer l'impuissance de l'expérience intime, du regard interne, à pénétrer de manière utile dans le courant de la vie mentale, et, comme corollaire, l'importance primordiale de l'activité psychique spontanée, ignorante de ses modes d'agir et de sa propre nature. L'étude des faits psychiques, l'observation du milieu moral, l'analyse du rêve, les enquêtes cliniques sur les névroses et les psychoses font voir combien toute connaissance de soi est relative et déformée par les mirages de la perspective intérieure.

©BIUM

Ces faits amènent M. Hesnard à l'exposé de l'aptitude justificatrice de la Conscience et à l'énoncé de la *loi de la justification intérieure* : tout événement, extérieur ou intérieur au sujet, qui exerce une certaine influence sur la vie mentale, ne peut atteindre l'expérience intime qu'à la condition d'apparaître à la Conscience de soi comme étant totalement ou partiellement déterminé par elle-même. Cette loi est celle de la grande illusion psychologique, nécessaire et bienfaisante pour l'individu, de la *Conscience justificatrice*. Tout ce qui, dans la vie psychique, tend à devenir conscient, est dans une certaine mesure, une justification du dynamisme inconscient.

Cette loi explique, en psychologie normale, le sentiment de la personnalité unique et l'impossibilité de concevoir subjectivement l'Inconscient. En psychologie pathologique, elle explique la tendance de l'aliéné à rapporter tout ce qui, étant à lui, lui apparaît pourtant comme étranger à sa personne, à un autre être, à une autre personne habitant son propre corps ou l'influençant du dehors. M. Hesnard en montre divers exemples en psychologie générale, de même que dans la pensée symbolique, le rêve, la névrose (justification de l'excitabilité affective endogène), et la psychose, réalité justificatrice de l'Inconscient organique. Pour lui, la loi de la justification doit être considérée comme l'un des fondements de la psychologie d'observation.

Dans la préface, M. le professeur Georges Dumas après avoir dit tout le bien qu'il pense de l'auteur et de son livre, considère comme insuffisamment établie l'existence de l'Inconscient, tel que le conçoit M. Hesnard. Il est de ceux, d'autre part, pour qui le dualisme cartésien, traité par M. Hesnard d'illusion, est une « vérité d'évidence ».

René CHARPENTIER.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 21 Juillet 1924
Présidence de M. le Dr Toulouse

Aura épileptique anormalement prolongée, par MM. Marcel Briand et Cosdoat. — L'intérêt clinique et médico-légal qui s'attache à la précision du diagnostic des crises convulsives paraît justifier l'exposé du cas suivant :

Il s'agit d'un ancien soldat, blessé en 1915 par éclat d'obus, au niveau de la bosse pariétale droite. Après trépanation, on fit l'ablation des projectiles. Une hémiplégie spasmodique gauche fut la conséquence de la blessure.

Six mois après apparurent les premiers signes d'un mal comitial, qui se manifeste encore par des crises convulsives de fréquence moyenne, et revêtant le type de l'épilepsie, dite essentielle, totale d'emblée. Elles sont annoncées par une aura constituée par une tension douloureuse de la cicatrice de la trépanation et des bourdonnements d'oreilles intenses, survenant brutalement, nullement assimilables à de simples prodromes. L'aura précède la perte de connaissance de deux ou trois minutes, qui laissent au malade le temps de s'allonger à terre ou de s'asseoir, pour éviter de se blesser en tombant. Il peut en un mot accomplir des mouvements coordonnés salutaires.

Il faudrait se garder de porter le diagnostic de pithiatisme dans de tels cas, car malgré l'intérêt que le malade pouvait attacher à la production opportune d'une attaque, celle-ci ne s'est jamais produite à un moment où elle aurait été utile au blessé.

Etat d'excitation continue corrélatif du traitement par le gardénal, par MM. Trénel et Cuel. — Cette malade a fait l'objet d'une première présentation à la séance du 16 mai. Elle était alors en pleine excitation maniaque sous l'influence du traitement par le gardénal (0,20 centigr.). L'élévation de la dose de 0,30 centigr. n'amena aucun changement. Les crises convulsives avaient disparu complètement.

©BIUM

Le rétablissement du traitement bromuré ramène le calme en même temps que réapparaissent les crises convulsives. Un premier essai, l'an dernier, avait donné les mêmes résultats.

Syphilis cérébrale diffuse ou paralysie générale. A propos d'un cas douteux de rémission prolongée, par MM. TRÉNEL et CUEL. — Femme de 52 ans, considérée il y a cinq ans, comme paralytique générale avec réactions humorales très positives. Observée depuis 3 ans, elle présente une rémission prolongée avec réduction de la lymphotose (1 à 5) et négativation humorale sans qu'il ait été fait de traitement récent. C'est l'un de ces faits où la régression des réactions humorales, la stabilisation de l'état mental en un léger affaiblissement intellectuel laissent un doute sur le classement clinique du cas et sur l'opportunité d'une mise en liberté sans surveillance. Il se pose, en outre, ici, une question médico-légale sur les dispositions administratives et judiciaires à prendre pour la surveillance des intérêts matériels de la malade.

Syndrome Epileptoïde chez une Psychasthénique. — MM. TOULOUSE, MARCHAND et MONTASSUT rapportent l'observation d'états paroxystiques apparus chez une psychasthénique constitutionnelle quelque temps après une thyroïdectomie partielle. Les crises, différentes de l'épilepsie et de l'hystérie, doivent être rapportées au *syndrome épileptoïde des dégénérés*. Les malades présentent l'état mental des héréditaires. L'émotivité apparaît comme le « primum movent » de ces accès, qui sont rares et apparaissent à un âge avancé. L'analogie avec la crise comitiale peut être très grande, cependant la symptomatologie est rarement complète. L'évolution démentielle n'a jamais été signalée, le bromure et le gardénal sont inopérants ; l'état paraît essentiellement curable par le traitement général des états neurasthénique de la psychothérapie.

Les auteurs insistent sur l'intérêt nosographique et thérapeutique de ce syndrome, étudié encore sous les noms de paraépilepsie, psycholepsie, épilepsie émotive et qui a fait l'objet de nombreux travaux à l'étanger.

Athéromasie cérébrale et paralysie générale associées chez un homme de 61 ans. Difficulté du diagnostic, par L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Dans ce cas les lésions athéromateuses cérébrales ont débuté longtemps avant le processus

©BIUM

paralytique et ont provoqué des troubles qui ont masqué le syndrome de la paralysie générale ; seul le diagnostic d'affaiblissement intellectuel avec état confusionnel par trouble ortériopathique avait été porté. Les renseignements sur les antécédents du sujet faisaient défaut. Le sujet est mort au cours d'un ictus épileptiforme quatre jours après son hospitalisation. A ce moment seulement le résultat positif du B. W. et de la réaction de floculation fut connu des auteurs. A l'autopsie, lésions de la paralysie générale et athérome très prononcé des ortères de la base ; *l'ortère basilaire a sa lumière diminuée des trois quarts.* L'examen histologique confirme le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse et montre qu'il n'existe aucune lésion dégénérative des petites ortères de la corticalité, aucun foyer de ramollissement. Les auteurs font remarquer que si le sujet avait pu être suivi plus longtemps, un examen du liquide céphalo-rachidien aurait été pratiqué et ses données auraient certainement permis le diagnostic de la paralysie générale tout en faisant éliminer à tort celui d'orthéromanie cérébrale, les symptômes cliniques pouvant s'appliquer aussi bien à l'un qu'à l'autre diagnostic.

©BIUM

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne).

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

La XXIXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à *Paris*, du 28 mai au 2 juin 1924.

Président : Dr Anglade (de Bordeaux).
Vice-président : Dr René Semelaigne (de Paris).
Secrétaire général : Dr Dupain (de Paris).

L'Assemblée Générale a désigné les questions suivantes pour être l'objet de *rapports* :

Psychiatrie : *Les guérisons tardives des maladies mentales.* — Rapporteur : Dr Jean Robert (d'Auch).

Neurologie : *Les Encéphalopathies familiales infantiles.* — Rapporteur : Dr O. Crouzon (président de la Société de Neurologie de Paris).

Médecine légale : *La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique.* — Rapporteurs : Drs Marcel Briand (de Paris) et Brissot (de Rouffach).

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que du samedi 23 mai au 6 juin 1925, les manifestations psychiatriques, neurologiques et médico-légales se succèderont sans interruption.

Le 23 mai a lieu la réunion annuelle et le banquet de l'Association des Internes des Asiles de la Seine. Le 24

©BIUM

mai se réunit l'Assemblée générale de l'Association Amicale des médecins des asiles de France.

Le 29 mai, la Société Médico-psychologique tient sa séance solennelle annuelle.

Le même jour s'ouvre le Congrès de Médecine légale qui se prolongera le 26 et le 27 mai.

Le 28 mai commence le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Du 2 au 6 juin la Société de Neurologie célèbre le Centenaire de Charcot et a lieu la réunion neurologique internationale.

NÉCROLOGIE

Alexandre Lacassagne (1843-1924)

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à Lyon, à l'âge de 81 ans, de M. le Professeur honoraire Alexandre Lacassagne. Nous reviendrons prochainement sur la vie de cette personnalité éminente qui a laissé derrière lui une œuvre intéressante à tous égards.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 29.725

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

Chronique

L'encombrement des Asiles de la Seine

Les Asiles de la Seine traversent une crise ; le nombre des malades et surtout celui des femmes augmente, le nombre des lits a été diminué dans de fortes proportions, les évacuations dans les Asiles de province deviennent de plus en plus difficiles.

Les Asiles de la Seine sont surpeuplés ainsi que le montrent les chiffres suivants extraits de relevés qui me sont adressés quotidiennement. Je laisse de côté Ste-Anne où des travaux en cours créent une situation particulière.

A la fin de septembre on trouvait :

à Ville-Evrard : 1.184 malades pour 831 lits,

à Maison-Blanche : 1.668 malades pour 1.552 lits,

à Vaucluse : 1.177 malades pour 868 lits,

à Villejuif : 1.592 malades pour 1.271 lits.

Soit un excédent de près de 1.100 malades.

Dans le courant du mois d'octobre et au début

©BIUM

de novembre la situation était devenue critique : la moyenne des entrées à l'Admission étant d'une quinzaine de malades par jour, comme on ne disposait pas de lits pour les garder, on ne savait où les diriger. On se trouvait forcé d'attendre jusqu'à la dernière extrémité pour opérer les transferts, tantôt dans un asile, tantôt dans un autre, au hasard de disponibilités de fortune.

A la suite d'une évacuation de malades en province, la situation s'est légèrement améliorée, mais elle reste grave et peut se reproduire d'un jour à l'autre.

D'où provient cet état de choses ? Les causes en sont multiples. En raison de la guerre, il s'est produit un déplacement général de la population masculine entraînant une diminution du nombre des malades hommes. Les restrictions alimentaires, la grave épidémie de grippe de 1917 ont causé des décès nombreux qui s'élèvent à 3.000, environ, pour les seuls aliénés au compte du département de la Seine.

On a cru à une diminution définitive et on a pensé à supprimer un certain nombre d'établissements. C'est ainsi que la Maison nationale de Charenton, les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière (1.800 lits environ) ont été affectés à d'autres destinations. N'a-t-il pas été question de transformer l'Asile de Vaucluse en sanatorium et de céder pour six millions des bâtiments qui, s'il fallait les reconstruire, à l'heure actuelle, coûteraient, au bas mot, cent millions ?

La diminution du nombre des aliénés étant générale, on pensait pouvoir opposer au défaut de places dans la Seine, de larges disponibilités en province. C'est ainsi qu'au moment où on désaffec-

tait Charenton pour en faire une Maternité, le Ministre croyait pouvoir disposer de 12.000 lits dans les asiles de province. C'étaient les chiffres officiels, mais ils existaient seulement sur le papier ou, en tous cas, représentaient des lits de fortune — et quels lits! — hâtivement aménagés en 1914 pour faire face à l'évacuation des asiles du nord de la France et de la Région parisienne, mais tellement impropres à une hospitalisation régulière qu'après la première bataille de la Marne on dut, dans certains asiles, enlever les malades qui les occupaient pour les transporter ailleurs.

Le réveil a été dur. Du fait de l'augmentation générale du nombre des aliénés, du fait des conditions nouvelles de la vie, les places sont devenues rares en province et les prix de journée ont considérablement augmenté. Là où ils sont restés bas, les conditions de l'hospitalisation de nos malades sont nécessairement défectueuses et dans un rapport étroit avec l'insuffisance du prix de journée, ainsi que l'a constaté M. le Conseiller Godin.

Enfin les départements manifestent une tendance tous les jours plus marquée à réserver leurs places pour leurs propres malades et les asiles de province reçoivent sans enthousiasme les catégories de malades qui leur sont envoyées : agités, infirmes, déments, etc., les travailleurs brillant surtout par leur absence.

Il ne faudrait pas croire que la diminution suivie d'une recrudescence du nombre de malades, surtout manifeste chez les femmes, soit un fait nouveau. Elle s'est produite à la suite de toutes les grandes guerres et on l'a signalé dès 1801. Magnan y insiste dans ses rapports après la guerre de 1870. Mais ici, comme pour toutes les choses de la guerre, on a vite fait d'oublier.

©BIUM

Nous avons indiqué au début de cette chronique les données du problème actuel, augmentation du nombre des malades, diminution des moyens d'hospitalisation.

Comment, dans ces conditions, un conseiller municipal, M. Joseph Denais, peut-il écrire les lignes suivantes dans une proposition sur l'organisation du régime des aliénés, actuellement renvoyée à la 3e commission du Conseil général de la Seine et à l'administration :

« Mais une réforme plus importante m'apparaît s'imposer : c'est le transfert dans les asiles publics ou privés, qui existent en province, ou même dans des colonies familiales comme celles que le Département possède déjà, de la très grande majorité des aliénés que les contribuables entretiennent, à frais excessifs, aux abords immédiats de la capitale...

. . . . . .

« Une seule objection peut être élevée ; les visites des parents seraient moins aisées. L'objection ne vaut que pour un nombre restreint d'aliénés. Elle ne saurait, sous réserve de certains accommodements pratiques, faire échec à l'économie réalisable.

« J'ajoute que l'évacuation des immeubles actuellement consacrés dans la banlieue immédiate au service des aliénés, pourrait et devrait emporter d'heureuses conséquences : 7 à 8.000 lits seraient disponibles. Ainsi nous pourrions satisfaire aux besoins croissants qui se révèlent, quant à l'hospitalisation des bénéficiaires de l'assistance obligatoire, et peut-être également à la nécessité morale où nous sommes d'offrir un toit aux petits retraités, souvent anciens serviteurs de la ville ou

©BIUM

du département, qui ne peuvent vivre s'ils ne sont allégés au moins de la charge du logement.

« Et si tous les lits, si tous les bâtiments n'étaient pas absorbés par les deux destinations que je viens d'indiquer, il est bien des familles nombreuses qui ne refuseraient pas d'avoir un gîte à Ville-juif ou à Vaucluse... »

Nous ignorons où M. J. Denais a puisé ses renseignements, d'autant plus qu'il s'agit d'une crise générale et que Paris et la France n'ont pas le monopole des difficultés actuelles. On les retrouve à l'étranger et en particulier en Angleterre et en Ecosse.

Nous avons sous les yeux le rapport annuel du London County Council pour l'année 1922-1923. On y voit que le nombre des malades hospitalisés dans les 10 asiles dépendant du Conseil du Comté de Londres a été de 17.986, auxquels il convient d'ajouter les 144 malades du Maudsley Hospital, service libre, et 490 malades transférés dans les asiles de province. Comme chez nous, le nombre des femmes malades s'est considérablement accru, et, alors qu'après la guerre on pensait pouvoir désaffecter certains établissements, en raison de la diminution momentanée du nombre des aliénés, les travaux du onzième asile, actuellement en construction, sont activement poussés, malgré l'augmentation du prix de journée qui a suivi la même évolution qu'en France.

Les difficultés de transfèrement en province existent pour les asiles du County Council de Londres, comme pour les asiles du Conseil général de la Seine.

Voici la traduction textuelle du passage :

« Il devient de plus en plus difficile de suppléer

©BIUM

à la pénurie des moyens d'hospitalisation sur place par des contrats passés avec des établissements de province. Les administrations provinciales se sont aperçues, comme Londres l'avait fait, que le nombre de lits disponibles est inférieur aux besoins de leurs propres administrés. Et même quand il a été possible d'obtenir une offre de contrat, cette offre est accompagnée de restrictions sur le genre de malades qu'on aura le droit de transférer. D'autre part, et bien que ce soit une solution aisée, on ne peut choisir, pour occuper les places vacantes qui nous sont offertes, les malades qui ont des amis à Londres et qui sont visités par eux, car ce serait une cruauté de les en séparer. »

Ces lignes n'ont pas été écrites par un médecin, elles réflètent les idées des membres du Conseil Général anglais. Je me permets de les livrer à la méditation de leur collègue français, M. Joseph Denais.

En Ecosse, le rapport adressé au Parlement par le Board of Control sur le régime des aliénés et des asiles, pendant l'année 1923, contient les passages suivants traduits littéralement :

« L'attention du Board of Control a été appelée de la façon la plus sérieuse sur le problème de l'augmentation des moyens d'hospitalisation nécessitée par l'accroissement du nombre des aliénés.

« L'expérience a prouvé que les grands établissements, bien que plus économiques au point de vue administratif, sont moins bien adaptés aux intérêts et au bien-être des malades. C'est pourquoi le conseil étudie de très près toute proposition ayant pour but d'agrandir un asile contenant déjà 700 malades. Il demande aux autorités locales s'il ne serait pas possible de parer à la nécessité d'une augmentation des moyens d'assistance :

©BIUM

« 1° en augmentant ou en créant des quartiers d'observation ;

« 2° en plaçant au dehors les chroniques inoffensifs pour lesquels le séjour à l'asile ne s'impose plus ;

« 3° en séparant les faibles d'esprit des aliénés proprement dits.

« D'une façon générale, les faibles d'esprit sont très différents des aliénés. Ils n'ont jamais atteint le niveau intellectuel normal et ne l'atteindront jamais... La grande majorité d'entre eux, après avoir reçu dans les institutions spéciales l'éducation qu'ils sont susceptibles d'acquérir, peuvent être confiés à leurs parents ou à des nourriciers, en dehors des asiles.

« Au contraire, le traitement des aliénés est de nature exclusivement médicale. S'il s'agit de maladies mentales curables, il faut les reconnaître et les guérir ; si on a affaire à des cas chroniques, il est nécessaire de les soigner et de les améliorer.

« Enfin l'attention du Conseil s'est porté sur une classe des malades des asiles qui représentent environ 20 0/0 des entrées. Il s'agit de maladies mentales dues à la vieillesse. Il y a lieu d'examiner très sérieusement la question de savoir si ces vieillards ne seraient pas mieux placés dans des hospices-cottages ou dans des maisons de retraite, plutôt que dans des établissements aussi perfectionnés et aussi coûteux que les asiles modernes. »

Ici encore ce ne sont pas des médecins mais des administrateurs qui parlent. Pour eux, les aliénés ne constituent pas, comme on le croit si souvent chez nous, une masse amorphe d'idiots, de faibles d'esprit, de gâteux congénitaux, déchets de la société suivant l'expression consacrée. Il y a parmi

©BIUM

eux une grande quantité de malades atteints dans leur cerveau, comme on peut l'être dans d'autres organes. L'affection, chez la plupart d'entre eux, s'est manifestée dans l'âge mûr, fort tard. Jusque-là, ils avaient rempli tous leurs devoirs sociaux. Ils ont donc le droit d'être traités comme des malades ordinaires.

Il peut paraître oiseux de redire ces vérités tant de fois répétées. Il le faut cependant. Comment remédier à la crise actuelle ? S'il ne peut être question de bâtir de nouveaux asiles, il conviendrait de ne pas supprimer ceux qui existent. Au contraire, il sera nécessaire d'en utiliser les espaces libres pour augmenter le nombre des lits. Nous nous rapprochons de plus en plus du jour où le département de la Seine sera dans l'obligation impérieuse d'hospitaliser tous ses malades dans des établissements lui appartenant en propre. Le problème ne date pas d'aujourd'hui, il a été soulevé par le préfet Baron Haussmann qui en avait entrepris avec succès la solution.

Il va de soi qu'on devra procéder à un reclassement des malades et trouver des moyens d'assistance pour chaque catégorie. Mais cela demande une étude approfondie et ne peut être réalisé du jour au lendemain.

Il faut se méfier des solutions hâtives. Aujourd'hui le département de la Seine peut apprécier les résultats des suppressions qui ont été effectuées, ce qui prouve qu'en administration comme en politique, la formule d'Auguste Comte reste toujours vraie :

Savoir pour prévoir afin de pourvoir.

Henri Colin

©BIUM

LA DÉMENCE PARANOIDE

ÉTUDE NOSOLOGIQUE

Par le Dr G. HALBERSTADT

Médecin des Asiles

La notion de la démence paranoïde a été introduite dans la science par Kraepelin, il y a environ trente ans. A cette époque, la paranoïa englobait pour ainsi dire tous les états délirants plus ou moins systématisés. Kraepelin proposa de réduire le domaine de cette psychose à des proportions plus modestes et d'attribuer à la démence précoce les cas de paranoïa qui évoluaient vers un affaiblissement intellectuel (1). A noter qu'il s'agissait pour lui de « processus dégénératifs ». Il y a dans cette expression le reflet de l'opinion qui régnait apparemment alors, c'est ainsi par exemple que Fink, en 1881, considérait l'hébéphrénie comme une psychose dégénérative (2). Quelques années plus tard paraissait la sixième édition du Traité, dont la partie relative à la « démence paranoïde » fut analysée par Séglas dans un article paru ici-même, en 1900. Kraepelin rangeait dans la démence paranoïde, donc dans la démence précoce, tous les délires vésaniques aboutissant à un affaiblissement démentiel, même si la démence était peu accentuée et même si l'évolution était lente. Séglas fit des réserves. Il disait notamment : « contrairement à la grande majorité des auteurs étrangers, Kraepelin restreint donc beaucoup les limites de la paranoïa pour élargir dans d'énormes proportions celles de la démence précoce. Il est vrai-

---

(1) KRAEPELIN. — Die Abgrenzung der Paranoïa. Congrès de Carlsruhe, novembre 1892. *V. Allgemeine Z. f. Psychiatrie.* vol. 50, 1894, p. 1080.

(2) FINK. — Beitrag z. Kenntnis d'Jugendirrescins. *Allgemeine Z. f. Psychiatrie*, vol. 37, 1881, p. 490.

©BIUM

semblable, à notre avis du moins, que cette conception renferme une grosse part d'exagération ; mais elle ne doit pas pour cela être rejetée dans son ensemble » (1). Ce contre quoi protestait surtout Séglas, c'était contre le fait d'avoir rangé dans la démence précoce même le délire chronique de Magnan. Dans son article de 1902 (2), Sérieux accepta la manière de voir de Séglas « qu'il était préférable de ne pas élargir outre mesure le cadre de la démence précoce », et il conclut ainsi : « bien qu'en général les délires systématisés hallucinatoires aboutissent, plus ou moins tardivement, à l'affaiblissement intellectuel nous les éliminerons donc de cette étude, en raison de leur physionomie clinique spéciale et de la lenteur de leur évolution ». La septième édition du *Traité* ne tint aucun compte de ces réserves. Nous y trouvons, englobés dans la démence précoce, tous les états délirants aboutissant à un affaiblissement intellectuel et plus spécialement le délire chronique de Magnan (3). On connaît l'accueil qui fut toujours réservé aux écrits de Kraepelin et l'influence profonde qu'il exerça, aussi bien dans son pays qu'à l'étranger. Il s'agissait cependant, dans l'espèce, d'exagérations manifestes. Dans son enseignement oral, Magnan ne cessa de marquer une réprobation à l'égard de l'extension démesurée que prenait la démence précoce (aussi bien d'ailleurs dans le domaine des délires que dans d'autres domaines). Ballet et plusieurs de ses élèves montrèrent dans une série de travaux et de communications, que certains délires hallucinatoires chroniques étaient radicalement différents de la démence précoce (4). Il n'entre pas dans notre esprit d'alourdir par une étude

---

(1) SÉGLAS. — La démence paranoïde. *Annales médico-psychologiques*, 1900, XII, p. 232.

(2) SÉRIEUX. — La démence précoce *Revue de Psychiatrie*, 1902, p. 241.

(3) KRAEPELIN. — V. le 2e vol. de la 7e édition du *Traité*, 1904.

(4) V. notamment : BALLET. — La psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, 1911, II, p. 401. — GALLAIS. — Délire interprétato-hallucinatoire systématique chronique, sans affaiblissement démentiel. *Annales médico-psychologiques*, février, mars et avril 1912. — KAHN. — Un cas de psychose hallucinatoire. *Encéphale*, 1912, I, p. 470. — BOUDON et KAHN. — Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinose. *Encéphale*, 1911, II, p. 568. — LÉVI-VALENSI. — Trente ans de psychose hallucinatoire sans démence. *Encéphale*, 1912, I, p. 467.

©BIUM

historique détaillée notre exposé. Rappelons simplement que dès 1912, un changement s'opéra dans l'esprit de Kraepelin. En juin 1912 (1), dans un discours dont nous rendîmes compte en octobre de la même année (2), il déclara qu'il était décidément nécessaire de distraire de la démence précoce certains états délirants systématisés et de les étudier à part. Il proposait de leur donner le nom de « paraphrénies ». En 1913, dans le troisième volume de la huitième édition du *Traité* ces paraphrénies étaient décrites en détail (3). Dans un travail paru à la fin de cette même année, nous montrions que la description donnée par Magnan de son délire chronique était à la base de la description des paraphrénies (4). Kraepelin l'a du reste lui-même reconnu. Avec quelques réserves, il admet toutefois les quatre phases de cette psychose et — surtout — l'apparition fatale d'un état d'affaiblissement intellectuel terminal. Il y a là un point de la plus haute importance quand on pense que la mémorable discussion sur le délire chronique de la Société médico-psychologique, qui prit 14 séances, n'aboutit pas à un accord unanime sur la nécessité inéluctable de cette phase démentielle terminale, qui pour Magnan était un dogme (5). Ainsi donc, Kraepelin finissait par céder du terrain. La démence paranoïde était amputée d'un morceau important (on sait que la folie maniaco-dépressive et la folie des dégénérés rognèrent une bonne part du terrain hébéphréno-catatonique).

Il y a actuellement en psychiatrie, disait récem-

---

(1) KRAEPELIN. — Discours prononcé le 29 juin 1912 au Congrès des aliénistes bavarois. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie. Originalien.*, XI, p. 617.

(2) HALBERSTADT. — L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. *Revue de Psychiatrie*, octobre 1912.

(3) P. 973.

(4) HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des paraphrénies. *Archives de Neurologie*, décembre 1913.

(5) Discussion sur le délire chronique. — La 1re séance a eu lieu en octobre 1886, la dernière en juin 1888. Voir les *Annales médico-psychologiques*. — Prirent part à cette discussion : P. Garnier, J. Falret, Dagonet, Delasiauve, Briand, Cotard, Doutrebente, Christian, Ball, Charpentier, Saury, Camuset, Séglas, Magnan, Pichon, Levoff, Marandon de Montyel.

©BIUM

ment Isserlin, « une lutte pour la méthode » (1), et il est significatif que le titulaire du service de l'Admission, Colin, consacrait son discours inaugural au Congrès récent de Besançon surtout à des questions de méthode (2).

Ni l'anatomie pathologique, ni l'endocrinologie, ni généralement des tests biologiques quelconques ne peuvent nous être utiles pour le problème que nous avons ici à résoudre, c'est à savoir pour essayer de déterminer la place que doit occuper en nosologie la démence paranoïde. Nous éliminerons également, d'un cœur léger, le freudisme, cette « métapsychiatrie » pour nous servir d'un terme de Kraepelin, sans portée scientifique. La phénoménologie, très proche du freudisme en raison de ce fait qu'elle a recours à l'intuition plutôt qu'à l'étude impartiale et froide des symptômes psychiques objectivement constatables, ne nous arrêtera pas davantage. Il s'agit d'interpréter plutôt que de décrire, et on conçoit combien incertain peut être le résultat d'une telle méthode. Aussi bien Jaspers, dans un article déjà ancien (3) que Birnbaum, tout récemment (4), ont montré que de tout temps les aliénistes ont essayé de compléter l'examen clinique par l'étude du malade « vu du dedans », en tâchant de deviner « son état d'âme », sa manière de sentir et de comprendre. Mais on sait que nous ne le faisons qu'incidemment, avec réserves, que nous n'attachons que peu d'importance aux résultats ainsi obtenus. La phénoménologie, au contraire, attribue à cette méthode une importance majeure. Elle ne décrit plus, elle échafaude hypothèse sur hypothèse et triomphe toujours et forcément — tout comme le freudisme — car évoluant en dehors des faits cliniques, elle ne craint aucun démenti. Tant le freudisme que la phénoménologie relèvent de

(1) Isserlin. — H. Liepmann 3. 60 Gebuststage. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 83, 1923, p. 1.

2 H. Colin. — De l'évolution des idées sur la folie. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1924, p. 11.

(3) Jaspers. — Die phänomenologische Forschungsrichtung. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie Origin.*, IX, 1912, p. 391.

(4) Birnbaum. — Die neueren Forschungsbestrebungen in der Psychiatrie in ihrer Klin. Bedeutung. *Monatschrift f. Psychiatrie*, vol. 54, 1923, p. 305.

la psychologie abstraite et de la philosophie et non pas de la médecine. Ils ne nous intéressent pas. Un peu plus sérieuses sont les tentatives de rattacher les symptômes d'aliénation, et en particulier les symptômes schizophréniques à la mentalité préhistorique. Il y aurait là une sorte de reviviscence de la mentalité ancestrale. Storch a fait, dans ce sens, un travail intéressant s'appuyant en grande partie sur les travaux de Lévy-Bruhl (1). Plus récemment de Domarus est revenu sur le même sujet, en montrant que le psychisme des schizophréniques et des sauvages a notamment ceci de commun qu'il est prélogique (le terme est de Lévy-Bruhl) et paralogique (2). Nous avons eu l'occasion de parler de ces recherches dans un travail antérieur (3). Il doit être toutefois bien entendu qu'il ne s'agit ici encore que d'hypothèses quoique plus sérieuses — car plus vérifiables — que celles du freudisme et de la phénoménologie, et de Domarus a eu déjà à faire face à des contradicteurs absolus tels que : Birnbaum, Straus, Simons, et à des demi-contradicteurs tels que : Falkenberg, Liepmann (4). Cette méthode ne peut nous être d'ailleurs, pour la tâche spéciale que nous nous sommes assignée, d'aucune utilité et nous n'y reviendrons plus. Il nous reste à parler de la caractérologie et des disciplines connexes.

On pourra se rendre compte de ce qu'est cette méthode d'étude en lisant les articles de Minkowski (5)

---

(1) Storch. — Das archaisch — primitive Erleben u. Denken der Schizophrenen. — Monographien aus d. *Gesarntgebiete d. Neurologie u. Psychiatrie.* Ed. Springer, 1922, n° 32.

V. aussi du même auteur : Ueber das archaische Denken in d. Schizophrenie. *Zeitschrift f. d. g. Neur. P.*, vol. 78, p. 500.

Rappelons que les deux ouvrages fondamentaux du professeur à la Sorbonne sont : « Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures » et « La mentalilé primitive ». Ed. Alcan, Paris.

(2) De Domarus. — Ueber prälogisches Denken in d. Schizophrenie *Soc. berlinoise de psychiatrie et neurologie.* Séance du 2. 7. 23. C. rendu in *Zentralblatt f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 35, 1924, p. 162.

(3) Halberstadt. — Le syndrome d'illusion des sosies. *Journal de Psychologie*, octobre 1923, p. 728.

(4) Séance déjà citée de la Société berlinoise.

(5) Minkowski. — Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich. *Annales médico-psychologiques*, février 1923, p. 110.

©BIUM

et de Saussure (1). Rappelons qu'il y a trois choses à considérer. En premier lieu, se place la division de tous les caractères en trois groupements qui sont : le caractère schizoïde servant de terrain aux psychoses du type schizophrénique ; le caractère cycloïde (ou syntone) servant de terrain aux psychoses maniaco-dépressives ; le caractère épileptoïde. En second lieu, viennent les recherches généalogiques devant servir à établir les modalités selon lesquelles se transmettent héréditairement les particularités psychologiques ou psychopathologiques. En troisième lieu enfin, il faut mentionner les études faites plus spécialement par Kretschmer pour établir la correspondance entre les trois types caractérologiques mentionnés plus haut et la constitution physique des sujets en cause. Nous sommes sceptiques, pour notre part, quant aux résultats qu'on peut attendre en nosologie de l'application de ces trois méthodes, exception faite pour les recherches sur l'hérédité qui peut-être et dans un temps d'ailleurs très éloigné pourront fournir des données utiles. Pour ce qui est de la division des caractères humains en général et de ceux des psychopathes en particulier en trois types cliniques, elle nous paraît être trop simpliste car le nombre de ces types est certainement bien plus grand, et manquer de base clinique, les travaux démonstratifs sur ce sujet extrêmement ardu et grave manquent. Quant au « kretschmérisme » pour nous servir d'un néologisme que nous trouvons dans l'article plus haut cité de Saussure, il constitue une tentative manquée de résoudre un problème biopsychologique de bien haute portée, certes, mais dont la solution ne pourra être entreprise qu'après une série de patientes et longues recherches préalables et non à la faveur d'une sorte de tentative brusquée qui relève plutôt de l'intuition d'un artiste que du travail d'un savant. Tant de théories étranges ont déjà eu cours dans notre science qu'il nous paraît utile, au risque de soulever des polémiques, de dire que les partisans des nouvelles

(1) De Saussure. — Diagnostic différentiel entre la folie maniaco-dépressive et la catatonie. *Encéphale*, février 1924, p. 73.

doctrines se plaisent en les exposant à les déclarer admises par un grand nombre d'auteurs, tandis qu'au contraire des résistances se font jour de tous les côtés. C'est ainsi que Wilmanns adopte une attitude nettement négative (1). Gruhle semble dire que Kretschmer ne fait que continuer Gall, Lavater et Lombroso qui, tous les trois, — on sait avec quel résultat — préféraient l'intuition à l'étude scientifique (2). Et le même auteur rappelait récemment cette remarque profondément vraie de Kraepelin qu'il ne fallait pas, dans l'étude de la démence précoce, prendre pour un trouble primitif du caractère ce qui est déjà le début de la psychose (3). Birnbaum, dans une revue générale de toutes les nouvelles méthodes en psychiatrie (4), est également très réservé dans l'appréciation de la caractérologie et du « Kretschmérisme ». Raecke trouve que le concept de la schizoïdie est trop flou et trop vaste pour servir à la différenciation des psychopathies (5). Il semble que Claude et ses élèves tendent également à restreindre ce concept et à le rendre ainsi applicable en clinique courante, contrairement aux tendances par trop extensives de l'école de Bleuler (6). Citons enfin Ewald (7) qui déclare notamment que les rapports entre la schizoïdie et la schizophrénie ne lui paraissent nullement établis et que, d'autre part, les recherches de Kretschmer sur les relations

---

(1) Wilmanns. — Die Schizophrenie. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 78, 1922, p. 325.

(2) Gruhle. — Historische Bemerkungen 3. Problem Charakter u. Körperbau. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 84, 1923, p. 444.

(3) Gruhle. — Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophren Erkankter. Congrès allemand de Psychiatrie. Iéna, septembre 1923. C. rendu in *Zentralblatt f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie.*, vol. 35, 1924, p. 258.

(4) L. C.

(5) Raecke. — Psychopathien und Defektprozesse. *Archiv. f. Psychiatrie*, vol. 68, 1923, p. 303.

(6) V. notamment : Claude, Borel et Robin. Démence précoce. Schizomanie. Schizophrénie. *Encéphale*, mars 1924, p. 145. — Les mêmes. — La constitution schizoïde. *Encéphale*, avril 1924, p. 209.

(7) Ewald. — Schizoïd u. Schizophrenie in Lichte localisatorischer Betrachtung. *Monatschrift f. Psychiatrie*, vol. 55, 1924, p. 299.

©BIUM

entre le caractère et la constitution physique du sujet ne sont nullement convaincantes. Nous pourrions multiplier les références bibliographiques. Nous avons voulu simplement montrer que toutes ces théories rencontrent des adversaires déterminés.

Pour notre part, nous estimons que seule la clinique, dans le sens habituel, traditionnel du mot, peut aider à éclaircir les problèmes de nosologie psychiatrique. Ainsi que le dit Colin : « 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 (1). » Et cette « étude directe », ajouterons-nous, doit s'entendre : étude pendant un temps suffisamment prolongé. Il est indispensable, en effet, de connaître l'évolution des psychoses, qui, seule, peut nous permettre de faire une classification rationnelle. On sait quelle importance Kraepelin accorde à l'évolution, à tel point qu'elle sert même de base à sa classification des vésanies. Il importe de dire, à ce propos, que si on attribue en général à Kahlbaum l'idée première de cette méthode de groupement des maladies mentales, il n'en est pas moins certain que c'est Falret qui a été l'initiateur dans cette voie. Le travail de Kahlbaum partout cité, date de 1863. Or en 1861, au cours de la célèbre « discussion sur la classification de la folie », Falret prononça un discours précis et tranchant dans lequel il montrait qu'il était vain de vouloir établir une classification autrement qu'en prenant pour base l'évolution (2). Falret croyait fermement qu'il y avait un certain nombre de maladies mentales autonomes, et il disait : « Ce sont ces types naturels, ces espèces distinctes, ayant leurs caractères propres, un ensemble de symptômes spéciaux, et surtout une marche particulière susceptible d'être décrite et prévue à l'avance, qu'il faut s'appliquer à rechercher et à découvrir parmi les aliénés, pour en faire la base d'une classification vraiment naturelle. » Il opposait à la doctrine « physiologique », affirmant que les mala-

(1) L. C.

(2) FALRET. — *Société médico-psychologique*. Séance du 25 février 1861. V. les *Annales*.

©BIUM

dies pouvaient « varier à l'infini », qu'il existait « des individus malades et non des maladies distinctes », la doctrine « pathologique », la sienne, proclamant l'existence d' « espèces morbides distinctes, qui ont leur évolution propre, leurs lois spéciales ». Il estimait qu'un tel classement « n'était plus alors un simple procédé artificiel, destiné à venir en aide à la faiblesse de l'esprit humain et à faciliter l'étude, mais la représentation de types existant réellement dans la nature ». Il protestait d'une manière formelle contre les « classifications psychologiques » qui conduisaient à établir des « monomanies » et à « faire négliger l'étude de la marche des maladies ». Il disait : « Comment rechercherait-on, en effet, une marche déterminée, c'est-à-dire une succession prévue des phénomènes, puisque le point de vue auquel on s'est placé ne comporte pas de lois spéciales, possibles à prévoir, et que tout doit dépendre, dans la marche ultérieure de la maladie, soit des facultés spéciales qui existent chez l'individu malade, soit des causes particulières qui agiront sur lui dans l'avenir ? » Nous arrêtons là nos citations. Aussi bien le discours de Falret est-il à lire en entier. Il n'a pas vieilli et il témoigne de ce fait que déjà à cette époque lointaine se trouvaient face à face les deux doctrines qui s'opposent aussi à l'heure actuelle, l'une qui est la doctrine physiologique ou psychologique, l'autre, la bonne, qui est la doctrine pathologique appelée par Kahlbaum « clinique ». C'est cette dernière qui sert de base à la classification kraepelinienne. On peut cependant se demander si même dans cette voie, si sage et si prudente, il n'est pas dangereux d'aller trop loin, s'il n'est pas antiscientifique d'être trop absolu.

Un des élèves de Kraepelin, Serko, pense qu'on a eu tort d'attacher une si grande importance au mode de terminaison des maladies mentales et que cette méthode peut conduire à des généralisations erronées (1).

Serko reconnaît qu'un symptôme isolé n'est jamais

(1) SERKO. — Ueber akute paraphrene Angstpsychose. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie. Originalien*, vol. 45, 1919, p. 98.

©BIUM

caractéristique d'une maladie, mais qu'un ensemble de symptômes peut, au contraire, être spécifique d'une psychose déterminée. Il dit : « Une forme clinique — et c'est là un postulat — doit toujours pouvoir se reconnaître d'après l'ensemble symptomatologique. » Il estime qu'on a exagéré, depuis Kahlbaum et Kraepelin, l'importance que peuvent avoir, pour la délimitation des formes morbides, la psychologie des états terminaux, le mode de terminaison des vésanies. Cette façon de faire, pense-t-il, peut avoir pour résultat de « graves erreurs ». Voici quels sont ses principaux arguments. Les états terminaux des psychoses sont généralement moins dissemblables entre eux que ces mêmes psychoses pendant leur période d'état. Il n'est donc pas logique d'attacher tant de valeur à la symptomatologie de ces états terminaux. D'importantes différences cliniques peuvent précisément disparaître ou devenir à peine perceptibles lorsque la déchéance intellectuelle devient très marquée. D'autre part, rien ne prouve qu'un état terminal soit spécifique d'une psychose donnée. Si deux formes cliniques distinctes aboutissent finalement à un seul et même état terminal, nous en concluons qu'il s'agit de la même maladie. Mais où est la preuve de cette identité ? Elle n'existe pas et une telle affirmation est d'autant moins admissible que l'étude des états terminaux est, en fait, bien plus difficile que celle des psychoses à la période d'état. C'est pourquoi Serko dit ceci : « C'est une entreprise téméraire que de tirer des conclusions fermes lorsqu'on constate une plus ou moins grande analogie entre des états terminaux. » Et plus loin, il ajoute ceci : « On peut très bien penser que des processus morbides différents aboutissent à des états terminaux cliniquement semblables et que, par contre, des processus identiques aboutissent à des états terminaux cliniquement différents. » Si on se laisse aller à des groupements arbitraires basés sur les états terminaux on aboutit à édifier de vastes catégories morbides, mais qui ne répondent, sans doute, nullement à la réalité. Ce qu'il nous faut, dit l'auteur, c'est délimiter des formes bien individualisées au lieu de généraliser à l'excès et ce ne serait « ni un malheur

ni une catastrophe » si la nosologie psychiatrique comportait un bien plus grand nombre de chapitres qu'elle n'en comporte à l'heure actuelle.

Nous estimons que les éléments suivants doivent être pris en considération pour la délimitation des formes morbides, en particulier des états paranoïdes : l'ensemble du tableau clinique (sans attacher d'importance à un symptôme isolé), — le mode d'évolution, — la terminaison. Avec Serko, nous disons qu'on a sans doute exagéré l'importance de ce dernier élément, mais celui-ci n'en a pas moins ue grande valeur. On doit d'ailleurs distinguer entre ce que nous appellerons l'état « ultime », où il y a une désagrégation complète des facultés et l'état qui le précède immédiatement. Une psychose chronique arrive en général au bout de quelque temps à une phase de stabilisation, de fixité dans ses manifestations cliniques. C'est si l'on veut la phase « terminale », mais le sujet n'est pas encore tombé dans cet état de déchéance profonde « ultime » où sombre son intelligence. Les observations de Serko sont surtout vraies pour cette dernière période, elles le sont moins pour la période précédente qui n'est pas la période d'état ou période « floride » comme il s'exprime et qui n'est pas encore la période « ultime », telle que nous venons de la définir.

Il nous reste encore à dire quelques mots avant d'entrer dans le vif de notre sujet.

Les choses iront infiniment mieux en psychiatrie clinique si on se pénètre de cette vérité que toutes les maladies mentales et toutes les modalités cliniques de ces maladies ne sont pas encore découvertes. Il ne s'agit pas de créer de vastes conceptions, puis d'y faire entrer de force tout le matériel clinique qui se présente. C'était avant-hier la paranoïa, hier la démence précoce, aujourd'hui la schizophrénie. Il y a des paranoïaques, comme il y a des déments précoces et des schizoïdes ou des schizophréniques. Mais leur nombre n'est pas aussi grand qu'on le pense, car il y a sans doute bien plus de psychoses autonomes que nous ne le croyons. Tous les jours, au lit du malade, on constate que les descriptions des livres ne sont pas toutes adé-

©BIUM

quates à la réalité clinique. A l'avant-dernière page de son livre le plus récent, Kraepelin dit qu'il y a des « cas innombrables » qui nous sont encore à l'heure actuelle, « absolument incompréhensibles », que nous ne saurions ranger dans aucun des cadres connus, qui restent, en somme, énigmatiques (1).

Une opinion fort répandue consiste à considérer la démence paranoïde comme n'étant que la forme délirante de la démence précoce, par opposition à la forme hébéphréno-catatonique. En fait, les choses ne sont pas aussi simples. Voyons, tout d'abord, l'opinion de Kraepelin. Dans la septième édition du *Traité* (1904), nous trouvons, sous le titre général de « formes paranoïdes de la démence précoce », la description de trois formes cliniques distinctes : *a*) la démence paranoïde proprement dite ; *b*) le délire de persécution physique ; *c*) le délire chronique à évolution systématique. Dans la huitième édition (1913), tout est changé, et voici en quoi consiste le changement. La forme (*a*) devient la paraphrénie fantasque. La forme (*b*) devient la démence paranoïde légère et reste dans le cadre de la démence précoce. La forme (*c*) est dédoublée : une partie des observations qui la constituaient passe dans la paraphrénie et y prend le nom de paraphrénie systématique; une autre partie reste dans la démence précoce et forme la base d'une forme clinique nouvelle : « la démence paranoïde grave ». Ainsi donc la dernière opinion de Kraepelin peut se résumer ainsi. Les formes délirantes de la démence précoce sont au nombre de deux : 1° la démence paranoïde légère (ancien délire de persécution physique) ; 2° la démence paranoïde grave (dont la base est constituée par une partie des observations du délire de Magnan, l'autre partie entrant dans la paraphrénie).

Dans le grand groupe qu'on désigne communément, en clinique courante, sous le nom de démence paranoïde, nous distinguons, pour notre part, trois formes cliniques typiques et aussi des cas atypiques ou de passage qui ne se prêtent pas à une description univoque.

(1) KRAEPELIN. — *Psychiatrische Klinik.*, 4e éd., 1921, 3e volume, p. 394.

©BIUM

1° *Démence paranoïde catatonique.* — Nous désignons sous ce terme une forme qui se rapproche le plus de la démence précoce. Les cas qui entrent dans ce cadre sont généralement considérés par Kraepelin comme des cas de « démence paranoïde grave ». Les malades dont il s'agit sont des délirants, avec un important appoint hallucinatoire et présentant d'autre part, des symptômes nets de la démence précoce, tels que : indifférence affective, stéréotypies, verbigération, maniérisme, impulsivité. Nous ferons le mieux comprendre les caractéristiques de cette forme en citant des extraits de nos observations (1).

B. Début par un délire de persécution avec interprétations délirantes, état dépressif, périodes d'excitation. Délire d'influence. Est hypnotisée et magnétisée. Hallucinations multiples : entend des voix venant de la cave ou du grenier. On « transmet » sa pensée. On la torture. On la viole. Bientôt apparaissent des phénomènes nets de la série catatonique : négativisme, impulsivité, maniérisme. Parfois reste inerte dans son lit, les yeux fermés, puis brusquement se dresse d'un bond. Refuse la nourriture. Entrée en juin 1922, à 21 ans, après trois mois de maladie au dehors, est devenue, au début de 1924, démente au plus haut point. Conserve toujours la même attitude : assise sur une chaise, échevelée, les vêtements en désordre, marmottant des paroles inintelligibles, ayant des gestes et des tics bizarres. Chantonne d'un ton stéréotypé, sans aucune expression. A parfois des périodes d'excitation. Délire et troubles hallucinatoires ont passé tout à fait à l'arrière-plan.

B. femme T. Très délirante. Hallucinée. Entend des voix « par fil télégraphique » et par la « thérapeutie sans fil ». Coexistence de négativisme et d'un syndrome de Ganser. Puis, apparition de stéréotypies démentielles.

H. femme M. Délire sans systématisation. Hallucinations de l'ouïe. Maniérisme du langage (accent étrange et artificiel). Verbigération. Prononce des phrases dans ce genre : « grandeur, éternité, trajectoire, transsibérien », « trois papiers-toile, un format ministre, serviette humide », « vicaire général, Touring-club de France ». Périodes d'excitation. Recherche l'isolement.

(1) Toutes nos observations se rapportent à des femmes.

©BIUM

L. Idées délirantes surtout mystiques (ancienne religieuse), sans systématisation. Hallucinations discrètes, troubles de la sensibilité générale. Est impulsive et souvent excitée. Verbigération, parle d'un ton déclamatoire. Négativiste. Dessins et écrits bizarres. Accoutrement étrange.

L. Début à 24 ans, par des idées délirantes. Se croyait épiée, persécutée. Le téléphone était partout. Tentatives graves de suicide. Entre à l'asile de Rennes à 27 ans. Transférée dans le service à 30 ans. Nous l'observons depuis près de trois ans. On constate deux séries de phénomènes : *a*) paranoïdes, *b*) hébéphréno-catatoniques. Symptômes de la première série : idées de persécution non systématisées; idées de richesse (réclame des millions à sa famille) ; hallucinations de l'ouïe (a entendu la voix de Dieu, entend le téléphone) ; hallucinations génitales ; troubles de la sensibilité générale. Symptômes de la seconde série : énonce ses idées délirantes et ses hallucinations d'un ton froid et indifférent presque stéréotypé ; sitiophobie intermittente (ne mange d'ailleurs que si on a commencé à la faire manger, mais jamais sans cela) ; impulsive ; pas propre ; parfois crache sans discontinuer aussi longtemps qu'elle peut ; verbigération ; au milieu de la conversation, brusquement s'arrête et refuse de répondre ; excitation et d'autres fois stupeur ; négativiste ; recherche l'isolement ; grimaces stéréotypées.

P. — Idées de persécution et de grandeur, qu'elle énonce d'ailleurs d'un ton froid et indifférent. Elle est « victime de vol et d'escroquerie », est entourée de « misérables ». Elle fait partie du Conseil d'Administration du Crédit Foncier de France et s'intitule « héritière millionnaire ». Présente aussi des troubles sensoriels. On lui parle par télégraphe et par téléphone, ces voix la tourmentent toute la journée. Aux phénomènes délirants et hallucinatoires, se joignent de nombreux signes de la série catatonique. On note des troubles du langage, dont voici quelques exemples : « je suis télégraphieur parisien. je suis référencée, j'ai souffert télégraphie, j'ai été à l'hospital Antoine, traitée à Blanche, j'ai été professionnée, caissière-commerçante ». (A été en réalité employée dans une banque parisienne, traitée à St-Antoine et à Maison-Blanche). S'habille toujours d'une façon étrange et porte les jupes très haut relevées malgré les observations qu'on lui fait. Est toujours entourée de paquets, « prête à partir ». Négativiste, N'aime pas répondre aux questions. Quand on lui demande quel

©BIUM

est le mois en cours, répond : « date de la poste ». Indifférente à l'égard de la famille, n'aime pas recevoir la visite des siens. Ne manifeste aucune activité coordonnée. Se promène toute la journée dans la cour et dans les salles, parlant beaucoup, mais sans excitation véritable. Parfois attitude stéréotypée : met les mains derrière la nuque et reste ainsi très longtemps. Affaiblissement psychique de plus en plus marqué.

Les extraits des observations que nous venons de reproduire permettront de saisir les traits principaux de cette forme, à laquelle nous donnons le nom de « catatonique » en raison de la prédominance, en plus du délire et des troubles sensoriels, de symptômes observés dans les états hébéphréno-catatoniques classiques. Ces symptômes ne sont pas toujours visibles dès le début, mais ils apparaissent assez rapidement et alors dominent à tel point la scène que la question de la parenté avec l'hébéphréno-catatonie ne fait plus aucun doute : négativisme, maniérisme, stéréotypies, bizarreries inexplicables, impulsivité, d'autres signes encore sont facilement constatables. Les troubles de l'affectivité et de la volonté marquent le tableau morbide d'une empreinte spécifique. Séglas a bien résumé la situation en ces quelques lignes : « ...Actes baroques et sans motifs, tics, stéréotypies, échomimie, négativisme, collectionnisme, débraillé de la tenue, lacération des vêtements, soliloques, néologismes, verbigération. Mais le signe le plus frappant est, sans contredit, cette incohérence du langage, cette dyslogie particulière... qui fait du discours une suite de phrases décousues, presque incompréhensibles, débitées le plus naturellement du monde, d'un air même plutôt satisfait, sans qu'il soit possible un instant d'obtenir la moindre phrase correcte et sensée. » (1).

Les troubles du langage, auxquels il faut joindre les troubles phonétiques, sont effectivement, ainsi que le remarque Séglas, d'une grande importance, et Mme Thuillier-Landry a pu dire à ce propos (2) :

(1) L. C.

(2) Mme Thuillier-Landry. — Etude sur les délires à évolution démentielle précoce. *Thèse* de Paris, 1916.

©BIUM

« Pendant le délire, c'est surtout l'étude du langage, oral ou écrit, qui mettra sur la voie de l'apparition puis de la progression de la démence. » Salade de mots, stéréotypies, verbigération, néologismes, nous retrouvons ici tous ces phénomènes si fréquents dans la démence précoce. Les écrits deviennent vite absurdes et incohérents. Archambault et Guiraud ont publié l'observation d'un malade dont l'écriture même était modifiée du fait du maniérisme (1). Il faisait en écrivant « des gestes prétentieux comme en parlant ». L'aboutissant final de la démence paranoïde catatonique est une déchéance intellectuelle profonde et qu'on distingue difficilement des autres états terminaux ultimes relevant de la démence précoce.

2° *Démence paranoïde hallucinatoire.* — La caractéristique essentielle de cette forme est la prédominance des troubles sensoriels, avec présence constante de troubles de la sensibilité générale. D'autre part, les signes de la série catatonique, si nets dans la forme précédente, manquent ou sont, en tout cas, très peu accentués. Quelques extraits de nos observations serviront d'exemples.

M. femme C. On lui cause par les « ondes hertziennes », elle est « récepteur ou envoyeur ». Sa pensée est répétée. On la force à parler, et de son côté elle peut faire parler les autres. On lui cause « par truchement, par le préesprit ». Troubles de la sensibilité générale. Dit que son corps va « se briser », que « son cervelet va éclater ». Hallucinations baresthésiques ; on lui met « des pesanteurs » sur le corps, se sent « lourde » quand elle marche. Délire de persécution très marqué : les « bolcheviks de Puteaux » (a habité pendant quelque temps cette commune) lui en veulent, car elle a dérouté leurs machinations ; est entourée d'espions et d'ennemis. L'attitude de la malade est toujours en accord avec son délire et ses hallucinations. On n'observe aucun symptôme de la série catatonique. L'excitation est toujours psychologiquement motivée. Il n'y a ni maniérisme, ni stéréotypies, ni négativisme. Quelques néologismes, mais aucun autre trouble du langage.

(1) Archambault et Guiraud. — Modifications de l'écriture au cours de la démence précoce paranoïde. *Encéphale*, mai 1912, p. 452.

©BIUM

A. Hallucinations très complexes. Entend parfois des voix très nettes, mais le plus souvent il ne s'agit que de l'écho de la voix de ceux qui parlent. Dit : « des voix de l'air font arriver les sons ». S'imagine que des personnes peuvent former entre elles une « Trinité », c'est-à-dire que trois personnes deviennent alors solidaires entre elles, en paroles et peut-être aussi en pensées. Ainsi quand elle a dit telle ou telle phrase, « la pensée de ce qui a été dit la quitte quelquefois et s'en va vers un autre membre de la Trinité ». Inversement, il lui arrive de percevoir telle pensée d'un autre membre de la Trinité, mais il faut qu'elle soit « dans le rayon ». Parfois on la force de parler. Il faut qu'elle prononce des paroles qui lui sont parfois inspirées de loin. A aussi des hallucinations psychiques visuelles : a vu comme une « projection », c'était la statue de N.-D. de Lourdes mais en petit, « comme si je la voyais dans un porte-plume où il y a des vues ». Ajoute : « Je l'ai aperçue et puis c'est disparu ». Sent parfois une pesanteur, tantôt sur le ventre, tantôt à la région fessière. Dit : « mon aiguille est parfois lourde comme 100 kilos ». Se plaint de sensations étranges. A des maux de tête très intenses. Dit qu'on a voulu la « fasciner », le regard d'autrui la gêne : « il y en a qui vous regardent et vous fascinent comme un chat qui fascine un oiseau ». Les idées délirantes sont peu marquées et non systématisées, — on note quelques idées de persécution et aussi quelques étranges projets de réforme : on la voit dresser des plans pour améliorer l'hygiène et la circulation des rues. Cette malade est à l'Asile depuis 25 ans (entrée en 1899, à 36 ans). Autrefois elle était parfois excitée, sous l'influence des troubles sensoriels. Mais maintenant est toujours calme. Reste correcte et propre. N'est ni stéréotypée, ni maniérée, ni réticente, ni négativiste. La nuit se couvre la tête avec sa couverture, mais c'est « pour que les cervelles ne correspondent pas ».

C. Phénomènes délirants et hallucinatoires très accusés. Entend des voix qui sont parfois si rapides qu'elle a de la peine à les suivre et à les comprendre. On lui dit des grossièretés. On répète ses pensées, on lui « donne l'écho ». « ce que je pense, on me le prend, on me le répète et on me répond à ce que je pense ». L'abbé B. agit sur elle par une « voix sonnambuliste » qui lui fait « bondir l'estomac ». Eprouve des « commotions » dans le corps, a mal « dans les nervures de la tête », sa han-

©BIUM

che « claque ». Sa vue est « couverte », tout lui fait l'effet d'être « un cinéma ». Présente aussi quelques hallucinations du goût et de l'odorat. L'abbé B. dont il vient d'être question la persécute. Un autre prêtre a fait un jour devant elle des gestes inconvenants. Elle est « influencée », « ensorcelée », « magnétisée » et « suggestionnée ». A été « encagée » avec un prêtre, ils étaient intimement accolés l'un à l'autre. Des « comploteurs » sont autour d'elle, et pourtant elle n'a rien à se reprocher, « ayant toujours obéi à la voix de la loi et de la civilité ». Cette malade est entrée dans le service en septembre 1919, à l'âge de 21 ans. Elle est calme, docile, correcte, s'alimentant bien, pas impulsive, s'occupant très bien à la couture. Aucun trouble du langage sauf quelques légers néologismes. On doit toutefois signaler qu'elle paraît parfois légèrement maniérée, mais c'est fort peu de chose. Elle écrit de longues lettres qui exposent son délire et ses hallucinations. On n'y trouve pas les troubles du langage écrit caractéristiques de la démence précoce.

D. femme L. Début (par des idées de persécution et des interprétations délirantes) à 35 ans, en juillet 1922. Internée pendant quelque temps dans une maison de santé. Entrée dans le service en juillet 1923. Depuis l'entrée, le tableau clinique n'a pas changé. Il y a des hallucinations de l'ouïe, mais assez discrètes. Entend une voix à travers le mur, une autre voix à l'intérieur de son corps. Le réchaud à gaz renferme « une musique parlante ». Elle sent le souffre et le phosphore. Le café a un goût de cuivre. Elle voit « par les rayons X ». Des inconnus font passer devant elle des cartes postales inconvenantes. Ce qui domine, ce sont les troubles de la sensibilité générale. Voici des extraits de ses déclarations : « J'ai été mutilée. J'ai été mordue. Mon cou a gonflé, prêt à éclater. On me pique avec un stylet chargé d'électricité. Cela me pique aux doigts de pied, au côté, au cœur. L'électricité a passé dans tous mes os ». On a fait « des expériences » sur son corps. A été « trépanée » et « torturée ». Des cigarettes souffrées gonflent son estomac. Ressent les effets de « l'électrocyte ». Ressent des piqûres aux yeux. Eprouve aussi des hallucinations génitales. Dit : « on profite de moi, on profite de mon tempérament pour les mutilés de guerre ». Le délire est moins intense que les troubles sensoriels, lesquels le tiennent en partie sous leur dépendance. A été persécutée. A été

« ajustée » dans la rue. On a voulu l'empoisonner. Il y a quelques rares interprétations délirantes, telles que celle-ci par exemple : ayant vu un jour que la nappe était mise à l'envers, a déclaré que cela signifiait qu'ici on ne pouvait dire la vérité. Manifeste de temps en temps des idées de grandeur : est apparentée à de hauts personnages, attend un grand héritage (n'en est d'ailleurs pas sûre). Malgré tous ces troubles, reste toujours correcte, propre, ordonnée, sans aucun maniérisme, sans aucune bizarrerie. Est parfois excitée, mais uniquement à cause de son délire et surtout de ses hallucinations et troubles de la sensibilité générale. Il n'y a jamais d'agitation spontanée, jamais d'impulsivité. Signalons en terminant que la malade éprouve parfois une sensation d'étrangeté. Elle nous a dit un jour que le temps lui semblait aller trop vite et que dans la semaine il y aurait certainement un jour de moins : le dimanche tombait un samedi, puis venait le lundi à la place du dimanche, et ainsi de suite.

Nous appelons cette forme « hallucinatoire », en raison de la prédominance marquée des troubles sensoriels. Parmi ceux-ci, il faut mettre au premier plan les troubles de la sensibilité générale. Ils n'existent, avec cette intensité, dans aucune autre maladie mentale, et c'est sans doute en raison de ce fait que Kraepelin avait dénommé jadis cette forme « délire de persécution physique ». L'attitude générale des malades contraste avec celle du groupe précédent. Les symptômes de la série catatonique manquent ou sont, en tout cas, à peine accusés. Les sujets sont corrects, propres, s'alimentent convenablement, ni négativistes, ni stéréotypés. S'ils sont agités c'est en raison de leur délire et de leurs hallucinations, mais jamais sans motifs. Nous avons observé parfois un très léger maniérisme, mais qui ne devient jamais aussi intense que celui des catatoniques. Les tics et les bizarreries inexplicables et déconcertants des déments précoces manquent. Ce qui est remarquable, c'est le peu d'importance des troubles du langage, si fréquents et si intenses dans la forme précédente. Sauf les néologismes, on ne trouve ici aucun des symptômes existant chez les paranoïdes catatoniques : ni verbigération, ni ton déclamatoire, ni

©BIUM

salade de mots, ni stéréotypies, ni troubles phonétiques. Les écrits portent le cachet du délire et des hallucinations, ils ne sont ni incohérents ni de forme incorrecte. Ces malades restent longtemps délirants et surtout hallucinés. Puis, au bout de quelques années, ces phénomènes s'estompent (mais ne disparaissent jamais), les malades ne réagissent plus, s'affaiblissent au point de vue intellectuel, sans que jamais survienne (sauf peut-être à la phase tout à fait ultime) cet état terminal de la démence précoce qui est de règle dans les états catatoniques.

3° *Démence paranoïde atténuée.* — Cette forme est caractérisée après une phase de début, par un délire assez bien systématisé avec hallucinations surtout psychiques et idées d'influence. Au bout d'un certain temps, généralement quelques années, on observe une régression marquée des troubles délirants et hallucinations, mais il persiste un certain affaiblissement intellectuel avec quelques modifications du caractère.

L. Entre dans le service le 27 février 1922, à 30 ans. Etait religieuse cloîtrée. Début il y a un an, par des idées de persécution contre sa supérieure.

Examen à l'entrée. — Calme. Docile. Répond aux questions avec lucidité et à-propos. Bien orientée. « Cela a commencé en décembre 1920. Je ne me rendais pas compte. Ma vie était à côté. Ma pensée était en dehors de moi au lieu d'être en dedans. Je la suivais. Je pensais que je communiquais avec les autres. J'étais dissociée. Je l'étais depuis mon enfance, depuis toujours, ce n'est pas une chose qui arrive par accident. Mais jusque-là je ne me rendais pas compte. En décembre 1920 j'ai commencé à comprendre que j'avais quelque chose qui n'était pas ordinaire. A partir de ce moment, je n'étais plus maîtresse de moi. J'étais sous l'influence de la physique. Je ne voyais pas, mais j'entendais. La physique est quelque chose qui frappe l'imagination et qui la fait travailler. On me jouait des tours, ce sont mes sœurs qui me les faisaient. » — « Je n'entendais pas en réalité, c'était mon imagination ». — Parle de spiritisme. Elle était « spirite ». A dit à un prêtre qu'elle était peut-être ensorcelée, hypnotisée. « On se servait de quelqu'un pour me faire entendre toutes sortes de choses. On me parlait

©BIUM

physiquement. Ce n'était pas une vraie voix. C'est la pensée qui s'exprime d'une façon sensible. On répétait ma pensée. La Mère Abbesse était pour quelque chose dans tout cela ». — On l'endormait. — « Quand je devais faire quelque chose, ma pensée était comme enchaînée ou travaillée d'un côté et de l'autre. Je ne pouvais pas me fixer ». — Se compare à un médium. — A écrit des lettres pour se plaindre (à l'Evêque, aux supérieurs, etc.). — La nourriture avait une odeur suspecte, pour le goût c'était moins souvent suspect. — A ressenti dans le corps un « courant », c'était comme de l' « électricité ». — Pas d'idées de grandeur. — « Le 4 octobre 1921, je me suis vue en double. Une autre moi-même était à côté d'une sœur. Je me voyais nettement. Mais pour me voir, il ne fallait pas que je regarde à l'endroit où mon double se trouvait, alors tout s'évanouissait. Je devais regarder en haut ou de côté, et alors je me voyais dans l'esprit ». Nous rédigeâmes le certificat de 24 heures suivant : « Démence précoce à forme délirante ; présente des troubles accentués de la personnalité (se croit influencée, dissociée, dédoublée) et des hallucinations multiples avec prédominance d'hallucinations psychiques de l'ouïe ». Fonds intellectuel normal. Pas de débilité mentale.

Les mois suivants, les hallucinations se calmèrent progressivement, mais le délire persistait. Le caractère de la malade se révéla comme entier, volontaire, assez renfermé.

7 février 1923. — Accalmie des hallucinations, mais conviction profonde de la réalité de tous les phénomènes passés. Elle était réellement dissociée et dédoublée. Ajoute: « j'ai entendu une voix occulte... j'étais comme endormie ». Veut cesser d'être religieuse. Ne veut plus jamais se confesser : « je n'ai pas de péchés... ». Est calme, assez docile, mais parfois se montre hautaine et personnelle. On la voit quelquefois parler et même rire seule, mais on ne constate jamais ni stéréotypies, ni maniérisme, ni impulsivité, en un mot : aucun symptôme net de la série catatonique. Est toujours correcte, propre, ordonnée.

21 juillet 1923. — Même état. Ne s'occupe que par intermittences (couture). Va et vient sans but, demande sa sortie mais mollement.

8 septembre 1923. — Même état. Aime l'isolement. Conviction de la réalité du délire et des hallucinations passées. « La femme est au-dessus de l'homme. C'est la femme qui enfante, elle est supérieure..... On m'a dit que j'étais très intelligente ». Est parfois grandiloquente et emploie des expressions étranges : « Je suis de la terre équestre ».

©BIUM

19 décembre 1923. — A eu, il y a quelque temps, une courte période d'excitation légère, se déplaçait sans but, se montrait indocile. Maintenant est de nouveau calme. Ni hallucinée, ni délirante dans le présent. Aucune conscience de sa maladie passée. N'était pas « dédoublée », mais il y avait « comme une ombre » à côté d'elle, « cela me ressemblait comme une photo ». A cette époque était très fatiguée. La supérieure voulait trop l'influencer, sa propre volonté en était anéantie. Ebauche de mégalomanie. Parle de la Faculté de Médecine. Emploie des expressions livresques. Se dit toujours croyante, mais ne va même pas le dimanche à la messe : « je ne veux pas me fatiguer à l'Eglise parce qu'il y a un maintien », « je n'ai pas besoin de majorantes (veut dire : surveillantes) ». Collectionne des cailloux : « les cailloux font des cristaux, c'est du carbonate, cela fait du sable, le sable nettoie, c'est de la chimie ». L'attitude générale est normale et correcte, mais hautaine, volontaire. Se dispute parfois avec les autres malades, mais jamais d'impulsivité. Capricieuse. Tantôt travaille, tantôt sans raison aucune, refuse. Propre. S'alimente convenablement. Sa voix est quelquefois chantante, un peu artificielle.

Le 26 décembre 1923, transférée dans une autre maison de santé.

D. Début en 1921, à 24 ans. Avait des périodes d'excitation. Manifestait des idées d'influence et de persécution. Internée pendant quelques mois dans un asile étranger. Puis survint une amélioration, mais qui ne dura pas. Internée dans notre service en août 1922.

Dès le début de son séjour, on note l'existence d'idées d'influence. Il y a « une machine » qui est électrique et qui a la puissance de l'influencer. Elle ne l'a jamais vue, mais ressent son action. On l'endort, on la fait manger, on l'influence de mille manières. Cette machine se trouve parfois sur les toits. « On marche endormi. On nous décoiffe ». Puis dit : « On sent des gens qui parlent autour de vous. On ne les voit pas, mais on les sent par l'odeur. On les entend parler, pas à moi mais entre eux. Je ne les comprends pas ». A entendu à plusieurs reprises « des voix qui venaient du ciel ». A été entourée d'ennemis. Il y avait des fusils et des révolvers prets pour la tuer.

En dehors du délire et des troubles sensoriels, on note ceci. Une certaine débilité mentale, un peu d'excitation, parfois une bizarrerie, telle que le rire sans motifs. La malade a commencé à travailler peu de temps après son entrée à l'Asile, mais sans aucune initiative.

©EIUM

Une note d'août 1923 constate la disparition du délire et des hallucinations. Elle dit : « Il y avait autrefois une machine sur un toit... c'était peut-être un rêve... il n'y a plus rien maintenant ». Se laisse vivre. Suit les directions qu'on lui donne. Se rend utile. Mais parfois devient capricieuse et entêtée. Aucun symptôme net de la série catatonique : pas sombre, pas négativiste, pas maniérée, pas stéréotypée. Sentiments affectifs conservés. Jamais d'impulsivité.

En novembre de la même année, on note que D. a parfois un rire bizarre et inexplicable. A des périodes de plusieurs jours pendant lesquelles est légèrement excitée et ne se montre pas bien docile.

En janvier 1924, l'état était le même.

En juin 1924, on note que la malade est toujours la même, c'est-à-dire calme et travailleuse, mais avec de courtes périodes d'excitation et un besoin continu de direction, sans initiative. Elle reste puérile, avec parfois quelques bizarreries inexplicables telles que le rire sans motif. Insouciante, indifférente. N'a plus ni délire, ni hallu inations, mais croit à la possibilité d'une influence du genre de celle subie autrefois. Ainsi nous disait dernièrement qu'une infirmière la fixait du regard et pouvait ainsi l'influencer.

La forme « atténuée » de la démence paranoïde est caractérisée par ce fait que l'évolution en est relativement peu grave. Au bout de quelques années, le délire s'estompe, la conviction délirante est plutôt valable pour le passé que pour le présent. Ces sujets présentent, avec une particulière fréquence, des idées dites d'influence. Pendant la période d'état de la maladie, les phénomènes délirants sont au grand complet, et des hallucinations (en général, psychiques) viennent enrichir le tableau morbide. Mais ensuite le délire pâlit et certains sujets « guérissent » au point de pouvoir sortir de l'Asile. Ils deviennent de bons travailleurs, dociles, faciles à diriger. Mais on note des bizarreries du caractère, une tendance à s'isoler, un goût pour le travail automatique et sans initiative, parfois des périodes de légère excitation ou d'« énervement ». Nous rattachions autrefois ces cas à la démence précoce et nous disions qu'il s'agissait de « guérison avec déficit intel-

©BIUM

lectuel ». On peut se demander cependant si cette terminologie (de l'école Kraepelinienne) est exacte. Car rien ne prouve qu'il s'agisse bien réellement de démence précoce, attendu qu'à aucun moment de la maladie n'apparaissent les symptômes caractéristiques de cette affection. Ce sont plus simplement des cas de délire avec appoint hallucinatoire (surtout en hallucinations psychiques de l'ouïe), puis aboutissant à un certain affaiblissement intellectuel, fatal certes mais généralement peu accentué.

Jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les trois formes de démence paranoïde, et essayons en même temps d'en déterminer la place en nosologie.

Il est un point qui à notre avis est essentiel : ces trois formes sont dissemblables. La forme catatonique, la forme hallucinatoire et la forme atténuée n'ont que des analogies très superficielles. Ce qui domine dans la première, c'est la prééminence des symptômes classiques de la démence précoce hébéphréno-catatonique (les troubles musculaires exceptés). Ce fait est tellement saillant que souvent on hésite même de faire le diagnostic : démence paranoïde et on dit : démence hébéphréno-catatonique avec phénomènes délirants. La forme hallucinatoire aboutit, tout comme la précédente, à un affaiblissement intellectuel mais qui est moins accentué et qui, d'autre part, ne présente pas les symptômes caractéristiques de l'hébéphréno-catatonie. Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est la prééminence des phénomènes hallucinatoires et notamment des troubles de la sensibilité générale. La forme atténuée se distingue avant tout par ce fait — qui justifie sa dénomination — que le délire et les hallucinations régressent au bout d'un certain laps de temps et qu'apparaît ensuite un affaiblissement intellectuel qui peut être qualifié de démentiel parce qu'il est définitif, mais qui, en tout cas, est moindre que dans la forme précédente et beaucoup moindre que dans la première forme. Dans bien des cas de ce genre on peut parler de « guérison », d'ailleurs relative.

L'idée de Kraepelin, émise ainsi qu'on l'a vu plus haut, d'incorporer dans le même groupe que l'hébé-

©BIUM

phrénie et la catatonie, certains états délirants est une idée juste et féconde mais à une condition cependant : c'est de ne le faire que pour les délires évoluant chez les sujets présentant des symptômes caractéristiques de la démence précoce. De tels cas existent, et nous les désignons sous la dénomination de démence paranoïde catatonique. Mais il y a aussi d'autres démences paranoïdes qui ne semblent avoir rien de commun avec la démence précoce : c'est la forme paranoïde hallucinatoire et la forme paranoïde atténuée. Mais comment ranger ces deux dernières formes ? Nous répondrons qu'il ne nous paraît nullement nécessaire de les incorporer dans une des deux grandes catégories actuellement en vigueur : démence précoce ou paraphrénie. D'après la huitième édition du *Traité* de Kraepelin, il semblerait qu'il n'y eût que ces deux groupes de psychose délirante vésanique à évolution plus ou moins démentielle. Or rien ne prouve qu'il en soit réellement ainsi. Rappelons que jusqu'à 1912 ce n'est pas deux groupes qu'il y avait mais un seul, ce qui était d'une exagération évidente. La concession faite à cette époque — création des paraphrénies — ne peut être considérée comme suffisante. Il ne nous semble nullement établi que la paraphrénie systématique soit si proche parente de la paraphrénie expansive, ni surtout de la paraphrénie fantasque. En tout cas, sans soulever, pour le moment, toute la question de la légitimité de la synthèse des paraphrénies, nous pouvons affirmer que rien ne permet d'étiqueter « paraphrénie » une démence paranoïde hallucinatoire ni même une démence paranoïde atténuée. Rappelons que la paraphrénie a pour type clinique fondamental, ainsi que le reconnaît Kraepelin lui-même, le délire chronique de Magnan. Or la caractéristique clinique primordiale de celui-ci est l'évolution progressive en plusieurs phases distinctes (P. Garnier l'appelait « psychose systématisée progressive »), aboutissant à un affaiblissement intellectuel définitif. Rien de tel dans les deux formes en question. Dans toutes les deux, le délire se forme, après la phase de début qui n'a rien de particulier, presque d'emblée, sans ce développement progressif et

©BIUM

quasi-logique de la psychose de Magnan. L'école de l'Admission rangerait plutôt ces deux formes parmi les délires des dégénérés, dont la guérison complète n'était, on le sait, nullement fatale pour Magnan qui admettait, dans certains cas, un état d'affaiblissement intellectuel terminal allant jusqu'à la « démence ». Nous voyons, en somme, que la première de nos trois formes n'est autre chose qu'une modalité de la démence précoce et que les deux autres ne semblent relever, ni de la démence précoce, ni de la paraphrénie, et qu'il y aurait lieu de les considérer comme des psychoses quasi-autonomes. Leur parenté avec ces deux grands cadres kraepeliniens n'est pas douteuse — car il s'agit évidemment de vésanies incurables et que toutes les vésanies incurables se ressemblent par certains côtés d'ailleurs secondaires — mais il est légitime de leur accorder une certaine autonomie et une description à part.

Une objection pourrait nous être faite : c'est que les distinctions en formes cliniques, les classifications en général, sont inutiles. De nombreux auteurs n'admettent plus que deux grandes classes de psychoses : la schizophrénie et la folie maniaco-dépressive. Dès lors, le plus simple est de ranger les cas qui nous occupent ici dans la classe des schizophrénies, sans chercher à établir de distinctions décevantes. Nous estimons tout à fait fausse cette manière de voir, et nous pensons, notamment, qu'on attache, depuis quelques années, trop d'importance à la notion de schizophrénie. Il s'agit là d'un phénomène qui n'est ni aussi fréquent, ni aussi facile à déceler qu'on le croit. Il n'a d'ailleurs pas la grande valeur diagnostique qu'on lui accorde actuellement. Ce fut Stransky qui le premier montra, en 1903 (1), qu'il y avait, dans la démence précoce, une dissociation, une discordance, une dysharmonie entre les fonctions psychiques, notamment entre les fonctions intellectuelles (noopsyche) et les fonctions d'or-

(1) Stransky. — Z. Kenntnis gewisser erworbenen Blödsinnsformen. *Jahrb. f. Psychiatrie*, vol. 24, 1903, p. 1. — V. aussi : Schizophrenie u. intrapsychische ataxie. *Jahrb. f. Psychiatrie*, vol. 36, 1914, p. 485.

dre affectif (thymopsyche). Il dit toutefois que cette « ataxie intrapsychique » n'avait de signification que : 1° si on l'observait pendant la première année d'une psychose, 2° si on ne l'observait pas associée à des phénomènes confusionnels accentués. Car autrement cette « ataxie » est si banale qu'elle en perd toute signification. D'ailleurs même avant Stransky on connaissait les phénomènes de cet ordre, si fréquents chez les aliénés. Legrain ne parle-t-il pas dans sa thèse d' « ataxie cérébrale » dans les délires dégénératifs (1) ? Et ne sait-on pas, d'autre part, que Magnan (qui avait inspiré cette thèse) englobait dans ces délires des cas que nous savons être d'authentiques démences précoces délirantes ?

L'autisme est également un symptôme auquel on accorde trop de valeur pour le diagnostic de la démence précoce. C'est ce que pense Stransky, et nous partageons sa manière de voir, car bien des aliénés nullement déments précoces présentent cette tendance à se renfermer et à s'isoler de l'ambiance. Comme le dit Colin, « 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... » (2). Remarquons, à ce propos, qu'il semble même y avoir une certaine contradiction entre la dissociation psychique et l'autisme. Gruhle a rappelé récemment, au sujet de l'autisme, les paroles de Pinel que s'isoler de l'ambiance ne signifiait pas autre chose que concentrer son attention sur un seul point (3). Or cette concentration ne cadre guère avec une dissociation psychique, ou du moins pas toujours. En fait, nous préférons, dans l'étude des malades, déments précoces ou autres, nous attacher à l'examen des manifestations cliniques objectivement constatables plutôt qu'à la recherche des symptômes tels que l'« ataxie psychique » ou l'« autisme ». Nous avons peu de confiance dans cette « psychologie » qui

(1) LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. *Thèse*. Paris, 1886, p. 211.
(2) L. C.
(3) GRUHLE. — Die Psychologie d. D P. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 78, 1922, p. 454.

©BIUM

tend à « expliquer » la mentalité des aliénés, exercice souvent décevant et aboutissant à des résultats dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils sont incontrôlables.

En attachant de l'importance à des « symptômes » tels que : schizophrénie, autisme, désinsertion du réel, on aboutit évidemment à créer des cadres très vastes, car d'une part il est toujours facile de dire que ces « symptômes » existent (le contrôle est quasi impossible, tout dépend de l'impression de l'observateur), et d'autre part, certains de ces phénomènes sont d'une grande banalité. Mais ces cadres si vastes ne peuvent par cela même, servir à rien. On aboutit à ranger côte à côte des maladies mentales dissemblables et rendre ainsi tout pronostic impossible. Nous croyons que le domaine de la démence précoce, de la schizophrénie comme on l'appelle maintenant, doit être notablement rétréci. Il serait excessif de revenir trop en arrière, aux idées de Morel ou de Christian. L'élargissement de cette psychose est justifié, mais non pas un élargissement aussi illimité, peut-on dire, que celui voulu par Bleuler et ses partisans. Kraepelin d'abord, ensuite d'autres auteurs, tels que, en France notamment, Sérieux et ses élèves ont montré la grande valeur des symptômes réels et objectivement constatables et contrôlables, dont les principaux sont : négativisme, suggestibilité, indifférence affective, stéréotypies, maniérisme, impulsivité, troubles particuliers du langage. Une maladie mentale où ces symptômes manquent ne saurait être qualifiée de démence précoce. Le but des pages qui précèdent a été précisément d'essayer de montrer que parmi les malades qualifiés de déments paranoïdes il y en a un certain nombre qui ne sont pas des déments précoces et qui ne le deviennent jamais. La démence paranoïde ne serait donc pas une entité morbide. Elle comprend des cas dissemblables et qui, jusqu'à nouvel ordre, peuvent être rangés sous trois chapitres différents : démence paranoïde catatonique (relevant de la démence précoce), démence paranoïde hallucinatoire, démence paranoïde atténuée.

©BIUM

NOTE SUR L'INJECTION ENDO-VEINEUSE DE SOMNIFENE EN PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Par M. LEVET

Médecin-Directeur Asile de la Charité-sur-Loire

De même qu'en chirurgie et en obstétrique, l'injection endo-veineuse de somnifène paraît appelée à rendre des services en psychiatrie.

L'emploi de ce médicament par voie hypodermique a donné en Médecine mentale des résultats suffisants pour avoir été recommandé même comme thérapeutique systématique d'accès d'agitation prolongée. Précédée ou non d'une injection de scopolamine-morphine, la répétition de huit heures en huit heures d'une injection hypodermique de somnifène est une méthode qui a été préconisée non pas tant en vue d'un restreint chimique que comme moyen préventif d'usure nerveuse par surmenage délirant.

La voie endo-veineuse a une action beaucoup plus rapide et plus complète. Elle est tout autant inoffensive que la voie hypodermique.

L'expérience montre que l'agitation des malades n'est jamais un obstacle sérieux à la technique endo-veineuse sous la réserve que l'opérateur soit rapide et précis. Il serait même surprenant de voir combien l'aliéné se prête facilement à cette technique si l'on ne savait que de toutes les voies d'injections médicamenteuses par l'aiguille de Pravaz, l'endo-veineuse est de beaucoup la moins douloureuse.

Notre attention fut orientée vers l'endo-veineuse de

©BIUM

somnifène à l'occasion d'un transport à l'Asile d'une malade confusionnelle d'une turbulence extrême. Une forte injection de scopo-morphine faite au départ du domicile avait été à peu près sans effet. Il était risqué de la renouveler : la malade en état toxi-infectieux était oligurique et albuminurique. Le résultat d'une endo-veineuse de somnifène, faite en cours de route, fut immédiat, impressionnant même. La malade entra très vite dans une narcose tout à fait semblable au sommeil chloroformique.

Dans les expériences qui suivirent nous avons toujours observé une action sédative en deux phases, l'une de narcose très rapide suivie quelques heures après d'une période de torpeur dont il est possible de tirer le malade pour l'alimenter ou lui causer.

A doses médicamenteuses égales, l'action nous a paru conditionnée non seulement par l'état organique ou l'âge du sujet, mais aussi par la variété de la psychose.

Actuellement, nous n'employons plus la méthode de pratique chirurgicale qui consiste à faire précéder l'endo-veineuse de somnifène d'une hypodermique de scopolamine ou de scopo-morphine. Nous préférons forcer la posologie du somnifène, sans toutefois dépasser, sauf circonstance exceptionnelle, la dose de deux ampoules, soit quatre centimètres cubes de somnifène d'un seul coup. En général, une seule ampoule de 2 centimètres cubes suffit à produire la sédation nécessaire pour conduire et maintenir aux bains de thérapeutique les malades indociles, pour assurer le repos et la tranquillité de la nuit dans une salle troublée par l'agitation d'un malade.

Les maniaques dépressifs nous ont paru beaucoup moins sensibles au somnifène endo-veineux que les autres. Alors que des organiques, des confusionnels, tombent en résolution presqu'immédiatement après le retrait de l'aiguille, surtout si le piston a dû être vivement poussé, le maniaque dépressif semble faire effort pour réagir à la narcose qu'il sent l'envahir. Il prolonge ses efforts d'autant plus qu'il y a des spectateurs

©BIUM

et, pour ces malades, il est de beaucoup préférable de se retirer et d'observer à distance une fois l'endo-veineuse terminée. La période de narcose et celle de torpeur consécutive sont également moins longues que chez les comitiaux et les déments précoces.

Par contre, chez certains scléreux, nous avons vu l'action médicamenteuse se continuer pendant plusieurs jours, et cela nous a paru contre-indiquer l'emploi de l'endo-veineuse de somnifène chez les vieillards. Mais nous l'avons utilisée sans inconvénients ni alertes chez des insuffisants rénaux, même albuminuriques, en diminuant et fractionnant les doses et en poussant l'injection aussi lentement que le permettait l'agitation.

Jusqu'ici l'endo-veineuse de somnifène employée à la posologie maxima d'un seul coup de trois ampoules de 2 centimètres cubes à la fois ne nous a paru présenter que les trois désagréments suivants : une accoutumance assez rapide, un peu d'escarrification superficielle de la peau quand l'endo-veineuse est ratée, et surtout une irritation de l'endo-veine pouvant aller jusqu'à l'oblitération en cas d'injections renouvelées à intervalles rapprochés sur le même point. Aussi estimons-nous que si cette technique doit être répétée, il est bon de commencer par la partie basse de la veine saillante choisie ou, mieux encore, de changer à chaque fois de bras ou de veine.

Cet ennui de l'endo-veineuse semble en restreindre l'utilisation chez les grands agités chroniques.

Mais cette technique nous paraît devoir rendre en psychiatrie d'autres services.

Tous nous savons combien la ponction lombaire est parfois mouvementée par l'état d'excitation des malades : ils fuient devant l'aiguille, se raidissent en opposition, contracturés parfois autant que des cérébro-spinaux, ils rendent impossible la tâche de l'infirmier, qui s'efforce en vain de rapprocher tête et genoux et d'obtenir le « gros dos ». La méthode de l'anesthésie progressive des plans par la novocaïne, si utile chez les sujets pusillanimes, ne sert à rien ici, sinon à pro-

©BIUM

longer la manœuvre opératoire au bénéfice des réactions négativiques du sujet. En plus des aiguilles faussées, tordues, ces ponctions, faites dans de mauvaises conditions, ne fournissent souvent qu'un liquide mélangé de sang et inutilisable pour le laboratoire. L'injection endo-veineuse préalable de somnifène nous a toujours permis des ponctions lombaires faciles et simples, si bien que nous la considérons presque, en quelque sorte, comme un temps préliminaire, de la ponction lombaire chez les aliénés.

Nous l'avons utilisée encore pour toutes les petites interventions chirurgicales auxquelles la plupart des médecins d'asiles de province, éloignés des spécialistes, doivent procéder dans leurs services. La simple extraction dentaire est parfois compliquée chez un aliéné qui refuse de se prêter à l'anesthésie locale cocaïnique. Ces extractions se font bien sous la narcose somnifénique.

Mais en pratique psychiatrique courante, le triomphe de cette narcose est son utilisation en certains cas difficiles d'alimentation par la sonde œsophagienne. Il n'est pas de service d'aliénés où ne se produisent les petites scènes suivantes, en général, lors d'une première alimentation forcée : l'aliéné sitiophobe est préventivement camisolé, première résistance et première lutte ; puis, sa tête saisie et fixée, il se contracte dès que la sonde s'engage, il refoule et ramène la sonde ; quand celle-ci est mise en place il crache ou régurgite sur l'opérateur surtout au moment du retrait de l'instrument. Rouge, congestionné, larmoyant, le malade épuisé par ces résistances est anhélant. Avec une endo-veineuse préalable de somnifène, nul besoin de camisole, aucune lutte, l'acte opératoire est simple et propre. Par crainte des fausses routes sous narcose, peut-être serait-il prudent de n'utiliser en ce cas que de grosses sondes.

De notre expérience personnelle, nous pensons que l'emploi de l'endo-veineuse de somnifène est appelée à rendre de réels services en pratique psychiâtrique.

©BIUM

Lettre à M. Mignard à propos de son récent article sur la « Subduction Mentale Morbide »

Par M. André CEILLIER

MON CHER MIGNARD,

Votre beau travail sur la « Subduction mentale mordibe », m'a intéressé très vivement et d'une façon d'autant plus directe que sur un point essentiel, l'unité de la personnalité, je me sens en parfaite communion d'idée avec vous. Par contre je ne partage pas votre opinion quand vous demandez qu'on enlève l'étiquette de « mental » ou « psychologique » à la notion « d'automatisme » pour le désigner sous les termes « d'automatisme cérébral » ou d'automatisme neurologique ». Je crains, pour vous, que beaucoup de psychologues et de psychiatres n'éprouvent quelque peine à renier, purement et simplement, cet automatisme mental qui a un rôle des plus importants, à mon avis, dans l'activité psychique, normale et pathologique.

Dans les articles de l'*Encéphale* (1) auxquels vous faites allusion, je me suis limité presque exclusivement à l'étude des faits cliniques, mais, aujourd'hui, puisque vous m'en donnez l'occasion, en m'obligeant à protester contre les opinions que vous m'attribuez à tort, je préciserai quelques idées d'une portée très générale. Vous me faites passer aux yeux de vos lecteurs pour un partisan de la désagrégation de la personnalité, de l'unité mentale. Pourtant je me suis toujours appliqué à ne jamais parler de dissociation de la personnalité, mais de dissociation de la personnalité consciente, ce qui n'est pas du tout la même chose (2).

---

(1) *Encéphale*, mars, avril, mai, juin 1924. Les Influencés.

(2) Je dois avouer une erreur tout au début de mon article. A la 7e ligne on peut lire : L'automatisme (traduisant une dissociation de

©BIUM

Il est pénible, mon cher Mignard, malgré votre exquise courtoisie, de se voir attribuer l'idée qu'on exècre le plus. Si je ne possède qu'une certitude je puis, sans aucune exagération, vous affirmer que c'est celle de l'identité et de l'unité de ma personnalité, le « je pense, donc je suis », en donnant au « je » son sens psychologique profond de réalité unique, identique à elle-même, permanente. Par analogie, j'ai la conviction la plus absolue que la personnalité d'autrui ne peut, en aucun cas et pas davantage dans les états pathologiques, être divisée, dissociée, désagrégée. Cette unité de la personnalité me paraît telle, que je considère comme une hérésie psychologique les associations de constitutions. D'abord une constitution n'existe pas en soi puisqu'il y rentre un ensemble d'éléments psychologiques et qu'on ne peut concevoir une idée en soi, une émotion en soi, une volition en soi, mais seulement l'idée, l'émotion, la volition de quelqu'un (soi-même ou un autre). Ou plutôt — car même ainsi comprises, l'idée, l'émotion, la volition de quelqu'un n'ont aucune réalité — tout ce qu'on peut concevoir c'est un sujet ayant une idée, une émotion, une volition. En effet un phénomène psychologique n'est pas une réalité qui vit par soi-même, ce n'est pas une réalité qui s'accroche sur quelqu'un, c'est seulement une « émanation » d'un « je ». Admettre qu'un individu possède trois constitutions est bien une hérésie psychologique. Chacun possède sa constitution qui lui est propre et qui peut emprunter ses éléments à plusieurs des constitutions pathologiques que les cliniciens ont très légitimement isolées. En se modifiant (car elle n'est jamais immuable), la constitution ne se transforme pas en une autre. Elle peut devenir « autre » mais pas « une autre ». Même s'il s'agit de personnalités alternantes qui s'ignorent (à supposer que de tels cas puissent exister) la constitution reste *une* comme le « je »

---

la personnalité consciente). J'aurais dû dire... (se traduisant par...). Cette erreur serait grave si elle n'était corrigée par toute la suite de mon article, où je montre que c'est à cause de l'existence de l'automatisme mental que le malade a le sentiment d'une dissociation de son moi, d'une dissociation de sa personnalité consciente.

et l'on pourrait dire qu'un de ses traits est l'alternance, comme l'un des traits de la cyclothymie est la périodicité. En somme la personnalité participe à une unité qui embrasse toutes les diversités apparentes.

Vous voyez, mon cher Mignard, que je ne puis être suspecté de défendre la mauvaise cause : celle de la dissociation de la personnalité.

2° Et, pourtant, j'admets comme très fréquente à l'état pathologique la dissociation de la personnalité consciente. Aussi me faut-il légitimer ce que je considère beaucoup moins comme une théorie que comme la simple constatation d'un fait clinique. Avec beaucoup de psychologues, avec William James en particulier, j'appelle « moi » tout ce qui m'appartient, tout ce à quoi s'applique l'épithète *mien*. Le « moi » est l'objet connu, le « je » est le sujet connaissant (indivisible). Le « moi » c'est par exemple mon corps, mes vêtements, ma maison, ma famille, ma fortune, ma réputation, mes projets, mes ambitions, tous mes états de conscience, mes émotions, mon activité... etc. Ma « conscience personnelle » ou ma « personnalité consciente » (les deux termes sont employés comme synonymes par Ribot, Régis, etc.) c'est la connaisance que j'ai de tous ces biens, en tant que bien m'appartenant. *L'appropriation personnelle* est un élément nécessaire de la personnalité consciente. Or, chaque fois que je ne m'approprie pas une représentation, un sentiment, une action, qui pourtant m'appartiennent et que je les attribue à autrui, j'ai un trouble, une dissociation de la connaissance de mes biens, c'est-à-dire de ma personnalité consciente.

Prenons un exemple psychiatrique. Voici un malade ayant un délire spirite avec de l'écriture mécanique. Sa main se meut malgré lui, trace des lettres, des mots, des phrases, des pages entières d'écriture dans lesquelles il y a des idées qui se tiennent, des souvenirs évoqués, des projets formulés, des émotions ressenties, et pourtant il ignore ce qu'il a écrit, il n'en a connaissance qu'après, en se relisant. Pour nous qui l'observons, il est clair que tout cela vient de lui-même, de sa propre personnalité et il est incontestable qu'il n'y a pas deux personnalités psychiques dans le même corps, car la

©BIUM

personnalité est nécessairement une. Mais, *pour lui,* il lui paraît évident qu'il n'est pas l'auteur de ces écrits. C'est sa main qui a écrit, mais ce n'est pas son esprit qui a dirigé sa main. Donc ces écrits ne sont pas *son* œuvre, *sa* production. Ils lui sont étrangers. Il les dissocie de son *moi,* puisque le *moi* c'est tout ce qui est *mien* et que ces pages ne sont pas *son* œuvre. Il a bien une dissociation dans la connaissance qu'il a de soi-même. Il a une « dissociation de sa personnalité consciente ». Cela me paraît l'évidence même que d'affirmer un trouble de la connaissance, de la conscience de soi, de la conscience personnelle chez le sujet qui ne se reconnaît pas l'auteur de ses écrits. Je répète encore que, dans le cas pris comme exemple, il n'y a aucune dissociation de la personnalité et que la page d'écriture est bien, en réalité, l'œuvre de celui qui l'a écrite.

3° Pour des raisons que je ne comprends pas bien vous demandez qu'on enlève à l'« automatisme » son étiquette de « mental » ou « psychologique » et qu'on le désigne par les termes d'« automatisme cérébral » ou d'« automatisme neurologique » puisqu'il semble, dites-vous, qu'il corresponde à l'excessive prépondérance que prennent certaines fonctions neuro-cérébrales particulières, normalement soumises à l'action des fonctions mentales proprement dites.

Je ne vous suis pas du tout. D'abord l'automatisme mental, c'est-à-dire tous les faits psychiques qui se produisent en dehors de la volonté, non seulement existe, mais me paraît presque permanent. Les habitudes, les instincts, la mémoire, les associations d'idées, les tendances, les inclinations se produisent presque toujours spontanément, surgissent dans le champ de la conscience d'une façon automatique, sans que notre volonté soit intervenue. Une très grande partie de notre activité psychique est automatique (*la plus grande,* me disait le professeur Dumas, à qui j'ai lu cette lettre et qui m'a fait l'honneur d'en approuver tous les termes). Très souvent d'ailleurs, il y a mélange d'activité volontaire et automatique : tel acte déclanché volontairement s'exécutant ensuite d'une façon automatique.

J'admets très volontiers que, dans certains cas, il s'agisse d'automatisme des centres, par exemple, des centres de l'expression mimique et j'admets pour ces cas votre théorie de la subduction, c'est-à-dire de la domination de l'individu tout entier par la libération de ces automatismes neurologiques. Mais je ne puis renier l'existence de l' « automatisme mental » et je ne puis croire que les hallucinations psychiques verbales, monologues et dialogues morbides traduisent simplement l'automatisme des centres du langage. Si vraiment il y avait « automatisme purement neurologique » des centres du langage, je comprendrais que le malade prononce des syllabes, mais s'il n'y a pas un élément psychologique, je ne puis comprendre que ces syllabes s'organisent en mots, ces mots en phrases, ces phrases en un discours bien lié qui exprime des idées, qui s'adapte instantanément aux circonstances extérieures, qui souvent est chargé d'émotion, discours qui prend parfois la forme d'un dialogue et que je me refuse de la façon la plus absolue à croire l'effet d'un simple mécanisme cellulaire, dont tout élément intellectuel serait absent.

En somme si j'admets avec M. de Clérambault les « automatismes moteurs et sensitifs ». (bien que je n'aime guère ce dernier qualificatif) et avec vous les « automatismes neurologiques », je ne vois aucune raison pour nier l'existence d'un fait mille fois constaté par jour : l' « automatisme mental ». (Je crois en ceci être d'accord avec M. de Clérambault).

Il m'a semblé (mais j'ai pu me tromper) que, partant de cet axiome que l'automatisme mental suppose une dissociation de la personnalité et admettant que cette dissociation n'est pas possible, vous concluez que l'automatisme mental n'est qu'une apparence et n'existe pas. Or l'automatisme mental ne suppose aucune dissociation de la personnalité. Qu'un phénomène soit automatique ou volontaire il émane d'une seule personnalité et l'on ne peut concevoir qu'il émane de plusieurs personnalités chez le même individu (ce qui me paraît vide de sens). Bien plus, j'estime que l'activité automatique, loin de traduire une

©BIUM

dissociation de la personnalité, est une émanation de celle-ci plus directe, plus intime, plus profonde, plus spontanée que l'activité psychique supérieure, précisément parce qu'étant automatique elle n'a pas subi le « modelage », le « camouflage » habituellement imposés à celle-là.

En résumé j'ai voulu préciser les points suivants :

1° La dissociation de la personnalité est inconcevable.

2° Les phénomènes automatiques, loin de traduire une dissociation de la personnalité, émanent de la partie la plus intime, la plus profonde de la personnalité.

3° A côté d'un automatisme « neurologique », il faut admettre l'automatisme « mental » dont l'existence et la fréquence ne me paraissent pas contestables.

4° La personnalité consciente suppose l'appropriation personnelle de tout ce qui en réalité nous appartient. Quand un phénomène psychologique n'est plus rattaché par le sujet à sa propre personne, il y a trouble de la connaissance de soi-même, trouble, dissociation de la Personnalité Consciente. Ce trouble aboutit au sentiment d'influence.

Outre que la suppression pure et simple de l'automatisme mental me paraît difficile (pour ne pas dire impossible) à admettre, je ne vois pas ce que la théorie des automatismes « neurologiques » nous fait gagner en clarté pour la compréhension des troubles de l'esprit. Descartes ne nous a-t-il pas appris que : « l'esprit est plus aisé à connaître que le corps » ?

J'espère, mon cher Mignard, que vous ne verrez dans ces lignes qu'une nouvelle preuve de ma profonde estime et de ma grande amitié et qu'elles vous rappeleront le temps, déjà lointain, où nous trompions l'ennui d'une existence guerrière, par d'interminables et subtiles discussions.

André CEILLIER.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 OCTOBRE 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

Assistaient à la séance MM. Borel, Abély, Demay, Alamagny, Deron, membres correspondants.

Lecture du procès-verbal de la séance de juillet.

M. SEMELAIGNE. — Il a été décidé, à la dernière séance, sur la demande de la famille de Legrand du Saulle, et trente-huit ans après sa mort, que son éloge serait prononcé. L'heure n'est-elle pas venue de renouer une tradition tombée en désuétude, nous ne savons pourquoi ? Le dernier éloge prononcé à la Société médico-psychologique a été, en 1906, celui de Jules Falret. Ne semblerait-il pas étrange de retenir aujourd'hui le seul nom de Legrand du Saulle, malgré son mérite, parmi tant d'hommes qui ont été l'honneur de notre Société, et ne serait-il pas désirable de lui adjoindre, pour le moment, trois autres noms, dont deux très anciens. Brierre de Boismont fut peut-être, de son temps, l'aliéniste français le plus réputé à l'étranger. Delasiauve aussi a laissé une œuvre considérable, trop négligée de nos jours ; nous ne saurions oublier que, le premier, il a dénommé et bien décrit la confusion mentale, et signalé ces délires, semblables aux rêves, des intoxications et des infections. Et parmi les contemporains de Legrand du Saulle, comment ne pas songer à celui qui, le premier, a occupé la chaire actuelle des maladies mentales, à mon maître Ball ? Je propose donc qu'à l'éloge de Legrand du Saulle soient ajoutés ceux de Brierre de Boismond, Delasiauve et Ball.

Je me sers du terme éloge suivant les usages acadé-

©BIUM

miques, terme cependant impropre, car ces notices biographiques ne sauraient être de simples panégyriques, et l'équité commande de signaler, à l'occasion, les défauts et les faiblesses, comme les qualités et les vertus. On ne doit aux morts, disait Condorcet, que la justice et la vérité.

M. Arnaud se joint à M. Semelaigne pour soutenir cette proposition.

Après des observations de M. Vallon et avis de M. Colin, secrétaire général, la proposition de M. Semelaigne est renvoyée au bureau pour étude préalable à la désignation de commissions.

Le procès-verbal est ensuite adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Deron qui remercie la Société de l'avoir nommé Membre Correspondant ;

une lettre de M. Beaudouin, qui pose sa candidature au titre de Membre correspondant.

des lettres de MM. Revault d'Allonnes, Roubinovitch et René Charpentier, qui expriment leurs regrets de ne pouvoir assister à la séance ;

une invitation à la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie qui aura lieu à Zurich le samedi 15 et le dimanche 16 novembre. Thème de travail : La Paralysie Générale.

Rapport de Candidature.

M. M. MIGNARD. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Séglas, Arnaud et Mignard, je dois vous présenter un rapport sur les titres des candidats à la place vacante de Membre titulaire de la Société Médico-Psychologique.

Ces candidats sont : le Dr Guiraud, Médecin des Asiles de la Seine, et le Dr Logre, Médecin de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police. Il suffit de prononcer ces deux noms, bien connus et estimés de vous tous, pour que vous compreniez combien seraient heureux les membres de votre commission, si les moyens leur étaient donnés de vous proposer d'élire à la fois deux Collègues aussi distingués.

©BIUM

Le Dr Guiraud a été nommé interne des Hôpitaux de Montpellier en 1905, interne de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Charenton), en 1907, année dans laquelle il obtint aussi le Doctorat en Médecine.

Médecin des Asiles Publics d'Aliénés en 1908, Médecin des Asiles de la Seine en 1922, il appartient à notre Société depuis cette même année, au titre de Membre Correspondant. Cité, pendant la guerre, à l'ordre de la Brigade et à l'ordre de l'Armée, M. Guiraud a reçu la croix de guerre avec palme. Il est chevalier de la Légion d'Honneur à titre militaire.

Les travaux scientifiques de M. Guiraud montrent l'étendue et la pénétration de ses recherches, car, s'ils se développent sur des terrains d'un abord assez différent, une convergence profonde nous fait voir qu'une direction d'ensemble les guide pour la plupart.

Neurologiste et psychiatre, aussi bon clinicien qu'histologiste, physiologiste et psychologue, M. Guiraud s'élève à des vues suffisamment vastes pour esquisser la synthèse de ces diverses investigations. Je m'abstiendrai de la sèche énumération bibliographique des titres des quelque vingt-cinq principaux travaux qu'il nous présente ; je rappellerai seulement leurs principes généraux.

Sur le domaine de l'Anatomie Pathologique, vous savez que M. Guiraud a notamment décrit des *Lésions des cellules nerveuses dans l'Encéphalite Epidémique* (*Encéphale*, 1923), et qu'il y découvre des *Corpuscules cytoplasmiques acidophiles* (Société Clinique de Médecine Mentale, 1922). Vous avez apprécié toute l'importance de cette découverte. Mais j'appellerai spécialement votre attention sur la description de *Lésions en foyer* dans cette maladie (Société Clinique de Médecine Mentale, 1923) parce qu'elle se rattache à la notion, très familière à l'auteur, de troubles de la psychomotricité en rapport avec des lésions des noyaux gris centraux.

M. Guiraud est frappé de la parenté que présentent le syndrome parkinsonien et le syndrome catatonique. Il observe dans la catatonie des symptomes neurolo-

©BIUM

giques évidents d'hypertonie extrapyramidale, d'exagération du tonus postural, et des symptômes psychologiques qui résulteraient d'un trouble ou d'une déficience des processus kinesthésiques dont l'influence se fait normalement sentir sur les phénomènes psychiques.

C'est à ce point de vue que se rapportent notamment ses travaux sur le *Syndrome Parkinsonien dans la démence précoce* (en collaboration avec Dide et Lafage, *Revue Neurologique*, 1921), le *Syndrome catatonique et les lésions des Noyaux gris centraux* (en collalaboration avec Daussy, *Annales Médico-Psychologiques*, 1924), la *Conception neurologique du syndrome catatonique* (sous presse, *Encéphale* 1924).

Ses études sur les délires, comme, par exemple, ses articles des *Annales Médico-Psychologiques* : *Délire systématisé et inversion sexuelle* (1922), et *les Formes verbales de l'interprétation délirante* (Même année), procèdent, au fond, d'orientations analogues ; car M. Guiraud considère que ces manifestations intellectuelles sont comme des réactions à certains troubles affectifs provoqués par quelque désordre de la cénesthésie. Et l'on voit que la pensée de l'anatomiste se reporte à des lésions voisines de celles qu'il met, d'autre part, en cause dans le développement des troubles psychomoteurs.

Les limites de ces brefs exposés m'empêchent d'insister sur divers travaux, parmi lesquels de fort remarquables au sujet de l'épilepsie. La crise épileptique s'y trouve interprétée par un choc colloïdoclasique électif sur les cellules nerveuses. — L'un de ces Mémoires, en collaboration avec M. Dide, fut couronné par l'Académie de Médecine de Belgique.

Mais le principal ouvrage de notre collègue est sa participation à la belle synthèse que M. Dide et lui nous ont présentée dans la *Psychiatrie du Praticien* (un volume, 1922), travail beaucoup plus original que son titre ne paraît l'indiquer, et où se trouvent exposées et développées les idées des deux auteurs, en une vue d'ensemble sur la Psychiatrie dont nous avons tous remarqué la puissance.

©BIUM

Le Dr Logre est licencié de philosophie depuis 1904. En 1907, il fut externe, en 1909, interne des Hôpitaux de Paris ; Docteur en Médecine en 1913, il obtint la médaille de thèse, et il devenait, la même année, Médecin adjoint de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. Il est nommé Médecin des Asiles Publics d'Aliénés en mai 1914 (1er au concours), Chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Paris en 1920, Médecin en chef adjoint de l'Infirmerie spéciale en octobre 1921. Il est admissible à l'Agrégation de Médecine Mentale en 1923, et, la même année, expert près les Hôpitaux. Depuis mai 1919, il appartient à notre Société comme membre correspondant.

Aux armées, le Dr Logre a reçu la croix de guerre après une citation à l'ordre du jour du groupe des Armées du Nord. Il fut, de 1920 à 1923, Médecin expert pour la Psychiatrie au centre de réforme Militaire de Paris.

Il est impossible de donner, dans ces quelques lignes même un bref aperçu des nombreuse et pénétrantes études du Dr Logre, dont nous avons plus de soixante principales publications, quelques-unes importantes par le volume, toutes par la pensée.

Son œuvre, très étendue, va de la Médecine générale à la Philosophie, en passant par la Neurologie et la Psychologie. Elle s'informe d'Anatomie. Elle atteint la Sociologie. Elle révèle une forte culture, à la fois littéraire et scientifique, un esprit largement ouvert aux considérations philosophiques. Mais sa caractéristique reste essentiellement clinique et psychiatrique. Toute cette vaste activité de recherches et de pensées est nettement centrée sur la Médecine Mentale. C'est d'elle que partent, c'est vers elle que reviennent la plupart des principes et des applications.

Si l'œuvre scientifique du Dr J.-B. Logre est essentiellement psychiatrique, nous ne devons pas oublier cependant une importante contribution à la médecine générale, sa thèse sur les *Œdèmes Infectieux du Poumon,* ni plusieurs travaux neurologiques, parmi lesquels les *Syndromes Méningés Hypertensifs* (avec Caus-

©BIUM

sade, 1922), une série de publications avec Dupré et Bouttier, sur la *Séméiologie Vasculaire des lésions cérébrales récentes* (1917-1918), avec Heuyer sur le *Hoquet Epidémique* (Soc. de Neurologie, 1920), etc...

Mais, dans l'ordre psychiatrique lui-même, loin de pouvoir tout envisager, nous devons nous contenter, de rappeler brièvement l'intérêt de deux ou trois groupes d'études poursuivies d'une manière particulièrement méthodique.

Le premier de ces groupes a trait à la Pathologie de l'imagination. C'est, avec Devaux, l'étude du *Syndrome Presbyophrénique* (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* 1911). La notion tirée de ce syndrome est étendue à tous les cas où le foisonnement de l'imagination vient compenser les insuffisances de la mémoire, grâce à la défaillance des fonctions de contrôle. C'est, d'autre part, la remarquable série publiée avec le Professeur Dupré, sur les *Délires d'Imagination* (Congrès de Bruxelles-Liège, 1910, *Encéphale,* 1911), parmi lesquels les auteurs complètent, avec les délires hallucinatoires, et les délires d'interprétation, déjà connus, la trilogie des grands processus de l'erreur morbide. C'est enfin l'*Etat Mental des Hystériques* dont une récente mise au point nous fut donnée dans le traité de Pathologie Médicale du Professeur Sergent. L'état mental des hystériques permet la figuration pathomimique de l'imagination, fleurissant sur terrain mythomaniaque.

Une deuxième synthèse est présentée dans l'ouvrage fait avec Devaux sur les *Anxieux* (1917).

Pour la première fois, l'Anxiété, ce chapitre capital de la pathologie affective, est montrée dans sa valeur propre, et distinguée des autres syndromes.

Ne trouvant même pas la place d'indiquer comme il le faudrait, les belles études sur les *Idées d'Influence* 1920-1922), les *Troubles Psychomoteurs* (1922), sur les *Toxicomanies* (1924), nous devrons nous contenter, pour les autres parties d'une œuvre aussi féconde, de faire appel aux nombreux et intéressants souvenirs de vos lectures psychiatriques.

©BIUM

Devant la valeur des deux candidats qui se présentent pour une seule place, vous comprenez sans peine, Messieurs, l'embarras des membres de votre commission.

Comme les circonstances leur imposent un choix, ils proposent à vos suffrages le Docteur Logre en première ligne, et en deuxième ligne le Docteur Guiraud. Mais ce n'est pas sans regretter vivement, nous le disons une fois encore, que ces deux excellents psychiatres ne puissent recevoir dans une même séance le titre de Membre Titulaire de la Société Médico-Psychologique.

Election

M. Guiraud obtient ..... 12 voix.
M. Logre obtient ..... 11 voix.
Nombre de votants 23

M. le Docteur Guiraud est élu Membre Titulaire de Société Médico-Psychologique.

Un cas de « syndrome des sosies » chez une délirante hallucinée par interprétation des troubles psycho-sensoriels

Par MM. Roger DUPOUY et Marcel MONTASSUT

Nous rapportons à la Société un cas de « syndrome des sosies », observé dans le Service de Prophylaxie mentale et qui fait suite à l'étude entreprise par M. Capgras et ses élèves Jean Reboul-Lachaux et Carrette (1). Le syndrome apparaît ici comme une compensation imaginative des troubles liés à la psychose. Il permet à notre malade d'interpréter les phénomènes hallucinatoires, de satisfaire ses tendances affectives et paraît avoir motivé jusqu'à ce jour l'absence de

(1) J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX. — L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bullelin de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, janvier 1923.

J. CAPGRAS et P. CARRETTE. — Illusions des sosies et complexe d'œdipe. *Annales médico-psychol.*, juin 1924.

©BIUM

réactions antisociales graves, en constituant une sorte de système de défense.

Il s'agit d'une psychose hallucinatoire d'une grande richesse clinique, évoluant depuis plus de 6 années et s'orientant progressivement vers une certaine systématisation. Les hallucinations auditives sont prédominantes : la malade prétend qu'on répète sa pensée, elle est injuriée et menacée, des gens inconnus lui font d'odieuses provocations et lui content des histoires scandaleuses. Les hallucinations psychiques et psycho-sensorielles sont moins accusées ; par contre, les troubles de la cénesthésie, surtout ceux de la sphère sexuelle, sont particulièrement actifs. Le délire est en incubation depuis plusieurs années, la malade a traversé le stade de malaise et d'incertitude où la personnalité échafaude des hypothèses pour justifier ses craintes et expliquer ses troubles ; elle commence maintenant à organiser un système délirant. Pour interpréter ses troubles, notre malade imagine l'existence de sosies d'elle-même et de ses amis.

Le « syndrome des sosies » apparaît ici comme une explication commode, satisfaisant le double point de vue de la connaissance et de l'affectivité. L'erreur de l'identification, ainsi que l'a montré M. Capgras, ne réside pas dans un trouble de la perception, mais dans une interprétation morbide d'essence passionnelle. La malade a cru en effet saisir une modification paradoxale de la conduite de ses amis ; bienveillants et aimables autrefois, ils paraissent actuellement lui manifester une indifférence hautaine ou un vif mépris. Cette contradiction entre les relations anciennes et actuelles lui paraît si illégitime, qu'elle pense être victime de fausses reconnaissances qui existent d'ailleurs conjointement. Cette méconnaissance systématique d'origine affective l'incline à imaginer l'existence de sosies. « Je crois, nous dit-elle, reconnaître des voisins, d'anciens clients, mais ce sont *leurs sosies*. Comment expliquer leurs gestes de mépris ou leur indifférence, pourquoi paraissaient-ils distraits quand je les saluais et que je voulais les aborder. Souvent, je crois reconnaître des gens que je connais. mais je me trompe, il s'agit de sosies. » Elle a cru, du reste, en retrouver de nombreux dans le service et a cherché, à plusieurs reprises, à discriminer l'identité réelle du médecin, du personnel et des malades.

C'est à la faveur du même système délirant, que notre malade explique les troubles psycho-sensoriels. Elle ne

©BIUM

peut se convaincre que les menaces, les injures, les propos orduriers entendus lui soient volontairement adressés, aussi cherche-t-elle à en imaginer la raison. Ayant cru constater l'existence de sosies de personnes connues, elle pense qu'il en est exactement de même pour elle. Cette hypothèse qui est d'ailleurs très près d'entraîner la conviction, est étayée par quelques faits d'ordre hallucinatoire, mais pour elle significatifs.

Elle a entendu la concierge et une voisine simuler sa voix dans le but évident de la déconsidérer. Croisant une femme atteinte d'un lupus de la face, elle a ressenti une sensation de brûlure sur le visage et entendu : « elle ne se doute pas qu'elle a un sosie ». Cette hallucination combinée auditive-tactile, d'origine périphérique *réelle,* a consolidé beaucoup le système délirant. « Comment expliquer autrement toutes les ordures que j'entends. Je ne fais rien de mauvais, ma conduite n'a rien de scandaleux. Pourquoi m'accuse-t-on d'avoir fait la noce avec des soldats, pourquoi me salir. Je pense que tout cela vient d'un sosie que j'ai dans la maison, qui s'habille avec mes vêtements et qui se fait passer pour moi. C'est certainement une femme de mauvaise vie, pour qu'on lui adresse de pareilles horreurs et qu'on l'injurie de telle façon. »

Notre malade suppose que son rôle doit être complexe ; le sosie est utilisé dans le but de lui nuire auprès des voisins et de favoriser ainsi le divorce, désir secret du mari. La malade formule en outre une seconde hypothèse qui lui paraît plus vraisemblable : son mari a pris une maîtresse, « une femme de rien » qui lui ressemble afin de mieux cacher l'adultère aux yeux du quartier ; cependant que ses anciens amants, trompés par la ressemblance, insultent à tort la femme légitime et innocente.

La création imaginative du sosie apparaît donc bien ici comme un besoin très légitime de compenser les troubles apportés par la psychose hallucinatoire. Elle satisfait le sujet au double point de vue intellectuel et affectif. Elle calme en effet l'inquiétude et l'esprit en quête de motifs, en lui fournissant l'explication des troubles psycho-sensoriels et de l'hostilité ambiante supposée.

Mais c'est surtout au point de vue affectif que le syndrome interprétatif du sosie compense le désarroi

©BIUM

moral du sujet. Elle constitue le noyau d'un système délirant de défense. Elle lui permet de répudier les menaces, les propos orduriers, ainsi que sa pudeur l'exige. Source de réconfort, elle dissipe les craintes et justifie à ses yeux sa propre réputation. Elle satisfait enfin le mépris et l'hostilité qu'elle voue à la maîtresse supposée de son mari.

Il nous a paru utile de rapporter ce cas intéressant au triple point de vue clinique, psychologique et médico-légal.

Clinique, car il réalise une forme un peu particulière, essentiellement interprétative, du syndrome de Capgras. Psychologique, parce qu'il est une illustration de la compensation idéo-affective au cours des états de désadaptation. Médico-légal, car notre malade n'a pu discriminer jusqu'à ce jour l'être réel du sosie et ne s'est livrée à aucune réaction ; mais elle y pourrait cependant parvenir le jour où à la faveur d'une illusion de reconnaissance, elle croira dépister son sosie.

Ce que l'on peut également craindre, c'est la rencontre fortuite d'une femme revêtue véritablement d'un costume pareil au sien; notre malade serait alors capable d'une réaction, d'ailleurs anodine croyons-nous, en rapport avec sa conviction délirante.

M. Capgras. — J'ai examiné plusieurs fois au Dispensaire de Prophylaxie mentale, la malade de MM. Dupouy et Montassut. Comme eux, j'ai constaté que l'idée d'avoir un sosie d'elle-même résultait d'une interprétation ou plutôt n'était qu'une supposition émise pour expliquer les calomnies dont on l'accable. « Il doit y avoir, me disait-elle encore avant-hier, des femmes de mauvaise vie qui me singent et que l'on prend pour moi ». Mais jamais elle n'a vu ces sosies, elle n'ose même pas en affirmer l'existence, parfois elle en doute, et, dans ses conversations avec moi, elle a toujours accepté la discussion de cette idée, aussi bien d'ailleurs que celle de son automatisme mental. Elle appartient à cette catégorie de sujets dont la conviction n'est pas absolument inébranlable, malgré l'ancienneté du délire, qui consentent un instant à rectifier

©BIUM

leurs erreurs mais qui reprennent le cours habituel de leurs pensées dès qu'on cesse de les raisonner.

Ce cas est donc différent de ceux que j'ai rapportés. Mes malades, loin de se borner à une supposition quelque peu indécise, affirment énergiquement, indiscutablement, que telle personne qu'ils voient, dont ils reconnaissent parfaitement les traits, est en réalité remplacée par son sosie. Une intuition, un jugement affectif l'emportent d'abord sur le témoignage de leurs sens, puis sont corroborés par un excès d'attention qui décèle des différences de détail dans les plus étroites ressemblances. Ils arrivent ainsi à la méconnaissance systématique de toute perception, de tout souvenir contraire à leur idée prévalente.

Le traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées

Par MM. R. DUPOUY et M. MONTASSUT

Les indications et les résultats du traitement des états anxieux par le gardénal sont actuellement bien connus ; le but de notre communication est de rapporter les résultats très favorables obtenus, tant au dispensaire, qu'en clientèle de ville, par le gardénal à doses réfractées.

La thérapeutique par doses fréquemment renouvelées s'est montrée nettement supérieure à la médication massive habituelle.

Le mode d'administration est simple ; cependant il se heurte à quelques difficultés que nous signalerons plus loin. Il consiste à donner régulièrement, durant la veille, un centigramme de gardénal toutes les heures.

La médication cesse naturellement pendant le sommeil; en cas d'insomnie le malade continue à prendre son comprimé, chaque heure, jusqu'à ce que l'effet soit obtenu.

Cette médication faite sans aucune autre association thérapeutique a donné dans une vingtaine de cas des

©BIUM

résultats très favorables. Ils peuvent se résumer ainsi : sédation très notable des manifestations anxieuses et de l'insomnie ; sensation de calme, de mieux-être accusée par le malade lui-même ; absence de l'inhibition, de l'abrutissement, voire de l'excitation provoquée par les doses massives ; disparition des alternances brusques dans l'état psychique avec stabilisation de l'humeur permettant la conversation psychothérapique. Les malades qui nous ont paru bénéficier le plus de cette cure furent, par ordre d'efficacité décroissante : les émotifs et les anxieux purs, les obsédés à réactions émotives vives, les anxieux hypochondriaques et mélancoliques préséniles ou d'involution, les périodiques. Les résultats n'ont pas été probants chez les mélancoliques et les persécutés négativistes, nous en verrons la raison. En résumé, résultats très nets chez les anxieux conscients, lucides, acceptant et demandant un traitement qu'ils peuvent prendre eux-mêmes.

Les avantages sur la médication habituelle résident non seulement dans l'efficacité, mais dans la plus grande tolérance. La dose quotidienne n'arrive jamais en effet à atteindre 0 gr. 20 ; ainsi les risques du gardénalisme se trouvent diminués et l'on peut assurer le maximum de résultats avec le minimum de toxicité.

Les obstacles auxquels se heurte parfois cette thérapeutique viennent quelquefois de la négligence du personnel et surtout du négativisme des malades ; tantôt les doses ne sont pas assurées régulièrement, tantôt les malades se refusent à accepter le comprimé comme ils le font d'ailleurs pour toute autre médication (refus systématique de traitement ou d'alimentation) par opposition délirante.

La médication s'appliquera surtout — et les résultats furent probants — chez les anxieux conscients désireux d'obtenir la sédation de leurs troubles, malades justiciables du traitement à domicile ou en service ouvert.

La thérapeutique des états anxieux par le gardénal

©BIUM

à doses réfractées nous a paru donner des résultats suffisamment significatifs pour nous engager à les publier.

M. SÉGLAS. — Je suis heureux de pouvoir confirmer les conclusions de MM. Dupouy et Montassut, par la rencontre de mon expérience avec la leur. J'avais eu l'idée, également, de traiter des malades anxieux en leur donnant un centigramme de gardénal toutes les heures. Trois émotifs obsédés anxieux, à paroxysmes fréquents, soignés de cette manière, ont été très améliorés.

M. R. DUPOUY. — Ce sont, en effet, les malades du type de ceux dont parle M. Séglas qui profitent le mieux de ce mode de traitement. Les résultats sont plus incertains avec les mélancoliques anxieux, surtout parce que ceux-ci se prêtent mal à l'administration du médicament, qu'ils s'efforcent de rejeter. Chez les anxieux non mélancoliques, par contre, l'effet du traitement est remarquable et trop net pour pouvoir être expliqué par une simple influence psychothérapique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — J'ai été heureux d'entendre M. Dupouy remarquer que le gardénal ne lui a pas donné chez les mélancoliques anxieux, les beaux résultats qu'il a obtenus chez les obsédés.

C'est que les premiers ont une excitation générale de tout leur système sympathique (1). Ils ont un syndrome psycho-sympathique comme je le disais dans une leçon à Ste-Anne en 1912, tandis que beaucoup des seconds ont, au moins au début de leurs paroxysmes anxieux, une hyperexcitabilité d'abord localisée ou vague.

Or la phényléthylmalonylurée est essentiellement une drogue inhibitrice du vague. On s'explique donc son succès, constaté d'ailleurs par vous tous, chez les obsédés de la 2e catégorie.

Cette distinction par la thérapeutique de variétés syndromiques anxieuses n'est d'ailleurs pas nouvelle

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathol. du sympathiq.*, p. 598.

©BIUM

et il y a déjà bien longtemps que M. Séglas attirait l'attention sur la valeur diagnostique de l'effet favorable de l'opium chez les anxieux mélancoliques et des bromures chez les anxieux obsédés.

Paranoïa originaire. — Délire imaginatif de supposition et d'interprétation. — Coexistence d'un délire de revendication.

Par M. TRÉNEL et M. VUILLAME

La malade dont nous donnons l'histoire est un type de délire imaginatif portant sur ses origines, à début datant du jeune âge, et montre la superposition d'un délire de revendication, en quelque sorte occasionnel, à un délire de supposition et d'interprétation préexistant (interprétateurs filiaux de Sérieux et Capgras).

RÉSUMÉ : *Conviction dès l'enfance d'une origine mystérieuse. Fuite, puis expatriation en Russie. La supposition d'une haute origine est renforcée par des propos d'inconnus. Hésitation sur cette origine (anglaise, bourbonnienne ou napoléonienne). Résignation à une vie subalterne parmi la société russe. Engagement comme infirmière militaire en Russie, Puis en France. A cette occasion. apparition de renvendications qui deviennent délirantes, au sujet d'une pension d'invalidité. Développement d'idées de persécution. Substitution par un sosie.*

Mlle Marie D., originaire du Puy-de-Dôme, âgée de 35 ans, entre à l'asile de Villejuif, le 9 juin 1924. Dès son enfance, dit-elle, aussi loin qu'elle peut se rappeler, elle s'est sentie différente de sa soi-disant famille. Physiquement, elle ne ressemble ni à ses parents ni à ses frères ; son caractère, ses tendances sont en opposition absolue avec les leurs. Elle a d'ailleurs peu vécu chez ces prétendus parents, car elle a été élevée dans une institution congréganiste voisine de son village où étaient recueillis les enfants des environs moyennant une pension minime. Durant toute son enfance, elle n'a habité dans sa famille que pendant les vacances. Dans cette école, *les enfants*

©BIUM

l'appelaient comtesse de Téba, Impératrice des Français. Elle s'est rappelée cela plus tard, quand elle a su qu'elle n'était pas la fille des D. Elle eut la confirmation des soupçons qu'elle avait de n'être pas née de cette famille dans une conversation surprise par elle. Ses parents se disputaient et elle entendit l'homme dire à la femme : « Si je disais pourquoi vous avez fait tel voyage. » La femme répondit : « Si vous dites quelque chose, je vous assomme », en le menaçant d'une chaise. Une autre fois il disait à un voisin : « Cela ne ferait rien qu'elle meure, ce n'est pas ma fille ». On lui a dit à elle-même que cette femme avait été payée pour causer, mais ne causerait pas par crainte des assises. Ultérieurement, celle-ci a, de plus, cherché à faire croire que Mlle D. était entrée en religion quand elle est partie en Russie. D'ailleurs, pour obtenir les papiers nécessaires à l'obtention de son passeport, pour son départ en Russie, elle a dû menacer sa famille de faire des révélations. Et quand, de Russie, elle a écrit à cette femme qu'elle n'était pas sa fille, celle-ci ne lui a pas répondu. Sa conviction fut, dès son jeune âge, absolue. Dès qu'elle eut l'âge de raison, elle décida de se séparer complètement de cette famille.

Comme on lui reprochait les dépenses qu'elle causait, elle partit à l'âge de 17 ans, après avoir emprunté 60 fr. à la sœur de sa soi-disant mère et se rendit à Clermont-Ferrand. Là, elle fut recueillie par les religieuses qui lui procurèrent un petit trousseau et l'adressèrent aux religieuses de Moulins. Elle fut présentée à un chanoine qui reconnut « *qu'elle n'était pas de l'Auvergne* ». Renvoyée au Bon Pasteur de Clermont, comme elle ne pouvait pas payer sa pension et que ses parents s'y refusaient aussi, elle leur fut ramenée. Elle y reste 2 ou 3 mois se livrant à des travaux de couture afin d'amasser un petit pécule. Elle part de nouveau, et se rend à Vichy où elle se place comme gouvernante d'un petit garçon. Là, elle aurait entendu pour la première fois, une allusion à sa situation. Un individu qu'elle ne rencontra plus jamais lui dit dans la rue : « *J'ai quelque chose d'urgent à vous dire concernant votre naissance.* » Elle fait part de ce fait à sa logeuse qui lui dit : « *Est-ce que votre mère n'aurait pas changé un enfant en nourrice ?* » Elle séjourne 3 mois en Sologne dans sa place. Puis prend à Lyon un poste de surveillante dans une institution qu'elle quitte parce qu'elle trouve qu'on maltraite les élèves et qu'on n'est pas poli à son égard. A son départ, le directeur la menace de la

©BIUM

poursuivre si elle dénonce à la police ce qu'elle a pu voir dans cette institution. Puis elle se place comme institutrice en Sologne, ensuite, passe quelques mois à St-Etienne en 1908, enfin se rend à Paris dans l'espoir d'une meilleure situation.

Là, le hasard la fit engager par une dame russe qui l'emmena en Russie au cours de l'année 1909, comme gouvernante. D'après son récit, elle fut agréée ensuite comme dame de compagnie dans diverses familles et paraît avoir eu l'occasion de fréquenter la plus haute société (?). Elle était placée au pair et donnait des leçons de français en ville. D'ailleurs, elle changea fréquemment de situation allant de Pétrograd à Moscou, à Théodosia, en Crimée.

Tentée d'abord de s'engager comme soldat dès le début de la guerre, elle se fait inscrire comme infirmière dans une des sociétés de secours aux blessés, dite ordre de Nikolsky, organisée par les Zemtsvos et fait la campagne sur le front de Galicie où elle paraît avoir beaucoup souffert. Elle se fait rapatrier en France en 1917 par la Suède et l'Angleterre, et s'engage immédiatement dans la Croix-Rouge. Elle a appartenu à diverses formations, et il semble d'après son récit qu'elle dut se rendre difficile à vivre et que, sous divers prétextes, elle fut souvent changée de poste, d'autant que son état de fatigue devait la rendre peu propre à un service actif. Elle se vante d'avoir provoqué des enquêtes sur les agissements de tel officier du service de santé (peut-être à juste raison ; du moins, elle nous a montré une coupure de journal ayant trait à un fait de cette nature). En fin de compte elle fut réformée pour cause de santé.

C'est cette réforme qui est le point de départ de ses revendications. Elle n'a jamais accepté la décision qui la déboute de ses demandes. « *Partout il y avait quelqu'un qui donnait des ordres en-dessous. Cela se devinait. Il y avait un tas de petites choses qui me le faisaient comprendre. On faisait tout d'une façon irrégulière. On m'a dit que quelqu'un de très haut avait intérêt à ma perte.* Et cela se voyait, mais pas directement. On aurait dit qu'il y avait une personne qui était rentrée en France en même temps que moi. Pourquoi m'appelait-on madame ? Pourquoi m'a-t-on demandé une 2e photographie. J'ai su qu'il y avait une 2e carte d'identité à mon nom. Dans les hôtels, je remplis les fiches et, quand on me demande, on répond : Inconnue. Il en était de même des paquets que je réclamais à la poste. »

Licenciée, sans ressources, elle a eu dès lors une existence des plus pénibles, vivant, semble-t-il, de quelques petits travaux d'aiguille, de remise à domicile de cartes de visite pour des personnes de l'aristocratie. En dernier lieu, habitant dans une pension de famille, elle aidait un pensionnaire aveugle à mettre en ordre des documents et lui tenait compagnie dans ses promenades. Mais elle a reconnu qu'il n'était pas aveugle en réalité et qu'il devait être de la police pour l'espionner. C'est dans l'une des promenades qu'elle manifesta ses idées de persécution ; elle s'embusquait derrière les arbres pour surveiller les alentours, se croyant pistée. Elle remarque que l'hôtel porte une lanterne verte, ce qui est un signe spécial de la police. Il sort de l'hôtel des personnes ayant un costume spécial. A quelques jours de là, elle se claustre dans sa chambre d'où sa logeuse la fit expulser et son attitude détermina son envoi à l'Infirmerie spéciale du dépôt.

Depuis son entrée, Mlle D. se montre tout à fait calme, elle raconte dès les premiers jours avec une certaine satisfaction, mais très simplement, sa vie et ses idées. Elle a toujours su qu'elle n'était pas de la famille D., et en donne, comme nous l'avons dit plus haut, la preuve dans une exclamation échappée à son prétendu père. A l'observation que, puisqu'elle n'est pas Mlle D., et refuse de porter ce nom, elle n'aurait pas dû se faire connaître sous ce nom en Russie, elle répond très raisonnablement qu'elle ne l'a fait que pour obtenir son passeport, n'ayant pas d'autre état civil officiel.

Depuis, elle a entendu à maintes reprises des allusions à ce sujet. Déjà en 1908 quand elle était en place en Sologne, la dame de la maison lui disait : « Vous êtes étrange, on n'ose rien vous demander, on est gêné avec vous. » En Russie elle s'est vue suivie. On la surveillait, on remarquait qu'elle n'était pas comme tout le monde. Une dame, B., Française établie en Russie comme institutrice, lui apprenait la vie. Chaque fois qu'elle la quittait, elle avait une impression pénible. Un jour en sortant de chez cette dame, un monsieur presque masqué l'arrête et lui dit : « *J'ai quelque chose de grave à vous apprendre. Vous n'êtes pas la fille des gens qui vous ont élevée. Méfiez-vous, vous aurez à vous défendre de gens qui revendiquent une paternité.* » Dix jours après elle avait la fièvre typhoïde.

L'inconnu de Pétrograd lui a dit : « *Défiez-vous d'un gredin qui veut revendiquer une Paternité à laquelle il n'a aucun droit. Vous appartenez à l'une des plus grandes*

©BIUM

familles de l'Europe. » Il y a beaucoup de personnes qui savent, mais Mlle D. se refuse à donner leurs noms. Elle n'en est pas encore à l'affirmation, elle en reste aux suppositions : « *Les familles illustres qu'on m'a nommées, il faut qu'on en donne les preuves.* » Si elle connaissait son vrai nom, elle l'aurait fait connaître depuis longtemps. Elle tend à croire plutôt à la lignée anglaise pour diverses raisons : une Anglaise lui a dit un jour : « On n'a jamais vu une personne comme vous, vous ne pouvez pas accepter toutes les situations. Mais *quand même vous seriez la fille du roi d'Angleterre vous pourriez accepter celle-ci.* » (Une place qu'on lui proposait). L'expression que l'Anglaise a employée *était plus affirmative que « vous seriez... »* On lui a dit un jour : « Vous devez parler anglais » ; or elle ne le parle pas et s'est alors demandé pourquoi on lui disait cela. Une autre fois on lui a dit qu'elle aurait mieux fait d'aller en Angleterre qu'en Russie.

En dernier lieu, elle penchait pour la lignée Bonaparte. Elle a été en relations avec un M. de G... qui est de la famille de Feltre, laquelle tient aux Bonapartes. Or une dame G... a habité un château voisin du village où elle a été élevée. Cette dame G... a eu une existence singulière et l'on n'a jamais entendu parler d'un M. G... Or le château a été ensuite habité par la famille dont un des membres a eu une liaison avec la dame Galou (l'héroïne du récent scandale d'adoption et d'abandon d'enfants). Elle fait un rapprochement entre ce M. de G... et cette dame G..., mais refuse de s'expliquer clairement à ce sujet, tout en nous montrant une coupure de journal où ce château est représenté.

Elle sait que M. Millerand a entre les mains une très forte somme qu'il devait lui remettre. Il y a des années que la comtesse de B. lui en a parlé. On lui dit tantôt que M. Millerand veut s'acquitter, tantôt qu'il ne le veut pas. Dans un hôtel on lui a dit : « Millerand est contre vos intérêts. » *Tous les partis politiques cherchent à l'attirer.* C'est à cause d'elle que le secrétaire de M. Millerand a échoué aux élections.

Elle avait annoncé à une dame B., son amie, que sur le conseil d'un avocat, elle allait faire connaître au Préfet de police sa descendance d'une grande famille d'Europe, et 3 jours après, celui-ci, M. Leullier est mort. Cette Mme B. infirmière, est en réalité de la police et joue plusieurs rôles à la fois. Mlle D. prétend avoir été visitée par le

nouveau Préfet de police, M. Naudin en personne. Il s'est présenté comme architecte, elle l'a deviné aux questions qu'il lui posait. Après ce récit elle ajoute : « Est-ce que vous croyez vraiment que je relève de la justice ? Je tiens à affirmer que la *justice et la police n'ont qu'à s'incliner devant moi.* Le préfet de police et les inspecteurs me doivent... je ne trouve pas le mot... il faudrait que je leur accorde le pardon. » Il y a des hommes et des femmes qui la pistent, et il est arrivé que certains ont fait des allusions à l'aviateur Charles G... avec qui, étant infirmière militaire, elle a ébauché une liaison et à qui elle a été presque fiancée ; liaison suivie d'une rupture car il n'était pas digne d'elle. Parmi ces personnages il y a des défenseurs. Une fois, un *monsieur qu'elle avait pris pour un suiveur, était au contraire un défenseur.* Il lui a fait un signe comme s'il était contrarié. En définitive elle s'est décidée à ne pas se faire connaître à la police, car un comte dont elle taira le nom lui a dit : « Si vous réclamez à la police, on fera des recherches, on ne trouvera rien, on vous fera alors examiner par un aliéniste et l'on vous internera. » Elle suivit son conseil d'abstention.

Très prolixe au début, surtout il est vrai sur ses pérégrinations plus que sur son délire, son attitude s'est un peu modifiée dans la suite ; à la période de confiance a succédé une défiance à l'égard de l'entourage. Elle s'isole totalement et passe sa journée sur une chaise-longue. Elle reste digne, réservée, ne se préoccupe que de sa santé, hypocondrie en partie justifiée par un mauvais état général, mais refusant tout soin, car les soins de la santé physique ne sont pas du ressort des aliénistes qui n'ont qu'à s'occuper de la santé psychique (elle s'excuse d'employer ces termes techniques).

Les idées de persécution sont en voie de développement sous l'influence de ses interprétations auxquelles les moindres faits servent de thème. « Le personnel cherche la petite bête, pour savoir si je perds la mémoire. » Elle déclare qu'une malade étrangère qui essaie de se lier avec elle est placée pour l'espionner. Récemment elle a émis quelques idées qui feraient penser à l'éclosion d'hallucinations de l'ouïe : « On dit qu'elle est la femme d'un condamné à mort, qu'elle est une avorteuse, on l'accable de tous les noms, on dirait qu'on veut la rendre responsable de tous les crimes. » Mais il est vraisemblable que ce sont là de simples interprétations, qui peut-être se rattachent à des propos délirants de quelque autre malade.

©BIUM

Incidemment elle se plaint de sentir du gaz dans la cour (fait possible).

La vie intime paraît avoir été régulière ; elle fait allusion à divers jeunes gens qui lui ont fait la cour, un parent d'une de ses patronnes, un officer russe, un aviateur, M. G., pendant la guerre, lequel est mort à Fismes (mort de la réalité de laquelle elle paraît douter quoiqu'elle en ait été chercher la confirmation auprès des autorités). Mais il n'y a eu aucun attachement. Elle proteste avec véhémence que jamais un homme n'est entré chez elle, « car il y a des *sous-entendus* qu'elle est mariée ». D'ailleurs son attitude est décente et réservée.

Cette observation reproduit dans son ensemble les cas connus de ces délires systématisés remontant, réellement ou rétrospectivement, à la première enfance, délires purement imaginatifs que renforcent des dissemblances vraies ou imaginaires d'avec la famille et qui prennent un développement de plus en plus vaste par le jeu des interprétations. C'est l'histoire de tous les faux dauphins ; plus exactement le récit de la malade, y compris le voyage en Russie (prouvé par son passe-port), est une curieuse reproduction de l'histoire de la fameuse *Hersilie Rouy* que Sérieux et Capgras ont rappelée dans leurs ouvrages (1), la persécutrice du Dr Pelletan, entre autres, et qui finit par obtenir une pension à titre d'indemnité, une irrégularité matérielle, comme on sait, ayant été commise dans les formalités de l'internement. Mais ici la malade ne formule pas d'une façon précise sa généalogie ; cela se produira, sans doute, plus tard ; mais elle reste encore hésitante puisqu'elle avoue être incertaine si elle est de la famille des Bourbons, des Bonapartes ou d'Angleterre. Ce dernier symptôme, l'indécision, se retrouve dans l'observation donnée par von Krafft-Ebing (2).

La cristallisation semble cependant se faire autour de la singulière hypothèse d'une supposition par un

(1) Sérieux et Capgras. — *Les Folies raisonnantes*, p. 386. — Les interprétateurs filiaux. *Encéphale*, 1910, 1, p. 113.

(2) Von Krafft-Ebing. — *Psychiatrie. Paranoïa originaire*, p. 456. (Traduction Laurent).

individu de sexe masculin destiné à hériter de ses titres et de ses biens ; ceci aiguille son choix vers une maison anglaise en raison de l'existence des majorats dans la législation de ce pays. C'est par ce syllogisme qu'elle arrive à une conclusion qui sera, sans doute, plus tard formelle et se transformera en affirmation. Elle tient, d'autre part, à ce qu'on sache bien qu'elle n'est pas un homme : il y a, peut-être, là une ébauche, une tendance à la transformation de la personnalité et l'annonce de l'affaiblissement intellectuel. On lui a appris que c'est un homme qui lui a pris son état-civil, on la fait passer tantôt pour homme, tantôt pour femme. Elle est bien une femme. Elle proteste énergiquement contre ce procédé, car la personne qui lui est substituée peut commettre des actes criminels qui lui seront ensuite imputés, à elle. Et, elle laisse à entendre que cela est voulu, pour la déshonorer. Elle est d'autant plus certaine de l'existence de cette seconde personne qu'elle a pu avoir la preuve qu'il y a au Service de Santé 2 dossiers à son nom, et qu'on refuse de faire droit à ses réclamations en s'appuyant sur celui des dossiers qui n'est pas le sien. Nous saisissons, ici, sur le vif, le trait d'union entre ses deux formules délirantes.

Elle avait eu d'ailleurs depuis longtemps la preuve de la substitution de personnes, car elle a remarqué que sur son image de 1re communion, sa date de naissance est inexacte.

Une ressemblance frappante avec le cas d'Hersilie Rouy (et ses deux Eucharis) (1) est cette croyance à l'existence d'une autre Dlle D. qu'on lui substitue ou à laquelle elle est substituée suivant les circonstances. Idée qu'elle étend à l'entourage, car elle nous a récemment déclaré que toutes les pensionnaires de l'asile *étaient doublées* par une autre personne. Elle emploie spontanément, à ce sujet, le terme de *Sosie*. Ce terme, perfectionnement du délire, est une preuve de son

(1) Edouard BURTON. — *Mémoires d'une feuille de papier*, in-8° (Ollendorff) 1882.

Hersilie ROUY. — *Mémoires d'une aliénée*, publiés par S. Le Normant des Varannes, Paris, 1883, Ollendorff, in-12 (p. 30, 38 et pass m).

©BIUM

activité, mais peut-être aussi prémonitoire d'une dissociation du psychisme.

Autre rapprochement : de même qu'Hersilie Rouy, elle prétend devoir être inscrite comme *Inconnue* : « *J'aime mieux être sans nom que d'être D...* Mon vrai nom ne regarde personne ou plutôt ne regarde que certaines personnes. Je veux faire une demande officielle de ne plus porter le nom de D... »

Le fait sur lequel nous voulons attirer l'attention est la coexistence des deux formes de folie raisonnante que Sérieux et Capgras ont voulu radicalement distinguer. Nous croyons que si cette distinction est entièrement justifiée au point de vue symptomatique pur comme le démontre l'analyse psychologique si fine que ces auteurs ont résumée dans un tableau comparatif à la page 263 de leur ouvrage, elle ne l'est plus si l'on se place au point de vue nosologique. Nous croyons que délire d'interprétation et délire de revendication coexistent, et, bien plus, s'intriquent et réagissent l'un sur l'autre.

Notre cas nous semble être la preuve que l'un et l'autre symptôme, fonctions d'une tendance constitutionnelle unique, sont corrélatifs. Tantôt celui-ci, tantôt celui-là prédominera dans l'histoire de la malade, mais sous telle ou telle forme viendra compléter le tableau clinique du syndrome dominant.

Chez notre malade le délire imaginatif d'interprétation a prédominé pendant toute la première partie de son existence, puis, par suite des circonstances, c'est la tendance revendicatrice qui est venue au premier plan, à l'occasion de la pension militaire qui lui est refusée. Même évolution se rencontre dans le cas d'Hersilie Rouy, qui d'abord mégalomane avec délire d'origine, ne se manifeste plus ultérieurement que comme revendicatrice, elle aussi sous l'influence des circonstances, ses protestations sur la validité de son internement prenant le pas sur son délire mégalomaniaque d'origine.

Chez notre malade le délire mégalomaniaque d'origine n'a pas pris l'ampleur de celui d'Hersilie Rouy parce qu'il a trouvé une satisfaction relative dans la

©BIUM

vie aristocratique que les circonstances lui ont heureusement fait trouver en Russie. Elle vivait son roman en son for intérieur sans l'extérioriser. Selon toute vraissemblance, cependant, elle laissa transparaître, sans pourtant les développer, quelques-unes de ses prétentions dans un milieu où, peut-être, elles furent accueillies. Elle dut, sans doute, faire de ci, de là, quelque allusion à la possibilité d'une naissance la rapprochant des nobles personnes qu'elle fréquentait. Sa conduite, son attitude ont pu faire admettre quelque mystère dans sa vie. Mais ceci n'est qu'hypothèse de notre part et la malade ne nous a fait, du moins au début, aucune confidence précise dans cet ordre d'idées.

Nous ferons d'ailleurs ressortir que Mlle D... procède surtout, ou du moins a procédé d'abord par supposition ; elle emploie, elle-même, spontanément ce dernier terme : « J'ai toujours su que je n'étais pas la fille de Mme D..., c'est ma nourrice. *Je n'ai rien appris que par supposition,* mais on me l'a dit depuis bien des fois, et bien des gens ». Et un autre jour : « *J'ai fait des suppositions, ensuite on me l'a dit* ». Elle parle, parfois, *par peut-être* : « On m'a, peut-être, envoyé les papiers d'une fille D... Ma nourrice a, peut-être, eu une fille qui est morte. »

Néamoins, elle devient, aujourd'hui, plus affirmative : « Beaucoup de personnes me l'ont dit (qu'elle est de la famille d'Angleterre ou Bonaparte). Tout Paris le sait ». Et tout récemment, elle nous fit spontanément une allusion au Masque de fer qui ne laisse pas d'être caractéristique et permet de soupçonner des réticences plus profondes que nous ne pensions au premier abord. On l'appela un jour, nous dit-elle, le *Masque de fer*, or le Masque de fer, ainsi que l'apprend l'histoire, était un frère de Louis XIV, que celui-ci voulait faire disparaître. Et comme nous lui citons les autres hypothèses faites par les historiens, elle les repousse avec un certain dédain. Dans un autre interrogatoire, comme elle nous disait qu'on lui répétait que « son existence gêne la politique d'un homme », nous lui demandâmes, à brûle-pourpoint, s'il s'agissait de succession à

©BIUM

un trône, elle nous répondit : « Oui, peut-être. » Autre aveu : « Il y a quelque chose que je trouve bizarre. Quelqu'un qui a trahi la France, autrefois, qui est vieux, immensément riche et qui dirige un journal, *connaissant le Secret,* voudrait placer un garçon à ma place. Je ne peux trouver son nom. Il a été mêlé au Panama... *Est-ce une question de fortune ou de rang, je ne sais...* Peut-être, est-ce *l'Echo de Paris*... On m'a demandé pourquoi je prenais *l'Echo de Paris.* »

Quel pronostic poserons-nous dans notre cas. Il est difficile de deviner si Mlle D... finira par formuler son choix dans les diverses hypothèses qu'elle a elle-même soulevées. Si elle était restée, en Russie, dans les conditions où elle nous dit y avoir vécu, il est probable que, satisfaite de son sort, elle se serait résignée à rester une inconnue.

L'apparition d'une phase revendicatrice, entée sur son délire préexistant, l'a rendue, elle, jusque-là résignée, plus agissante, quoique prête à se désister si on lui assurait son existence. Et ses désirs, à ce sujet, sont restés modestes ; consciente de son besoin de repos, elle ne demande « que de recevoir de quoi vivre, comme elle en a acquis le droit par sa conduite à la guerre ; elle ne réclame rien de plus ». Internée, elle se fût, croyons-nous, adaptée à la vie d'asile avec quelques intermèdes récriminateurs.

En raison de son attitude calme, du peu d'activité de ses réactions, nous nous sommes décidés à la faire transférer à la Colonie familiale. — Nous pensons que, épave de la vie, assurée dès lors de son avenir matériel et ayant aussi reçu, en partie, satisfaction à ses revendications, elle cristallisera son délire et acceptera l'existence paisible qui lui sera faite.

Pour terminer, nous voudrions justifier le terme que nous avons employé comme titre de votre communication, lequel n'a pas droit de cité dans la nomenclature française et que nous avons précédemment adopté ailleurs (1). Emprunté par Krafft-Ebing (2), à Sander (3)

(1) Délire systématisé originaire. (In *Pratique médico-chirurgicale*).
(2) Von Krafft-Ebing. — *Psychiatrie.*
(3) Sander. — Originäre Verrücktheit. *Archiv. für. Psychiatrie*, t. I, 1868.

©BIUM

(en le détournant du sens que celui-ci lui avait donné) pour désigner les délires où la systématisation porte sur la généalogie que s'inventent les malades, ce vocable est d'un emploi commode par sa brièveté et sa signification purement clinique.

Discussion

M. Capgras. — Le cas étudié par M. Trénel est en effet superposable à celui d'Hersilie Rouy qui, à la fin de l'Empire, a poursuivi de ses revendications des aliénistes de l'époque. Cette malade a écrit elle-même son délire, ou plutôt ses délires, dans deux livres très différents. L'un d'eux, qui ne contient que de violentes revendications au sujet de son internement, fait preuve d'une grande lucidité. La malade a, du reste, obtenu une indemnité pour internement jugé illégal. Mais dans l'autre ouvrage, intitulé « Mémoires d'une feuille de papier », elle révèle par ailleurs l'existence d'un délire d'imagination fantastique, au sujet duquel elle était généralement très réticente, et qui pouvait passer tout à fait inaperçu.

M. Vallon. — Il faudrait savoir ce qu'il y a d'excessif dans les revendications de ces malades. Celle de l'observation que présente M. Trénel, paraît développer ses revendications sur des sujets qui provoquent, bien souvent, à notre époque, les réclamations de personnes normales.

M. Trénel. — Notre malade fait, sans doute, des revendications en partie fondées. Mais elle les soutient sous une forme délirante, disant, par exemple, qu'on lui substitue une autre personne pour la priver de ses droits.

M. Arnaud. — J'avoue que je ne vois pas bien, dans le cas que rappelle M. Capgras, comment l'on pourrait justifier l'emploi du mot délire, en ce qui concerne les revendications. Cette personne pouvait revendiquer de façon anormale, mais délirait-elle vraiment sur ces points, dans le sens propre du mot ?

©BIUM

M. CAPGRAS. — A côté des délires surtout intellectuels, il est classique d'admettre le délire des actes. C'est dans l'action même qu'est ici le délire. Il existe des réactions excessives, qui dénotent un état passionnel morbide. Quant au point de départ exact, il n'est pas exceptionnel dans les cas de ce genre. Presque toujours, très souvent en tout cas, c'est au sujet d'un dommage réellement subi que ces malades développent des revendications outrancières.

M. ARNAUD. — Cela prouve, sans doute, que de tels malades réagissent en aliénés. C'est le mot « délire » qui ne me paraît pas exactement justifié.

M. MIGNARD. — Même en prenant ce terme de délire dans son sens intellectuel, il semble qu'il puisse être défendu dans les délires de revendication qui partent d'un fait exact; car, si le fait est réel, son importance est exagérée sous l'influence de la passion; il existe, à défaut d'une erreur de fait, un faux jugement de valeur.

M. ARNAUD. — Cela peut être vrai de certains délires de revendication; mais n'apparaît pas dans le cas précité.

M. PIÉRON. — On peut chercher, chez ces psychopathes, le trouble délirant par deux voies différentes. Le délire peut se trouver au fond de la revendication elle-même. Le trouble pathologique se manifeste aussi dans l'acte, qui est déréglé, désadapté.

M. VALLON. — Si l'on a dû admettre, cependant, que la malade en question a été internée à tort, il n'est pas douteux qu'elle a subi un dommage considérable, en présence duquel certaines réactions n'apparaîtraient plus comme délirantes.

M. TRÉNEL. — Ce n'est pas par la cause de leurs réactions, c'est par leur manière de réagir, que les revendicants pathologiques se distinguent des normaux.

La séance est levée à 17 heures 45.

Le secrétaire des séances,
Dr M. MIGNARD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les états dépressifs de la neurasthénie, par le Dr Maurice DE FLEURY, de l'Académie de Médecine, expert près les Tribunaux (avec une *préface sur la classification des psychoses*). 1 vol. in-8°, 174 pages, Paris, 1924. Félix Alcan, éditeur.

Ce remarquable travail dans lequel l'auteur s'est appliqué à mettre en lumière les symptômes propres de la maladie de Beard, à en arrêter les limites, à la distinguer nettement des autres états dépressifs, à la situer dans le cadre des psychonévroses, est l'aboutissant logique des nombreux travaux si connus du même auteur sur ce sujet. Par sa précision et sa clarté, autant que par l'élégance de la forme qui en rend la lecture si attachante, le nouveau livre de M. Maurice de Fleury, contribue à faire mieux comprendre les relations et les différences qui existent entre les divers états dépressifs, constitutionnels ou accidentels.

Rappelant dans la Préface le livre de MM. Achille Delmas et M. Boll sur la personnalité humaine, M. Maurice de Fleury qui accepte la classification des maladies mentales adoptée par ces auteurs, insiste sur la nécessité de séparer la pathologie du cerveau, de la substance cérébrale même (maladies de l'intellect à proprement parler), de la pathologie du caractère, des maladies de l'affectivité.

La maladie décrite par Beard en 1880 est loin d'être aussi fréquente que l'emploi qui est fait de son nom. Trop souvent sont étiquetés neurasthénie des états dépressifs qui ne comportent ni le même pronostic ni le même traitement. De ces états, M. Maurice de Fleury décrit les différents types sous les noms de mélancolique cyclothymique, déprimé constitutionnel, hypocondriaque, hyperémo-

©BIUM

tif, en des tableaux cliniques, qui mettent véritablement sous les yeux le malade lui-même.

La *neurasthénie* vraie, légitime, n'est rien de tout cela. C'est une maladie *curable, accidentelle* et non constitutionnelle, de nature *toxi-infectieuse ;* son caractère dominant est *l'état de fatigue,* de *dépression physique* véritable. Primitivement somatique, elle ne devient que secondairement une psychopathie. C'est d'ailleurs une maladie *rare,* peu fréquemment observée pendant la guerre par rapport à la fréquence des divers états dépressifs. Elle n'apparaît pas sous la dépendance des émotions-commotions.

Les symptômes de la neurasthénie sont : la *fatigue,* fatigue douloureuse, fatigabilité physique et psychique, diminution de la résistance au travail, les *troubles circulatoires* caractérisés chez le neurasthénique jeune par de l'hypotension artérielle et souvent veineuse avec ralentissement de la réduction de l'oxyhémoglobine et diminution apparente du nombre des hématies (il existe d'autre part une neurasthénie avec hypertension, neurasthénie du retour d'âge de Maurice de Fleury, neurasthénie des artério-scléreux de Régis) ; les *troubles gastro-intestinaux* dyspepsie hypotonique et hypochlorydrique avec constipation atomique, et fréquemment entérite muco-membraneuse ; le *ralentissement de la nutrition* avec modification du chimisme urinaire ; *l'asthénie génitale* avec hypersécrétion glandulaire et hypotonie des enveloppes musculaires de la glande orchitique chez l'homme ; les *troubles du sommeil ; les phénomènes douloureux,* céphalée, rachialgies, algies diverses.

L'état mental neurasthénique est, pour terminer, bien mis en valeur avec sa modification de l'humeur *secondaire* aux sensations de déchéance, d'amoindrissement, d'impouvoir fonctionnel, qui contribuent à la longue à faire de ce surmené un triste, un hésitant, un découragé, à lui communiquer la tendance au doute de soi-même, à l'humilité, au scrupule.

M. Maurice de Fleury résume ensuite en un chapitre de *diagnostic,* les caractères qui différencient la neurasthénie de l'hypocondrie et de la mélancolie. Il passe en revue les états neurasthéniques secondaires, symptomatiques de paralysie générale, d'appendicite chronique, d'encéphalite épidémique.

Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la

neurasthénie est toujours une maladie accidentelle dont la cause est invariablement la fatigue. C'est un état d'épuisement que l'on peut aussi bien observer après une période de surmenage physique ou intellectuel, qu'après des grossesses rapprochées ou suivies de métrorragies abondantes, des infections, la grippe par exemple. On ne constate pas d'hérédité similaire, ni même d'hérédité neuro-psychopathique. Par contre, l'hérédité arthritique fréquemment répétée paraît constituer une cause prédisposante.

Pour en résumer, la *pathogénie*, la neurasthénie doit être considérée comme une maladie relativement *rare, accidentelle* et nullement héréditaire, de nature très vraisemblablement *toxique, maladie de la tonicité*, primitivement *somatique* et n'atteignant que secondairement l'état mental. Au stade terminal, le tableau clinique se rapproche de celui de la mélancolie dépressive anxieuse, ce qui explique la confusion faite fréquemment entre ces deux états.

Le *traitement* sera basé sur la pathogénie. *Un régime de désintoxication* en sera la première condition (régime lacté pendant une courte période et, si le malade tolère bien le lait, régime végétarien ensuite et boissons diurétiques lactosées) avec une *cure de repos* (alitement presque continu d'abord puis réentrainement lent et progressif à la marche en plein air et à l'exercice physique modéré et surveillé), et des *médications toniques* (chimiques et physiothérapiques). Certains symptômes seront particulièrement surveillés et traités tels que la constipation par les solutions salines, l'insomnie par le bromure de sodium ou des hypnotiques, les algies par l'aspirine-caféine et la physiothérapie.

Une p*sychothérapie* rationnelle qui se gardera de tromper le malade par des affirmations grossièrement catégoriques, lui fournira un appui en lequel il aura confiance, et lui rendra l'espoir de guérir en l'incitant à rompre son inertie par la mise en œuvre de ses tendances naturelles.

Tel est, trop brièvement résumé, le nouveau livre de M. Maurice de Fleury sur la neurasthénie. Cette mise au point s'imposait. Elle ne pouvait être mieux réalisée que par l'auteur de tant de travaux intéressants sur les psychonévroses en général, sur la maladie de Beard en particulier. Ce volume a sa place marquée dans toute bibliothèque médicale.

René CHARPENTIER.

©BIUM

L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique. Assistance, législation, médecine légale, par le Dr Julien RAYNIER, licencié en droit, médecin des asiles, inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur, et le Dr Henri BEAUDOUIN, médecin de l'asile public de Clermont de l'Oise, expert près les tribunaux. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, Prix Baillarger, 1922, in-8°, 509 p. Librairie E. Le François, Paris, 1924).

Le livre de MM. les Drs Julien Raynier et Henri Beaudouin était attendu avec impatience par tous ceux qui, à des titres divers, s'intéressent à l'étude des organes, des fonctions et de la vie de cet organisme complexe qu'est un établissement d'aliénés. Chaque jour, en effet, médecins et administrateurs se trouvent en présence de difficultés d'ordre infiniment varié. Pour les résoudre, il faudrait et une expérience médico-administrative qui ne s'acquiert qu'avec les années, et des connaissances véritablement encyclopédiques. Qui de nous n'a déploré de ne pas disposer, en une monographie facile à consulter, de l'ensemble des lois, des règlements, des décisions de la jurisprudence, des circulaires administratives qui nous intéressent ? Combien plus utile encore nous apparaissait le classement méthodique des divers articles de ces textes, suivant la nature de la question traitée ! Mais c'est le commentaire raisonné de ces règles légales et administratives, c'est la discussion des cas litigieux, dont le défaut se faisait avant tout sentir.

Aussi bien, étudier dans le détail l'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique est une œuvre des plus considérables et d'une exécution singulièrement délicate. Que de problèmes, et de nature très diverse, soulève une étude de ce genre ! MM. Raynier et Beaudouin ont eu le courage de l'entreprendre. Leurs recherches antérieures, leurs fonctions les avaient particulièrement préparés à cette tâche. Il y fallait, outre une expérience consommée de la vie des asiles, des connaissances approfondies au triple point de vue médical, juridique et administratif, et de plus, pour commenter ces textes, pour en déduire des conseils pratiques, un sens critique pénétrant. Enfin l'ordre et la clarté nécessaires dans un travail de ce genre exigeaient un talent d'exposition exercé. Cet ensemble de qualités si variées, les auteurs ont montré qu'ils les possèdent, et c'est là ce qui compose l'éminent mérite de leur œuvre.

Il est malaisé de rendre compte d'une encyclopédie aussi complète, d'en bien montrer la portée, ainsi que la complexité infinie. On doit se borner ici, après avoir dit la méthode générale des auteurs, à signaler les grandes divisions et les chapitres les plus importants. Quelle que soit la question traitée, le plan général est le suivant : comme point de départ, les textes fondamentaux : tels articles de la loi de 1838, de l'ordonnance de 1839 et du règlement de 1857. Puis viennent tous les documents de nature à éclairer le lecteur ; articles de lois, de règlements, d'ordonnances ; Rapports des Inspecteurs généraux des services administratifs (1874, 1911, 1923) (1), jugements, arrêts et décisions des tribunaux, des Cours d'appel, du Conseil d'Etat, de la Cour de Cassasion, de la Cour des Comptes, Arrêts, Décrets, circulaires ministérielles et préfectorales, Règlements divers des asiles, des hospices et des hôpitaux, décisions des conseils généraux, thèses de doctorat en médecine et en droit ayant trait à l'assistance et à la législation des aliénés, discussions du Conseil supérieur de l'Assistance publique, des Sociétés médicales ou d'études législatives, des associations professionnelles, monographies parues dans les périodiques médicaux et juridiques ; réformes proposées dans les projets de révision de la loi de 1838, etc. Cette documentation, par son abondance même, eût pu devenir une source de confusion, si à ces très nombreux « textes », n'avait pas été imposé un ordre souverain : classement méthodique, résumés, tableaux, index, disposition typographique, tout concourt à guider sûrement le lecteur. Sous la rubrique *Remarques générales, Critiques générales, Réformes désirables,* les auteurs commentent, ils discutent, ils savent conclure ; ils indiquent les modifications que l'expérience a fait apporter à certaines règles administratives ; ils condamnent quelques errements encore en usage ; ils proposent enfin les réformes nécessaires.

Après une première partie consacrée à l'étude des diverses catégories d'établissements publics ou privés, les auteurs examinent dans la deuxième partie (près de 150 pages) l'organisation médicale et administrative des asiles. On trouvera dans le chapitre : *Service médical* une foule de renseignements sur le statut des médecins, leur recrute-

(1) Rapport de l'Inspection générale des services administratifs 1923, *Assistance aux aliénés*. (Dr Raynier, *rapporteur*), p. 195-372.

©BIUM

ment, leurs attributions, leur responsabilité générale et spéciale, civile et pénale, sur le secret professionnel, sur les internes, le service pharmaceutique, le personnel infirmier, etc. La situation du personnel administratif (statuts et attributions), les fonctions de la Commission de Surveillance, sont exposées dans un chapitre spécial. Un 3e chapitre est consacré au fonctionnement et à l'organisation des services de la Direction, de la Recette, de l'Economat (recouvrement des recettes, paiement des dépenses, tenue des écritures, états périodiques, comptabilité, budget, etc.). « Pour ceux des médecins, écrivent les auteurs, qui ne sont pas versés par goût dans l'étude des questions administratives, nous avons essayé de rendre aussi claires que possible les différentes opérations de la gestion, comme nous avons essayé de leur faire dégager de nos développements la notion capitale qui nous est chère, à savoir : que dans un asile, un acte administratif, quel qu'il soit, n'est pas en réalité, autant qu'on pourrait parfois le croire à tort, de l'administration pure, et qu'il est susceptible d'avoir sa répercussion, médiate ou immédiate, sur la thérapeutique. »

La troisième partie (140 pages) est l'exposé complet des questions, capitales pour le médecin, ayant trait au *fonctionnement des établissements d'aliénés*. A propos de la *Surveillance des asiles*, les auteurs étudient dans le détail les textes des lois, décrets et circulaires. L'ordre qui préside à cet exposé permet de se rendre compte d'un coup d'œil, pour ainsi dire, des diverses attributions des autorités de surveillance, depuis le ministre jusqu'au juge de paix, en passant par les Inspecteurs généraux des services administratifs, le Préfet et ses délégués, la Commission de Surveillance, le Maire, les divers magistrats, etc... Signalons un intéressant *Aide-mémoire* des questions multiples que doit examiner celui qui veut faire une étude complète de la vie d'un asile. Un chapitre spécial a pour objet : Les *formalités légales de l'internement*. De nombreuses références fournissent une documentation inestimable. Notons encore une étude du *placement dans quelques cas particuliers* : étrangers, militaires, idiots, épileptiques, enfants, alcooliques récidivistes, détenus et condamnés ; dépôt provisoire dans les hospices, internement d'urgence. Ensuite sont exposées les *formalités pendant le séjour*, puis les *formalités accompagnant la sortie*.

La *réglementation générale du service intérieur* est trai-

©BIUM

tée dans un chapitre documenté ; citons brièvement quelques-unes des questions examinées à fond : *régime alimentaire ; coucher ; habillement ; occupations ; incidents* et *accidents divers ; décès* (règlements et circulaires concernant les *autopsies*) ; *travail et sa rémunération ; relations de l'aliéné avec l'extérieur* (communication d'actes, pratiques cultuelles, correspondance, sorties d'essai, etc...).

Dans un autre long chapitre sont étudiées les *dépenses du service des aliénés* (recettes, paiement des frais de séjour, cas spéciaux, contentieux) et de plus les réformes désirables. Enfin un chapitre précis est consacré à la *Protection de la personne et des biens* (garanties légales pour les placements volontaires et pour les placements d'office ; rôle des autorités administratives et judiciaires ; discussion de l'article 29).

La quatrième partie, *Condition juridique des aliénés internés et non internés*, est une étude instructive, ces questions juridiques étant en général peu familières aux médecins, encore qu'elles aient leur répercussion sur le traitement moral des malades. Nous ne pouvons donner ici que les titres des chapitres : I. *Notions élémentaires sur la capacité, l'incapacité et la protection des incapables* (interdiction, conseil judiciaire, internement). Signalons un tableau synoptique résumant les différences entre l'aliéné interdit ou pourvu d'un conseil judiciaire et l'aliéné simplement interné. II. *Les diverses situations dans lesquelles, au point de vue juridique, peut se trouver placé un aliéné ;* étude de la capacité juridique (mariage, divorce, testaments) des aliénés internés et des aliénés non interdits et non internés ; gestion des biens, administration provisoire, etc. Progrès à réaliser. III. *L'aliéné devant les lois pénales :* responsabilité pénale, aliénés criminels ; criminalité juvénile.

La cinquième partie résume l'essentiel des nombreux *projets de révision de la loi de 1838* examinés par ordre chronologique, de 1867 à 1922. Elle est suivie de *Conclusions* ou vues d'ensemble des réformes que suggère l'étude qui précède et de *Compléments* où l'on trouvera exposée la question des *services ouverts*.

L'œuvre de MM. Raynier et Beaudouin, où ont été condensés d'innombrables textes et travaux juridiques, administratifs et médicaux, où les résultats de l'expérience de près d'un siècle ont été analysés, cette œuvre est une vaste encyclopédie médico-administrative, remarquable par

©BIUM

l'érudition et l'étendue des connaissances, plus remarquable encore par la méthode et par la justesse du jugement. Dominant la masse énorme de leurs matériaux, les auteurs ont réussi à les classer avec ordre, à en exposer l'essentiel avec clarté ; rompus avec les difficultés de la casuistique psychiatrique, ils élucident les questions obscures, ils dégagent l'interprétation décisive. Grâce à leur travail, dans tel cas épineux, le lecteur ne se trouvera pas seulement devant des textes légaux ou administratifs ; il pourra consulter des conseillers admirablement informés. Leurs judicieux commentaires suggéreront les décisions les plus sages.

Cette œuvre rendra des services considérables aux magistrats, aux administrateurs, aux membres des commissions de surveillance, au personnel administratif des asiles. Mais c'est surtout aux médecins qu'elle sera indispensable. Les bibliothèques de nos asiles sont souvent rudimentaires. Même dans les milieux les plus favorables, que de recherches interminables et souvent vaines nécessitait l'étude de telle question pratique ! Aux prises avec maintes difficultés — et parfois avec certaines hostilités — nos collègues auront désormais, dans le livre de MM. Raynier et Beaudouin, un guide riche de savoir et d'expérience. Il leur tiendra lieu de toute une bibliothèque ; il sera aussi pour eux, en cas de méconnaissance de leurs droits, un véritable arsenal. Ce livre, toujours à portée de leur main, ils l'ouvriront chaque fois avec confiance ; ils ne le fermeront jamais sans gratitude.

Dr P. Sérieux.

La régression des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies somatiques intercurrentes. Etude clinique et médico-légale, par E. Bauer. Thèse de Strasbourg, 1924, 120 pages.

Travail consacré à l'étude du problème toujours obscur, et auquel les découvertes récentes de la pathologie générale ont donné un regain d'actualité, de l'influence curative apparente des maladies somatiques sur les troubles mentaux.

L'auteur commence par faire de la question un historique très détaillé, citant tous les travaux publiés non seulement en France, mais encore dans les pays étrangers, notamment en Allemagne et en Autriche.

Dans un second chapitre, il apporte ses observations personnelles prises parmi les malades de l'asile de Sté-

©BIUM

phansfeld : démences précoces ayant régressé sous l'influence d'une poussée de tuberculose — mélancolie ayant disparu à la suite d'une crise d'hématémèse — accès de manie interrompus chez la même malade par une penumonie d'abord, ensuite par des hémoptysies — délire polymorphe disparu au cours d'une angine albuminurique — manie guérie au cours de phlegmons. Une critique judicieuse suit cet exposé, critique qui discute pour chaque cas la possibilité d'une simple coïncidence et une causalité véritable entre l'atteinte organique et l'amélioration mentale.

Un troisième chapitre énumère, d'après les publications des auteurs, les diverses maladies mentales susceptibles d'une telle amélioration. La manie, la mélancolie, la confusion mentale, les bouffées délirantes sont le plus souvent citées. Viennent ensuite la démence précoce, puis la paralysie générale. Les délires chroniques systématisés n'ont été qu'exceptionnellement signalés. Dans l'épilepsie, ce sont les crises qui sont améliorées, non l'état mental. Mais il faut se méfier dans cette appréciation des erreurs commises par la différence de vocabulaires des auteurs, qui ne donnent pas tous aux mêmes syndromes les mêmes appellations.

Le quatrième chapitre dresse la liste des maladies organiques paraissant avoir une influence curative sur les psychoses. Elle est très longue, les maladies fébriles, typhoïde, érysipèle, paludisme, grippe, tuberculose, les suppurations sont les plus habituelles. Mais on en compte d'autres, le cancer, les traumastismes, les hémorragies, etc.

Le cinquième chapitre passe en revue les diverses pathogénies du phénomène. Avec éclectisme, l'auteur les compare et les juge, montrant ce que chacune a de fondé, de vraisemblable et d'hypothétique. Et il ne se rallie à aucune complètement.

Dans un sixième chapitre, il montre les applications pratiques que ces faits comportent pour la thérapeutique.

Enfin, un septième et dernier chapitre est consacré aux conséquences médico-légales que l'on peut légitimement tirer de la connaissance du phénomène. En ce qui concerne les intervalles lucides, il fait remarquer que lorsqu'ils surviennent au cours d'une maladie organique, cette condition devrait servir de présomption en faveur de la validité de l'acte accompli alors par le sujet, puisqu'il semble démontré qu'il y ait souvent disparition complète de tout trouble psychopathique chez un aliéné tant que son corps est malade.

En somme, il s'agit ici d'une mise au point pleine de

©BIUM

bon sens et de sens clinique sur l'une des questions les plus vieilles et les moins connues de la médecine psychiatrique.

Paul COURBON.

PSYCHANALYSE

La Psychanalyse et les Névroses, par les Drs R. LAFORGUE et R. ALLENDY, *Préface* de M. le Professeur Henri CLAUDE (1 vol. in-8°, 254 pages. Payot édit., Paris, 1924).

MM. Laforgue et Allendy résument d'abord l'historique de la psychanalyse qui, pour eux, est le développement logique d'idées antérieures, et notamment des idées de Charcot. Au moyen des associations d'idées, elle permet d'étudier l'activité psychique cachée et inconsciente. Son champ est extrêmement étendu. Elle s'applique aux problèmes les plus divers.

Après en avoir exposé les notions générales, les auteurs, avec observations à l'appui, consacrent quelques chapitres au mécanisme des névroses, à la frigidité de la femme, la contagion mentale et les répercussions organiques, les mondes imaginaires et la bipolarité du caractère, l'homosexualité, l'impuissance.

Ils étudient ensuite le symbolisme et ses multiples aspects. Le considérant comme le processus psychologique fondamental d'où dérive toute notre activité intellectuelle et une bonne part de notre vie affective, ils décrivent sucessivement divers modes symboliques d'expression : symbolisme du langage, de l'écriture, du geste, des sons, des emblèmes, des mythes, des superstitions, des religions, etc., et terminent par le symbolisme des rêves et de la pensée autistique.

La technique de la psychanalyse ne saurait être résumée ici. Pratiquement, cette méthode doit être réservée aux cas pathologiques incurables par d'autres procédés, tels qu'il s'en trouve parmi les obsédés, les impuissants, les frigides. Cependant, MM. Laforgue et Allendy en préconisent l'emploi thérapeutique dans les dyspepsies nerveuses chroniques, certains ulcères gastriques, certaines dermatoses, le bégaiement, etc.

La psychanalyse consiste à rendre consciente l'activité psychique inconsciente. C'est toujours une entreprise pénible et de longue durée, quatre à six mois, quelquefois un an, ou même davantage. Elle doit être poussée aussi loin

©BIUM

que possible. Après en avoir exposé les règles habituelles, MM. Laforgue et Allendy rappellent le conseil de Freud aux psychanalystes de se soumettre eux-mêmes à une analyse didactique préalable, afin d'organiser leur censure de manière à pouvoir aborder tous les sujets sans refouler ce qui leur est désagréable. Ils signalent que des psychanalystes ont éprouvé le besoin, pour atteindre au maximum d'objectivité, de se soumettre à une seconde analyse douze ans après la première.

La psychanalyse n'est pas seulement une méthode médicale. Elle s'applique à l'Histoire comme aux diverses manifestations de l'Art. Elle aide à mettre en lumière les facteurs de l'influence réciproque de l'individu et du milieu, est d'un utile secours pour l'orientation professionnelle. Elle inaugure, écrivent MM. Laforgue et Allendy, une ère de recherches psychologiques et scientifiques d'un ordre nouveau.

Dans la *Préface*, tout en faisant des réserves sur certaines de ces conceptions, *M. le Professeur Henri Claude* présente au public cette « œuvre de bonne foi », premier travail d'ensemble paru en France qui apporte des conclusions basées sur l'observation personnelle des faits.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie, fascicules 1 et 2. Volume XIII, Zurich, 1923.

Les *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* ont consacré au Jubilé de la 70e année de Constantin Von Monakow un admirable volume de 710 pages luxueusement édité et illustré. Amis, collaborateurs, élèves du Maître de Zurich, neurologistes et aliénistes de toutes nations ont contribué à ce véritable monument scientifique international qui comprend toutes les questions d'actualité.

Il débute par une sobre revue du Dr Winkler, d'Utrecht, sur l'importance scientifique de l'œuvre de V. Monakow. Après de nombreux travaux sur l'anatomie du système nerveux qui ont attaché son nom à un certain nombre de noyaux et

©BIUM

de faisceaux, V. Monakow a évolué vers une philosophie dynamique du système nerveux ; il a mis en relief l'importance de la diaschisis et des localisations non plus purement topographiques, mais chronogènes selon son expression. Enfin en une conception de biologie générale il a cherché à baser la psychiatrie sur l'énergie potentielle du protoplasma vivant, sur la « Hormé ».

Les 52 monographies réunies par ses admirateurs sur des sujets divers ne se prêtent pas à une analyse détaillée, mais la lecture de la table des matières nous renseigne sur les problèmes de l'heure courante.

Au point de vue de l'histologie générale nous signalons un article de Cajal sur les techniques contemporaines d'imprégnation de la névroglie et un article de Schaffer sur la dégénération et la régénération du neurone et sur la véritable nature des neurofibrilles. Pour l'histologiste de Budapest le réseau fibrillaire intracellulaire est dépourvu de la propriété de conduire l'influx nerveux. On retrouve dans les cellules conjonctives un réseau tout à fait comparable mais transitoire. L'appareil neurofibrillaire servirait de soutien mais non de conducteur. Du reste, dans les affections hérédo-dégénératives caractérisées par une atteinte purement neuroépithéliale l'hyaloplasme interfibrillaire dégénère d'abord sans que les neurofibrilles soient atteintes. Quelques travaux sont consacrés au système moteur extrapyramidal : Etude du phénomène de la roue dentée par Bing ; Complexes moteurs extrapyramidaux, par Flatau ; Développement du corps strié des oiseaux, par Ariens Kappers ; Rapports du Claustrum avec le noyau amygdalien, par Landau ; Rôle du noyau rouge dans la posiion du corps, par Magnus et Rademaker ; Rapports cortico-thalamiques chez le lapin par de Villaverde, etc...

Un certain nombre de mémoires étudient les lésions des plexus choroïdes et la résistance de la barrière hématoencéphalique dans les conditions normales et pathologiques. On sait que le problème des plexus choroïdes est à l'ordre du jour pour l'Ecole de V. Monakow qui lui-même, en 1922, a publié dans le volume consacré au Jubilé de Cajal un article intitulé « Une nouvelle forme de dysgénésie des plexus choroïdes considérée comme base morphologique de la Démence précoce. »

Parmi les travaux, relativement peu nombreux, des auteurs français, signalons une étude de P. Marie et H. Bouttier sur la Planotopokinésie (trouble dans l'exécution de certains mouvements en rapport avec un déficit de la représentation

©BIUM

spatiale). Cette question de la représentation spatiale considérée au point de vue neuro-psychiatique est intéressante. Touche, dans quelques articles trop oubliés, Dide, dans son syndrome occipital, et il y a quelques années, P. Marie, à propos de lésions frontales, ont déjà rapporté un ensemble de faits très importants. Comme l'Ecole de V. Monakow voisine avec celle de Bleuler, la tendance de Zurich devient anatomo-philosophique par la contribution de quelques disciples laborieux qui habillent parfois des idées un peu frêles d'un lourd vêtement philosophique. On est étonné de voir l'important volume que nous analysons débuter, à la suite des hasards de la distribution alphabétique, par une étude sur deux cas mortels d'Epilepsie chez le perroquet à la suite d'un choc psychique.

P. GUIRAUD.

Promenade dans l'Irréel, par le Dr REVAULT D'ALLONNES (24 pages, in *La Revue de France*, 15 juillet 1924, page 300).

Dans cet article, M. Revault d'Allonnes expose à l'aide d'observations sa conception de la *polyphrénie*.

Sous ce nom qui signifie démembrement de l'âme en plusieurs âmes, il entend des états très variés, « polymorphes ». La dislocation polyphrénique est un morcellement psychique, une dislocation psychique, et ne doit pas être confondue avec une démence. Les principaux symptômes qui constituent ce syndrome sont au nombre de six : paroles étrangères d'invisibles ; impulsions étrangères d'invisibles ; duplicatum, en paroles et impulsions d'invisibles, des pensées et intentions personnelles ; personnifications et mutations de personnes, mimique pluripersonnelle animée aussi par les invisibles ; enfin, absence de démence vraie, destructive.

Les fausses réceptions verbales se rapportent à plusieurs variétés : illusions verbales, hallucinations verbales auditives, suggestions verbales obsessives, suggestions verbales impulsives, signatures abréviatives. L'audition hallucinatoire de voix timbrées et situées est l'exception. Les hétéro-impulsions, de grande importance médico-légale, sont fréquentes.

A l'expression d'écho de la pensée (duplicatum des pensées personnelles et des intentions personnelles), M. Revault d'Allonnes préfère celle, plus extensive, de prise de la pensée.

Comme la mentalité sous-jacente, la mimique des polyphréniques est pluripersonnelle (*polymimie*).

©BIUM

La polyphrénie peut exister seule, polyphrénie simple, ou associée à d'autres syndromes psychopathiques (mélancolique, maniaque, confusionnel, etc.). D'évolution variable elle comprend des formes aiguës et curables et des formes chroniques à marche intermittente, rémittente, ou continue.

L'article se termine par une discussion sur l'interprétation des psychoses par la doctrine psychanalytique de Freud. M. Revault d'Allonnes conclut que la conception de la polyphrénie en est indépendante et « peut se dispenser de s'aventurer sur cet arrière-plan hypothétique ». Avec ou sans freudisme, ajoute-t-il, la polyphrénie, comme tant d'autres maladies mentales, tantôt guérit, tantôt devient chronique. Et M. Revault d'Allonnes se demande « s'il est prudent d'inculquer à un suggestible, à un obsédé, à un mélancolique, la notion malsaine du péché originel freudien ».

René CHARPENTIER.

Sur la Pathogénie du Suicide, par E. RIETI (Florence), *Revista di Psicologia.*

Le suicide, même celui qui paraît, pourrait-on dire, le plus normal, même celui motivé par des raisons affectives manifestes, est toujours l'indice d'altérations psychiques profondes, passagères, chroniques ou héréditaires, que l'auteur a retrouvées après une profonde analyse dans les nombreux cas examinés par lui. L'élément purement psychologique n'agit pas comme cause occasionnelle.

Il est question ici de malades ayant passé à l'acte et non pas du simple désir, de l'idée passagère de suicide sans tendance à la réalisation.

E. Rieti ajoute que le mécanisme pathogénique du suicide n'est pas unique. Il en distingue, dit-il, trois formes dominantes qui sont par ordre de fréquence :

1. *La forme cénesthésique.* — Elle est essentiellement basée sur des hallucinations cénesthésiques, elle est fréquente dans la mélancolie, dans l'alcoolisme, dans la confusion en général. Elle présente habituellement l'allure impulsive. « Cette forme de suicide, dit l'auteur, est un symptôme tellement pathognomonique de la mélancolie, que si un mélancolique ne se suicide pas fatalement c'est que l'inhibition psycho-motrice est tellement accentuée qu'elle empêche même l'accomplissement de cet acte. L'élément psychologique qui paraît en imposer au premier abord, y est à peu près nul ».

©BIUM

A cette forme l'auteur croit pouvoir ajouter l'obsession-suicide.

2. *La forme inconsciente banale.* — Elle correspond à la démence. Elle prend elle aussi fréquemment l'allure impulsive. La volonté et l'auto-critique sont totalement absentes. C'est le suicide du paralytique général, de l'idiot, de l'épileptique en équivalence.

3. *La forme égocentrique.* — Plus intéressante et plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer. Elle est beaucoup moins impulsive que théâtrale. L'élément pathologique prévalent est ici l'égocentrisme qui domine la personnalité de l'individu et dénote presque toujours un trouble profond et chronique du caractère. Cette forme se retrouve chez le paranoïaque en général, l'hystérique, le délirant mystique et dans certains états de débilité mentale.

L'une quelconque de ces trois formes se complètent uniformément par un élément commun : une perversion passagère ou permanente de la volonté due à une maladie mentale toujours existante.

Paul ABÉLY.

Etude sur les Aphasies, par le Docteur A. AGOSTA (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* avril 1924, Siena).

Dans un travail admirablement documenté, de plus de 150 pages, l'auteur semble s'opposer au principe des centres préformés du langage, bien délimitables en des surfaces corticales définies comme des centres de compréhension de la parole. Cette faculté ne peut être qu'une formation extrêmement complexe. « Dans la question de l'aphasie, on peut aujourd'hui adapter un juste milieu entre l'injuste scepticisme des démolisseurs et les fantastiques localisations des plus hardis constructeurs ».

La région aphasique de Wernicke n'existe pas, elle correspond seulement à une zone de projection corticale des fibres du nerf acoustique. Sa destruction peut donner la surdité verbale pure sans aucun trouble du langage intérieur. Il n'existe pas plus un centre de Broca autonome, car on doit l'identifier avec l'opercule de Rolando, lieu de projection des fibres motrices du langage..

Cette fonction du langage doit être surtout envisagée comme un ensemble de phénomènes associatifs qui se

©BIUM

manifeste au moyen de faisceaux corticaux d'association, en particulier, dit l'auteur, par le faisceau arqué et plus particulièrement par celui du côté gauche qui passe au-dessus de l'insula. Le faisceau occipito-frontal joue lui aussi dans cette fonction un rôle important. Si l'on considère logiquement le langage comme un phénomène de nature réflexe, on comprend mieux la comparation qui s'établit par les voies transcalleuses obliques que le Docteur Agosta schématise ainsi :

1° Lésions hémisphériques postérieures (Lobe temporo-pariéto-occipital)	Aphasies perceptives ou corticales	1° Surdité verbale pure (temporale).	
		2° Alexie pure (angulaire et occipitale).	
		3° Aphasie tactile (pariétale).	
	Aphasies associatives	Partielles	Lésions légères de la zone pariéto-temporo-occipitale gauche surtout paraphasie
		Totales	Transitoires
			Définitives
2° Lésions du centre hémisphérique (zone quadrilatère supralenticulaire) de P. Marie	Partielles	selon le degré de la lésion.	
	Totales		
3° Lésions antérieures (lobes frontaux)	Transitoires	surtout au niveau de l'opercule et dans la région préfrontale	
	Définitives		

La lésion la plus dangereuse pour la fonction du langage, semble avoir son siège de localisation dans le centre ovale au-dessus du ganglion lenticulaire gauche.

Paul ABÉLY.

©BIUM

VARIÉTÉS

QUATRE ALIÉNÉS, DONT UN ANCIEN FORÇAT, S'ÉVADENT D'UN ASILE

Tel est le titre sous lequel « *Le Journal* » du jeudi 4 septembre dernier publiait l'entre filet suivant :

« Quatre pensionnaires de l'Asile de Clermont appartenant à la section des aliénés criminels, se sont évadés, vers midi, hier, en empruntant une échelle qu'un ouvrier négligent avait laissée à leur portée. Le surveillant Alfred Briot étant intervenu au moment de l'évasion a été frappé violemment à la tête et grièvement blessé.

« Trois des fugitifs ont été successivement repris près de Fitz-James par un gendarme de la brigade de Clermont qui pour les tenir en respect dut tirer en l'air plusieurs coups de revolver. Le quatrième est resté introuvable. C'est un ancien forçat, nommé Barthélemy Trinquet, âgé de 42 ans, qui était à l'asile de Clermont depuis janvier 1922 : il est originaire de Sauvigny-les-Bois (Yonne) ».

D'après le *Petit Parisien* du même jour, le dit Barthélemy Trinquet aurait été interné le 11 janvier 1922 venant du bagne de Saint-Martin-de-Ré. Condamné à mort par un Conseil de guerre pour tentative de meurtre sur sa femme il aurait vu sa peine commuée en travaux forcés à perpétuité. Ce serait un individu violent, doué d'une force herculéenne.

Par contre, la victime, le surveillant Briot, que j'ai eu ici comme infirmier est un homme mûr et physiologiquement plus âgé que ne le comporte son extrait de naissance. C'est une nature honnête mais simple.

Quand on veut chercher les responsabilités par la base on les trouve toujours : en l'espèce rien de plus facile que d'incriminer la négligence de l'ouvrier qui avait laissé l'échelle, voire celle de la victime qui n'avait pas corrigé la négligence et même en remontant un peu plus haut l'agent ou le fonctionnaire (médecin ou autre) qui n'avait pas surveillé le surveillant. *Quis custodiet custodiem ?*

Mais pour ceux qui savent et voient le fond des choses la responsabilité est ailleurs. Quand l'Alsace et la Lorraine nous ont été rendues nous y avons trouvé à Hoerdt un asile de sûreté pour aliénés criminels. Récemment les Congressistes de

©BIUM

Bruxelles ont été appelés à visiter chez la nation amie et alliée deux asiles de sûreté. Ils ont en outre constaté dans les grandes prisons belges un système permettant de traiter les criminels aliénés dans le milieu pénitentiaire même.

Si pareilles organisations existaient dans nos vieux départements on n'y verrait pas les aliénés judiciaires et les criminels aliénés confondus dans le même asile avec l'aliéné tout court, sans qualificatif, et des incidents comme ceux de Clermont ne se produiraient pas.

Tant que rien ne sera fait dans ce sens nos asiles et notre personnel sont chaque jour à la merci de semblables événements.

Docteur LEVET.

NÉCROLOGIE

Notre collègue et ami le Dr Marchand, médecin en chef à la Maison de Santé de St-Maurice, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, étudiant en médecine, décédé à l'âge de 23 ans, à la suite d'une courte et terrible maladie.

Nous avons tous été profondément émus par ce deuil cruel. Personnellement, j'adresse à notre collègue, à Mme et à Mlle Marchand, l'expression de ma plus vive sympathie.

H. C.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Léon Cheinisse (de Paris), victime d'un épouvantable accident d'automobile. Le docteur Léon Cheinisse, russe d'origine et naturalisé français, occupait une place importante dans le journalisme médical. Après avoir collaboré à la *Gazette des hôpitaux* et à la *Semaine médicale*, il appartenait depuis plusieurs années à la rédaction de la *Presse médicale*. On a pu lire dans le n° de janvier 1924 des *Annales* une intéressante chronique sur les idées mystiques de la dernière impératrice de Russie.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE

MODIFICATION AU DÉCRET DU 3 JANVIER 1922

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 3 janvier 1922 ;

Vu le décret du 26 décembre 1922 ;

©BIUM

Vu l'avis émis par la commission des médecins des asiles dans sa séance du 27 juin 1924 ;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux des services administratifs en date du 21 juillet 1924 ;

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — L'article 13 du décret du 3 janvier 1922, modifié par le décret du 26 décembre 1922, est complété par la disposition suivante :

« En attendant leur nomination à un poste définitif, les candidats admis peuvent être appelés d'office par le ministre à assurer, dans l'intérêt du service, les remplacements et suppléances.

« Ces emplois provisoires ne peuvent être attribués pour une durée supérieure à une année.

« La désignation d'office ne s'exerce, toutefois, qu'à défaut d'acceptation des candidats admis et pressentis dans l'ordre de classement.

« Les services ainsi rendus par les médecins acceptant un poste dans lequel ils ne sont appelés provisoirement que pour faire un remplacement, ou par les médecins désignés d'office à cet effet, sont reconnus au nombre de ceux qui doivent entrer en ligne de compte dans le calcul de la valeur ou de l'ancienneté des services.

« Les médecins appelés à un poste provisoire conservent le droit au choix d'un poste définitif suivant leur rang de classement. »

ART. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 14 octobre 1924.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :
Le ministre du travail, de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Justin GODART.

Paris, le 30 juillet 1924.

Le Ministre du Travail et de l'Hygiène
à Messieurs les Préfets (1).

J'ai l'honneur de vous rappeler que le 4 mai 1923, je vous ai demandé de me faire parvenir au plus tard le 5

(1) Transfert dans les Asiles de province des Aliénés sans domicile de secours traités dans les Asiles de la Seine. Suite à la circulaire du 4 mai 1923.

©BIUM

de chaque mois l'état des places vacantes dans les établissements d'aliénés de votre département.

Je vous signalais que ces renseignements étaient indispensables pour permettre à mon Administration d'évacuer sans délai les aliénés sans domicile de secours, internés dans les asiles de la Seine.

Aussitôt que me parviennent les états des places vacantes, ils sont communiqués à la Préfecture de la Seine qui se préocupe d'organiser les transferts en province. Or, votre collègue de ce département vient de me signaler que des difficultés se sont fréquemment produites à ce sujet ; ou bien les places vacantes ne le sont plus, lorsque ses services se disposent à les utiliser, ou bien l'asile fait remarquer que ces places vacantes sont à peine suffisantes pour les malades du département et qu'il ne peut hospitaliser d'aliénés au compte de l'Etat.

Ces objections sont évidemment dignes d'être prises en considération. Il est indiscutable qu'un très grand nombre d'établissements, tenus de recevoir, avant tout, les aliénés du Département ne peuvent disposer d'un grand nombre de lits pour les malades d'autres départements ou de l'Etat.

J'appelle, toutefois, votre attentions sur les raisons qui m'obligent à faire transférer en province les malades à la charge du Trésor. Vous n'ignorez pas que le prix de journée moyen des asiles de province varie entre 5 et 6 francs. Dans le département de la Seine, ce prix moyen s'élève à 14 francs environ. Le transfert dont il s'agit permet donc à l'Etat d'économiser par malade et par jour une somme de 8 à 9 francs.

L'agglomération parisienne est, pour des raisons faciles à déterminer, la région de la France où sont internés le plus grand nombre d'aliénés sans domicile de secours. Des estimations ont prouvé que l'Etat entretenait dans la Seine 450 à 500 malades, parmi lesquels 300 sont transférables (étrangers en instance de rapatriement, Français n'ayant aucune attache de famille à Paris). L'économie qui résulterait de leur envoi dans les asiles départementaux s'élèverait à près *d'un million*.

J'ai tenu à vous communiquer ces détails pour bien vous montrer quel intérêt national s'attache à ce que le département de la Seine soit mis en mesure d'exécuter les instructions formelles qu'il a reçues à ce sujet.

Le concours des administrations préfectorales est à cet

©BIUM

effet absolument nécessaire, et je suis persuadé que vous voudrez bien intervenir auprès des Commissions de surveillance et des Commissions administratives pour que, sans méconnaître les nécessités régionales, un certain nombre de lits soient mis à la disposition de l'Etat.

En conséquence, en me faisant parvenir l'état des vacances dans les asiles d'aliénés, je vous prie de bien vouloir considérer que ce qui importe à mes services, ce n'est pas de connaître le nombre de lits non occupés. C'est de savoir combien de places peuvent être effectivement affectées à des malades sans domicile de secours.

Je serai ainsi en mesure d'indiquer à votre collègue de la Seine le nombre d'aliénés qu'il peut faire diriger sur chaque établissement, avec la certitude que ces malades pourront y être reçus.

Je vous serais obligé de m'accuser réception de la présente circulaire en me faisant parvenir le prochain état de vacances.

Pour le Ministre,
Le Conseiller d'Etat Directeur :
L. HUDELO.

POSTE VACANT

Le poste de Directeur Médecin de l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège) sera vacant à dater du 1er janvier 1925.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi sur les retraites ouvrières et paysannes et notamment les paragraphes 3 et 4 de l'article 10 de ladite loi ;

Vu les délibérations de la commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Bron ;

Vu les propositions du préfet du Rhônes autres pièces de l'affaire,

Décrète :

Art. 1er. — Est approuvé le régime de retraites, établi en faveur du personnel secondaire de l'asile d'aliénés de Bron, conformément au règlement ci-annexé.

En conséquence, les bénéficiaires dudit régime sont soustraits à celui de la loi du 5 avril 1910.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre des finances sont chargés, chacun

©BIUM

en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

Fait à Rambouillet, le 11 août 1924.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Justin GODART.

Le ministre des finances par intérim,
RAYNALDY.

Règlement sur les retraites du personnel secondaire de l'asile départemental d'aliénés du Rhône

I

Art. 1er. — Il est prélevé mensuellement une retenue de 5 p. 100 sur le traitement de chaque agent du personnel secondaire de l'asile ne bénéficiant pas de la reposance sans retenue de l'ancien régime.

Dans le traitement soumis à retenue, ne sont pas comprises les indemnités diverses ni les primes.

Art. 2. — Le montant de cette retenue est versé trimestriellement à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse à capital aliéné ou à capital réservé, au choix de l'agent intéressé.

Art. 3. — En même temps qu'il fait inscrire sur le livret de l'agent le montant de la retenue susindiquée, l'asile y verse à capital aliéné une part contributive égale à celle de l'agent.

Art. 4. — L'entrée en jouissance de la retraite est fixée uniformément à l'âge de cinquante-cinq ans.

Art. 5. — Si l'agent est encore en fonctions à l'âge fixé pour la retraite, l'époque d'entrée en jouissance pourra être ajournée dans les conditions prévues par les lois et règlements sur la caisse nationale des retraites. Toutefois, les versements de l'asile et les retenues obligatoires cesseront dès que l'agent aura atteint l'âge de soixante ans.

Art. 6 — Après quinze ans de services, tous les agents astreints aux retenues, sous l'ancien comme sous le nouveau régime, pourront, même avant l'âge de cinquante-cinq ans, en cas d'invalidité partielle dûment certifiée par un médecin assermenté et s'ils ne peuvent exciper de l'incapacité physique permanente et totale permettant d'obtenir de la caisse nationale la pension proportionnelle prévue sous l'article 11 de la loi du 20 juillet 1886, recevoir de l'asile une pension temporaire jusqu'à l'entrée en jouissance de la retraite.

Toutefois, à titre exceptionnel et transitoire, seront dispensés de justifier de l'invalidité partielle prévue ci-dessus, les agents entrés en fonctions avant la date d'application du présent règlement qui ont fait des versements à un fonds de réserve destiné au service de pensions temporaires en vertu de dispositions antérieures ne contenant pas cette condition d'invalidité.

La pension temporaire sera calculée sur le taux de 3 fr. 75 par mois de services, mais ne pourra dépasser 900 fr., chiffre acquis, dans les conditions prévues au présent article, après vingt ans de services.

Elle sera payée trimestriellement ou par semestre, au choix de l'intéressé.

CEIUM

Art. 7. — Tous les agents astreints aux versements à la caisse nationale des retraites, qui ont été titularisés avant le 1er janvier 1920, recevront lors de la liquidation de la caisse nationale, s'ils comptent au moins quinze ans de services, une majoration pour chacune des années comprises entre le 1er janvier 1908 et le 1er janvier 1920, période pendant laquelle il n'a été fait sur leurs livrets que de minimes versements.

Cette majoration sera de :

40 fr. par année passée dans le service médical.

30 fr. par année passée dans les services généraux.

Seront majorées de 2 fr. les années accomplies avec le diplôme d'infirmier.

Ces majorations ne pourront, en aucun cas, être cumulées, pour les mêmes années de services, avec celles prévues à l'article 12 ci-après.

Art. 8. — Il est constitué par l'asile un fonds de réserve destiné au service des pensions temporaires ; il est alimenté :

1° Par le versement paritaire de l'agent et de l'asile d'une somme annuelle de 36 fr., indépendamment des retenues et contributions prévues aux articles 1er et 3 ;

2° Par les prélèvements opérés sur les disponibilités budgétaires après avis conforme de la commission de surveillance.

Art. 9. — Les versements effectués sont inscrits sur un livret individuel qui est la propriété de l'agent et qui lui est remis quand il quitte l'établissement.

Les versements non encore effectués au moment du départ le seront dans un délai de quinze jours.

Le mois de départ ne compte pas pour les versements s'il n'est pas complet.

Art. 10. — La comptabilité des versements à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse est tenue par le receveur sur un registre spécial où sont inscrits au nom de chaque agent :

1° Le numéro du livret ;

2° Les indications portées audit livret ;

3° Le montant des versements effectués par lui et par l'asile.

Le livret est conservé par le receveur tant que l'agent est au service de l'asile et sans que ce dernier puisse le retirer.

Il pourra en être donné connaissance à l'intéressé chaque trimestre sur sa demande.

Art. 11. — Sont soumis au présent règlement qui entrera en vigueur le jour du mois qui suivra son approbation :

1° Tous les agents titularisés postérieurement au 1er janvier 1908, à l'exception :

a) De ceux qui n'ont pas été soumis au règlement de 1909 comme ne remplissant pas les conditions prévues à l'article 12 dudit règlement et qui ont conservé le bénéfice de la reposance sans retenue ;

b) Et de ceux qui ont conservé le bénéfice de la reposance sans retenue en vertu de décisions spéciales ;

2° Tous les agents titularisés a térieurement au 1er janvier 1908 qui ont été astreints aux versements à la caisse nationale depuis 1910 ;

3° Les agents hommes, qui pourraient être engagés en qualité d'auxilliaires avant l'âge fixé par le règlement sur le service intérieur pour la titularisation, à condition qu'ils soient âgés d'au moins dix-

©BIUM

huit ans et qu'ils aient débuté dans leurs fonctions après le 26 octobre 1923, étant entendu qu'en ce qui concerne les agents astreints réglementairement à un stage obligatoire, la durée des services accomplis dans ces conditions s'imputera, s'il y a lieu, sur ce stage.

Le présent règlement n'est pas applicable aux agents dont la pension temporaire est ou aura été liquidée avant la date de sa mise en vigueur.

Art. 12. — Après quinze ans de services tous les agents entrés en fonctions avant le 1er janvier 1908, date à laquelle la suppression de la reposance est devenue effective, et qui sont astreints aux versements à la caisse nationale, conservent, à leur départ en cas d'invalidité partielle constatée comme il est dit à l'article 6 (sauf la dispense prévue dans les dispositions transitoires dudit article) et jusqu'à l'entrée en jouissance de la retraite, le bénéfice et le taux de la reposance acquise et à cette date une majoration de retraite fixée à un quinzième du chiffre de cette reposance à quinze ans, par année antérieure du 1er janvier 1910, date à laquelle ont été faits les premiers versements à la caisse nationale.

Les années postérieures sont décomptées comme à l'article 7.

En aucun cas, le montant de la retraite, y compris les diverses majorations prévues au présent règlement ne pourra être inférieur au chiffre de la reposance acquise lors de la cessation de fonctions. L'insuffisance, s'il y a lieu, sera payée par l'asile.

Art. 13. — A la date de la titularisation des agents, l'administration fera, sur les livrets individuels de ces derniers, s'ils ont débuté dans leurs fonctions après le 26 octobre 1923 et dans le délai maximum de deux ans après leur libération du service militaire légal, un versement supplémentaire calculé au taux réglementaire sur le traitement de début du grade ou de l'emploi pour une durée égale à celle du service militaire obligatoire.

Les intéressés devront, pour bénéficier de cette disposition, effectuer eux-mêmes un versement supplémentaire de même importance.

Art. 14. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent règlement sont abrogées.

II : REPOSANCE

Les pensions de reposance qui seront allouées à compter de la date d'approbation du présent règlement au personnel bénéficiant encore de cet avantage sont fixées aux chiffres ci-après :

A 15 ans de service, taux uniforme, 700 fr.

De 15 à 20 ans, majoration de 40 fr. par année de service.

De 20 à 25, majoration de 60 fr. par année de service.

Soit un maximum, à 25 ans de services révolus, de 1.200 fr.

Toutefois, la pension n'est acquise avant l'âge de 55 ans qu'en cas d'invalidité, comme il est spécifié sous l'article 6 du règlement sur les retraites.

Les fractions de mois n'entreront pas en compte pour le calcul des majorations.

Le présent règlement n'est pas applicable aux agents dont la reposance est ou aura été liquidée avant sa date d'approbation.

(*J. O.*, 15 août 1924).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 29.863

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

La Censure

La guerre est terminée, mais nous faisons la paix. C'est peut-être la raison pour laquelle la censure, qui ne m'a pas épargné pendant la guerre, continue de sévir contre moi.

J'avais, dans mon rapport annuel à l'Administration Préfectorale, donné une description du service de l'Admission pendant l'année 1923 (4.095 malades et 80 lits). Par suite de l'encombrement continuel, de retards apportés, pour des raisons obscures, à des travaux votés par le Conseil général en 1922, pour d'autres motifs encore, nous avions, mon personnel et moi, été soumis à de rudes épreuves, et je croyais avoir le droit de le dire au lieu de me rallier à la philosophie du Dr Pangloss, toujours en faveur auprès des adeptes du moindre effort et de ceux qui assistent de loin aux malheurs d'autrui.

Ayant malheureusement dépassé l'âge où l'on

©BIUM

peut admettre de voir supprimer ou tronquer ce qu'on a cru devoir écrire, je reproduis ci-dessous les passages retranchés et qui ont provoqué cet émoi.

⁂

Fonctionnement du Bureau de l'Admission

Le Bureau de l'Admission, qui fait partie intégrante du service, doit comprendre trois employés et une dactylographe. J'ai le regret de faire remarquer, que depuis mon arrivée à Ste-Anne, je n'en ai jamais vu qu'un seul. M. Leb..., qui remplit actuellement ces fonctions, a succédé à Mlle Léo..., et on ne saurait s'étonner qu'il soit surchargé de besogne.

Ce n'est pas à moi de rechercher ce que sont devenus ou ce que deviennent les deux autres.

M. Leb..., est chargé de faire les placements, de s'assurer de la régularité des pièces, de veiller à ce qu'aucune entrée ne puisse se faire de façon illégale. Il donne des renseignements aux familles désireuses de placer des malades, remplit les feuilles destinées à renseigner l'Administration préfectorale sur les moyens dont disposent les parents pour le paiement des frais de séjour, s'occupe de la correspondance, inscrit sur les livres les mutations des malades, etc., etc... Il doit être présent de jour et de nuit, et pour ce motif, est logé dans le bâtiment. Dans ces conditions, il arrive souvent que les familles sont soumises à de longues attentes, il arrive aussi que le rôle de l'employé responsable est tenu, à certains moments, par un malade, irresponsable par définition.

Sur le service des entrées de l'Admission, c'est-à-dire, de l'entrée dans les asiles proprement dits, est venue se greffer l'admission des malades desti-

©BIUM

nés aux services ouverts de la Prophylaxie mentale et de la Clinique, pourvus cependant de vastes locaux et dotés d'un personnel suffisant. Pourquoi les formalités d'entrée se font-elles au bureau de l'Admission, ces services refusant d'être assimilés aux asiles ordinaires ?

De même, il est permis de se demander pourquoi le bureau de l'Admission est chargé de prendre les renseignements sur les malades admis dans les services libres ou directement à Ste-Anne, de procéder à leur interrogatoire et de constituer leurs dossiers.

Je me permettrai de mentionner que le bureau de l'Admission en rapports constants avec les deux préfectures, les commissariats de police, les consulats étrangers, les familles, ne possède pas de téléphone, pas plus du reste que le service de l'Admission. Il existe à la Clinique, et le service de prophylaxie mentale a été doté d'une installation luxueuse et compliquée. Un simple appareil nous suffirait et, pour ce qui me regarde personnellement, m'éviterait d'être obligé fréquemment d'interrompre l'examen des nombreux malades que je reçois tous les jours pour aller répondre au poste situé à la direction.

On devine sans peine qu'une pareille organisation ne fonctionne pas sans heurts, et que de multiples inconvénients résultent de cette accumulation de besogne sur un personnel toujours incomplet, accablé de travaux parasites, alors qu'il est destiné à assurer le fonctionnement d'un organisme dont le rôle est, par ailleurs, parfaitement défini.

Je vous demande la permission, M. le Préfet, de vous exposer brièvement comment il serait facile de parer à toutes ces difficultés.

©BIUM

Comme l'indique son nom, le Bureau de l'Admission a pour fonctions essentielles l'admission des malades dans le service médical qui les dirigera sur les différents asiles, et la constitution des dossiers.

Un dossier complet de malade se compose de pièces reproduites en quatre expéditions.

De ces quatre exemplaires, le premier est destiné aux archives de l'Admission, le deuxième à la Préfecture de la Seine, le troisième à la Préfecture de Police, le quatrième accompagne le malade transféré dans les autres asiles de la Seine.

L'exemplaire destiné à l'Admission et celui qui est transmis à la Préfecture de la Seine, sont contenus dans une chemise cartonnée, portant certaines indications calligraphiées par les soins d'un employé de l'Admission.

Les pièces comprennent:

Pour les placements volontaires :

1°) Un bulletin d'entrée contenant tous les renseignements relatifs à l'identité, au domicile, à la profession du malade ;

2°) Une demande de placement :

3°) Un certificat de domicile ;

4°) Un certificat médical ;

5° Un certificat immédiat du chef de service.

Pour les placements d'office :

1°) Un bulletin d'entrée ;

2°) Un arrêté de placement ;

3°) Un certificat immédiat du chef de service.

L'établissement de ces pièces est confié à une femme ayant des notions élémentaires de dactylographie et à deux malades. En réalité, elles pourraient être exécutées par une seule dactylographe expérimentée qui ferait les quatre expéditions à la

©BIUM

fois. On ne saurait m'objecter que la chose est impossible, car j'en ai fait l'expérience pendant un congé de la personne chargée actuellement de la dactylographie. M. le Directeur de l'Asile Clinique a bien voulu se procurer une machine munie d'un rouleau de dimensions répondant au format des imprimés administratifs et une jeune malade de mon service, dactylographe de profession, a pu établir sans peine, et simultanément, à l'aide de papier-carbone, les quatre exemplaires des pièces destinées aux quatre dossiers.

Deux autres malades sont occupés à la tenue des livres de la Loi : l'un s'occupe exclusivement des placements volontaires, l'autre exclusivement des placements d'office. On peut se demander tout d'abord pourquoi il existe, à l'Admission, lieu de passage, un livre de la Loi. C'est une superfétation parfaitement inutile. Au surplus, un seul livre de la Loi, établi dans les bureaux de la direction, suffirait amplement à tous les malades pensionnaires de l'Asile Clinique.

Mais, même si l'on admet le maintien de l'ordre de choses actuel, on est en droit de se demander en quoi peut consister la besogne utile, à l'Admission, de deux malades chargés de tenir, exclusivement, l'un, le livre des placements volontaires, l'autre, le livre des placements d'office, et refusant obstinément de se charger des deux à la fois.

En réalité, la présence de ces deux malades n'est pas nécessaire, pas plus que celle des deux malades qui assistent la personne chargée de la dactylographie. Ces quatre malades coûtant chacun 16 francs par jour d'entretien, sans compter le pécule, il y aurait là une économie facile à réaliser. En résumé, à la condition de ne pas les surcharger

©BIUM

de besognes qui ne leur incombent pas, cinq employés, dont deux dactylographes, suffiraient pour assurer de façon régulière le travail du bureau de l'Admission. Il y a lieu de prévoir deux dactylographes, afin d'assurer pour chacune, le repos hebdomadaire, les congés, et pour parer à l'éventualité de maladie.

Sur ces cinq employés, quatre existent déjà. La création d'un 2e poste de dactylographe permettrait de supprimer quatre malades qui, actuellement, coûtent 64 francs par jour.

Mouvement de la population

En 1923, le nombre des entrées a subi une augmentation. Il est passé de 3.832 en 1922, à 4.095 en 1923. Ces chiffres justifient la remarque que je faisais dans mon dernier rapport, à savoir que l'ouverture du service libre ne pouvait que favoriser l'accroissement de la population de l'Admission, au lieu de la diminuer, ainsi qu'on l'avait annoncé. On conçoit dès lors que les inconvénients que je signalais en raison de la suppression des pavillons affectés au service libre, n'ont pas disparu, bien au contraire. Le Conseil général, en 1922, avait bien voulu adopter les propositions de modification des locaux présentées par moi et publiées dans mon dernier Rapport, mais à l'exception d'un dortoir installé au rez-de-chaussée dans le service des femmes, et de l'aménagement d'un cabinet pour le Médecin-Chef de Service, rien n'était commencé au 1er janvier 1924.

C'est pourquoi vous me permettrez, Monsieur le Préfet, d'attirer votre bienveillante attention sur le contraste pénible qui existe entre le Service de Prophylaxie mentale largement pourvu à tous

©BIUM

égards, luxueusement aménagé et les locaux malpropres, les mornes cours sans fleurs, sans gazon et sans gravier où se promènent nos malades. Nous faisons l'effet de parents pauvres, mais peut-être pourrait-on apporter quelques adoucissements à la situation qui nous a été faite. Lorsqu'on a partagé l'ancien service des femmes de l'Admission, on a pris avec le pavillon Ferrus tout ce qu'il contenait, meubles, instruments usuels, et de minime valeur, de petite chirurgie courante (ciseaux, stylets, bistouris, etc...), tout jusqu'au piano.

Le Conseil général a renouvelé en décembre 1923 son vœu de voir cette situation se modifier. Les fonds (soit 250.000 francs) ont été votés en décembre 1922. Espérons qu'en l'année 1924 on se décidera à exécuter des travaux qui sont urgents et qu'en mai 1925, au moment où les étrangers viendront en foule à Paris assister au Congrès de Médecine légale, au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, au Centenaire de Charcot et aux Journées Neurologiques, on pourra leur montrer comment sont hospitalisés les malades qui entrent pour la première fois dans un Asile d'aliénés du département de la Seine.

Comme c'est la règle, les événements ont eu une répercussion très nette sur l'éclosion des troubles mentaux. Si la crise des loyers fournit un élément de plus aux interprétations des persécutés, la crise des domestiques a provoqué l'arrivée à Paris d'une quantité de faibles d'esprit, d'étrangers (polonais, tchéco-slovaques, italiens, martiniquais, etc., etc.), séduits par l'appât d'un salaire qu'ils n'auraient jamais espéré obtenir avant la guerre. Ainsi, pour la seule année 1923, 143 femmes, bonnes à tout faire, servantes, sont entrées à l'Admission. Ces

©BIUM

femmes, j'y insiste, ne sont pas des ouvrières mais de simples bonnes à tout faire, et ne peuvent être employées qu'aux soins du ménage. Le fait valait la peine d'être signalé au moment où l'on a émis l'idée de restreindre leur emploi dans les Asiles, au détriment de leur traitement et de leur réadaptation à la vie sociale.

Un autre point intéressant à relever, c'est le nombre des sujets envoyés à tort à l'Admission avec certificat d'internement et qui, ne présentant pas de troubles mentaux, n'ont pas été maintenus. En raison de l'opinion répandue dans le public au sujet des séquestrations arbitraires et des campagnes de presse qu'on voit périodiquement se reproduire, un seul cas suffirait pour établir de façon péremptoire la nécessité absolue de l'existence du Service de l'Admission. Or, on verra dans les tableaux que 16 sujets ont quitté le Service parce que leur état mental ne justifiait pas leur internement.

⁂

Tel était l'état du service de l'Admission en 1923. Les rapports annuels étant destinés à renseigner les autorités compétentes sur les besoins de chaque division médicale, je pensais et je continue à penser que c'eût été une faute de passer sous silence des faits connus de tous, au risque de retarder encore l'accomplissement des transformations qui sont en train de s'opérer.

Après avoir lu le texte incriminé on conviendra qu'il n'y avait pas là matière à éveiller les susceptibilités administratives.

Henri COLIN.

©BIUM

RÉFLEXIONS SUR LA FORMATION PSYCHOLOGIQUE

OU

PSYCHOGENÈSE DES DÉLIRES

Par le Dr COSSA

Médecin en chef des Asiles publics d'aliénés (St-Pons, Nice)

(Fin) (1)

Il paraîtra singulier peut-être d'invoquer ici la morale des siècles, de faire intervenir l'amour de soi et l'amour-propre comme facteurs de réactions chez le mélancolique, dont les dénégations angoissées expriment un état d'âme précisément inverse de désaveu et d'abandon de soi volontaires ; et d'aucuns, sans doute peu sensibles au problème pyschologique, tenant dès lors ces recherches pour inutiles et vaines, croiront voir renaître en ceci les opinions désuètes et justement discréditées d'Heinroth et Leuret, pour qui la folie résultant du dérèglement des passions était comme la rançon de l'immoralité, une sanction divine du péché ? Mais il est à peine besoin de dire que la morale n'est prise ici qu'au sens documentaire, d'expérience psychologique du passé, et que de ce point de vue on ne saurait contester la richesse et la sûreté de son information pour l'objet qui nous occupe : car elle est comme un héritage d'observation intérieure, de l'individualité psychique aux prises avec le monde, accumulé et transmis par tradition à travers les âges, en des aphorismes, locutions et proverbes où elle transparaît à chaque mot ; et de cette expérience intérieure, les moralistes en leurs maximes et caractères, les philosophes en leurs spéculations éthiques, les poètes, dramaturges et romanciers eux-mêmes, en leurs créations les plus originales et vivantes, n'ont fait que traduire les adaptations

---

(1) Voir *Annales méd.-psych.*, juin 1924, t. II, p. 26.

©BIUM

et acquisitions propres à leur temps. Or, cette morale empirique a toujours proclamé le rôle capital des passions dans la vie individuelle et collective : donc Heinroth et Leuret étaient bien dans la tradition psychologique en leur attribuant également une part prépondérante dans la vie mentale. Ne doit-on pas retrouver en pathologie les mêmes éléments qu'en physiologie, faussés seulement dans leurs rapports et proportions, déformés par pressions et réactions réciproques, au point de n'être parfois plus reconnaissables ? C'était là déjà pour cette doctrine, en dépit de ses erreurs, la part de vérité qui, au dire de Pascal, existe en toutes les opinions, même les plus extrêmes, et c'est encore ce qui rend de tous points légitime notre prise d'appui sur l'expérience des siècles, dont la psychologie du normal est comme la moelle substantielle et dont il faut nous oindre et imprégner avec soin si nous voulons pénétrer quelque peu avant dans celle de l'aliéné, si profondément enclose dans l'inconscient, au moins à ses origines. Pour la mélancolie spécialement, le peu qu'on en a vu jusqu'ici permet de penser en effet qu'elle est une crise aiguë de sentiments intimes, qui ne diffèrent pas essentiellement de ceux du normal, et pas plus qu'eux ne se piquent de logique, mais qui se heurtent ici à des profondeurs d'âme telles qu'ils demeureraient inaccessibles à notre vision directe, s'ils ne se trahissaient dans la conscience par des émotions anormales, suivies elles-mêmes de réactions contradictoires du moi, où notre expérience morale ainsi avertie n'a pas de peine à reconnaître les manifestations d'un sentiment personnel aussi tenace que chez le normal.

Ainsi, quand le mélancolique s'accuse des pires indignités, que pour mieux nous en convaincre il en appelle aux hommes et à Dieu, dont il fait les témoins et les confidents de son abjection ; pourquoi tout cela d'abord, si leur opinion comme la nôtre lui est aussi indifférente qu'il veut bien le dire ? et pourquoi trouve-t-il ensuite un nouveau sujet d'affliction dans leur acquiescement supposé à ses dires, sinon parce qu'il attendait d'eux autre chose ? de la pitié ? de la commisération ? oui, sans doute, par un besoin commun à

tous les hommes d'extérioriser leurs émotions, de les communiquer à leurs semblables, de trouver dans leur sympathie un appui moral et un réconfort au besoin ; mais où ne s'avère pas moins un faible persistant pour lui-même, une tendresse secrète qu'il n'a pu dépouiller, au lieu du détachement complet de soi et de toutes choses qu'il se plaît à afficher ? Pourquoi surtout éprouve-t-il un telle amertume à la pensée d'être jugé par eux sévèrement, comme il déclarait pourtant se juger lui-même et vouloir l'être, sinon parce qu'il ne se croit pas aussi indigne de leur estime qu'il le proclame et que son amour-propre lui défend de s'en croire lui-même sur ce point ? Et de voir au contraire son abaissement, volontaire sans doute, mais qu'il sait bien quelque peu exagéré, être approuvé par eux de confiance, de se sentir encore humilié de surplus si l'hallucination vient à confirmer leur jugement et narguer ou insulter à sa déchéance, la déception qu'il éprouve d'avoir vainement fait appel à leur sympathie et à leur équité se double d'une rancœur d'avoir été ainsi méconnu. Sinon, comment en viendrait-il à les accuser de mauvais vouloir et de parti-pris ? L'idée de persécution, si fréquente dans la mélancolie et à sa suite, ne se comprendrait pas sans la persistance d'un amour-propre qui en est l'instigateur à tous les degrés, et qui s'étalera sans doute, non sans quelque naïveté inhérente à la paranoïa, chez le persécuté mégalomane toujours un peu amoindri, mais qui perce déjà dans les formes mélancoliques aiguës, où la validité mentale semblerait pourtant intacte : se poser en coupable, tout comme en victime, implique une arrière-pensée d'orgueil.

Etrange crise d'âme, en vérité, où un amour-propre tenace, mais qui ne peut s'avouer, subsiste derrière un désespoir bruyant, criant son indignité à tous les échos, prenant cieux et terre à témoin de son abjection, et ne se découvre soudain que si l'on semble s'en laisser accroire de ces déclamations, pour protester contre l'opinion trop défavorable qu'on en pourrait avoir : où l'amour de soi refoulé à son tour, impuissant à contenir l'explosion anxieuse des idées de suicide, marque néanmoins encore sa persistante volonté de vivre en empê-

©BIUM

chant leur réalisation, qui serait la seule sanction logique d'une telle désespérance ; où l'un et l'autre n'interviennent ainsi que dans les cas extrêmes, pour parer aux exagérations d'une émotivité immodérée, et assurés dès lors contre toute éventualité fâcheuse, incapables du reste de prolonger l'effort une fois le danger passé, retombent sous le faix d'indignité qui les accable, sans plus même essayer de le soulever ; et où cependant on s'exposerait à n'avoir qu'une idée fort incomplète de l'état d'âme du mélancolique, si on n'y voyait au demeurant qu'impuissance, inertie, apathie, opposées aux débordements d'une anxiété par trop exubérante, et on en prendrait de surplus une opinion singulièrement inexacte, si on imaginait, même sur la foi des réflexions qui précèdent, une manière de jeu, de compromission avec le mal, où le moi et la personnalité, indulgents et tolérants par calcul autant que par faiblesse, laisseraient aller les choses leur cours, pensant bien qu'elles finiraient toujours par s'arranger, du moment que ni leur réputation, ni leur sécurité, ne seraient plus en cause ! On pourrait aussi bien, et sans plus de vérité, du reste, faire une autre supposition encore, qui, pour être moins défavorable, ne serait pas moins équivoque, et d'après laquelle, en cette lutte de fond qu'est la mélancolie aiguë, où le facteur morbide prend d'abord l'avantage, puisqu'il y a maladie, et qui même peut passer à la chronicité, mais où les éléments normaux résistent cependant et souvent avec succès, puisque la guérison n'est pas rare, le moi n'ayant pu le vaincre d'abord, entrerait à composition avec l'intrus, pour avoir la vie sauve, et accepterait un temps sa loi, par prudence ou astuce, supportant même ses vantardises jusqu'à le laisser proclamer sa propre déchéance, pour mieux l'user sans doute ou l'affaiblir à la longue, et le dominer plus tard ? En quoi il pourrait se tromper, au surplus, car la lutte se prolonge parfois indéfiniment sans que l'un des deux adversaires le cède jamais à l'autre.

Or, cette sorte de défaitisme avisé et tortueux, encore qu'il dût être utile dans sa fin et conforme à la vie, qui elle aussi biaise sur l'obstacle et le tourne quand elle ne peut le surmonter, ne nous inspirerait guère plus

©BIUM

de sympathie que l'égoïsme tranquille et assuré de la précédente hypothèse, si l'une ou l'autre exprimaient vraiment la tenue du moi dans le conflit aigu entre les sentiments naturels de conservation et les tendances pathologiques de destruction de l'individualité psychique. Mais il n'en est rien heureusement, ou du moins elles ne l'expriment que très inexactement, au regard de la réalité psychologique et même clinique. Un seul fait pourrait leur donner quelque apparence de raison, en effet : c'est que le mélancolique semble éprouver parfois comme une satisfaction étrange à étaler sa douleur, une amère volupté à la remâcher et ruminer sans cesse ; en quoi il apparaît suspect de complaisance, sinon de complicité avec son mal : — tels ces neurasthéniques découragés et anxieux, encore que parfaitement lucides et conscients, qui n'acceptent aucune médication calmante, ni consolation morale, tant ils sont convaincus de leur incurabilité, et se dérobent ainsi à toute emprise thérapeutique, comme s'ils avaient peur de guérir, bien qu'ils se récrient et s'en défendent quand on veut les mettre en garde contre une telle disposition.

Mais le plaisir morbide éprouvé dans la souffrance ne s'observe, si réellement il existe, qu'en des cas exceptionnels, chez quelques mélancoliques invétérés, dont l'anxiété s'est fixée en un type d'agitation gémissante et incessante, sans évoluer comme de règle, ni vers la guérison, ni vers le délire secondaire, et il relève alors manifestement d'une débilité congénitale sur laquelle a germé la psychose, car celle-ci aboutit à une sorte de nihilisme absurde, de rage de destruction stupide, où le sujet en vient à se meurtrir et mutiler lui-même, comme pour mieux exaspérer sa douleur ! quelle dérision de vouloir l'affubler d'un masque de dilettantisme sceptique ou de machiavélisme retors ! La part de vérité est assurément plus grande, et surtout plus générale, en ce qu'on la retrouve peu ou prou chez tous les sujets, dans la toute première hypothèse, où à ne voir que l'impuissance du mélancolique à secouer son affliction, on l'accuserait de s'abandonner lui-même sans réagir, et à ne tenir compte que de l'in-

©BIUM

suffisance ou de la carence réelles de ses réactions, on en viendrait à ne lui laisser guère plus d'intérêt qu'à un état déficitaire irrémédiable de débilité ou de démence ! Or il faudrait n'avoir jamais recueilli la confession d'aucun de ces malheureux pour faire ainsi table rase de leur émotivité morbide ; et du reste la clinique entière protesterait avec raison contre de telles doctrines, qui voudraient nous faire douter de la sincérité du mélancolique, en lui prêtant les sentiments et le rôle d'un témoin indifférent, ou complaisant, ou complice des élucubrations malsaines de sa pensée, et détourner de lui la grande pitié qu'il nous inspire, en nous le rendant suspect. Non, vraiment, toutes ces interprétations, contre lesquelles il était bon de se mettre en garde, car elles auraient pu croire exprimer ainsi les attitudes vraies de l'amour de soi et de l'amour-propre, une fois ces mobiles admis dans le complexe mélancolique, ne sont qu'hypothèses aventurées et dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles prendraient prétexte de nuances de sentiments plus apparentes que réelles, ou tout au moins exceptionnelles et accessoires, pour méconnaître ce qui occupe le tout premier plan dans le syndrome, c'est-à-dire ce désarroi moral et cette anxiété confusionnelle, si douloureux, si aigus, que notre compassion en est toujours remuée.

La vérité, la très grande vérité, est que, dans l'état mélancolique, l'individualité entière est troublée, bouleversée, par le sentiment d'indignité qui la pénètre et l'envahit toute, et si elle en exagère l'expression, c'est moins pour nous apitoyer, ou nous convaincre, et encore moins nous jouer, que par besoin de détente, parce que l'émotion déborde en elle, que l'anxiété l'exalte, que l'angoisse l'affole. Mais sous cette agitation exubérante, il y a toujours une affliction poignante, d'autant plus profonde parfois qu'elle se manifeste moins au dehors, se réduisant alors à quelques soupirs et gémissements plaintifs, et qui, dans les formes plus concentrées encore, où l'inhibition va jusqu'à la stupeur, acquiert une intensité effroyable. Il y a là, du fait sans doute que le moi se sent atteint jusqu'en ses assises organiques et psychiques les plus intimes, un

sentiment de souffrance tellement aiguë et pénétrante que rien ne semble lui être comparable dans l'histoire de la douleur. Que de cet excès même de souffrance résulte un affaiblissement des réactions défensives par où l'individualité est momentanément désarmée vis-à-vis du mal : c'est là une conséquence naturelle de cette tension émotive extrême, où s'épuiserait rapidement tout le potentiel de réaction du sujet, même si la mélancolie était une affection purement accidentelle et acquise. Mais on verra plus loin qu'elle demande un terrain préparé, des sujets prédisposés à la défaillance réactionnelle par une hyperesthésie morale anormale, qui semble bien être le trouble originel commun à toutes les psychopathies dépressives : de sorte que la mélancolie n'est pas seulement le syndrome de la douleur, mais proprement la maladie des êtres congénitalement faibles et hypersensibles, qui ne savent que gémir et se lamenter dans le malheur, en appeler au monde extérieur de leur détresse, attendre de lui seul le secours et le réconfort qu'ils ne trouvent pas en eux-mêmes, et qui s'abandonnent au désespoir quand ils croient le rencontrer indifférent ou hostile. Cette hyperesthésie morale douloureuse et cette faiblesse réactionnelle sont bien les facteurs de démoralisation, de découragement, de désespoir et d'abandon de soi, qui dominent toute la scène dans la mélancolie aiguë ; tandis que les éléments de conservation et de défense, l'amour de soi et l'amour-propre, semblent demeurer alors inertes et inopérants derrière les manifestations émotives où il faut aller les découvrir. Mais quand la maladie se prolonge en des formes délirantes chroniques secondaires, on voit par contre ceux-ci réapparaître et se pousser à leur tour au premier plan de la réaction salutaire ;... pour la fausser aussitôt, il est vrai, la faire dévier en l'exagérant, et aiguiller définitivement la croyance vers la persécution et la mégalomanie, apparues jusque-là comme interprétations seulement possibles, non certaines, d'un sentiment initial de déchéance injustifié auquel le patient ne croira plus désormais. Il y a lieu d'indiquer dès maintenant cette évolution de la mélancolie vers la chronicité, pour bien voir dans son

©BIUM

ensemble le désordre apporté par la maladie dans le fond mental insuffisamment éclairé à l'état aigu, avant d'exposer comment l'individualité essaye de réagir et d'y apporter remède.

II

J'ai déjà eu à faire mention de ces délires de persécution et de grandeur secondaires, qui surviennent au décours de certaines mélancolies après un ou plusieurs accès aigus : l'orage émotionnel s'apaise dans les intervalles, la confusion se dissipe, le sujet semble revenu au calme et à la raison ; mais l'idée délirante persiste, profondément cachée et ignorée de lui d'abord, entretenue sans doute par les mêmes tendances intimes qui ont présidé à sa genèse dès le premier accès ; et à chaque nouvelle poussée elle gagne dans la conscience et y demeure un peu plus avant, puis s'y installe en permanence et finalement s'y organise en conviction, utilisant pour cela tous les semblants de raisons et de preuves, toutes les circonstances favorables éventuelles, émotives ou conceptuelles, qu'elle fait converger vers le but obstinément poursuivi par elle, l'adhésion définitive du moi et de la personnalité entière. Or, arrivé à ce terme, le délire secondaire ne diffère plus en fait du délire systématisé primitif, sinon peut-être par l'intensité même de cette systématisation, dont la trame demeure toujours un peu plus lâche dans le premier cas ; et c'est une suggestion curieuse de savoir s'il n'y a pas communauté d'origine entre tous les délires de persécution et de grandeur, primitifs ou secondaires, qui dès lors appartiendraient sans exception à la même filiation dépressive ? Mais pour l'instant c'est l'évolution même de l'état d'âme du mélancolique, c'est cette transformation profonde par où le sentiment dominant de dépression et de douleur se mue définitivement en présomption et orgueil, qui sollicite plus vivement notre intérêt.

On connaît l'opinion qui voudrait faire naître la mégalomanie de la persécution par l'intermédiaire de la jalousie que la grandeur ne peut manquer d'éveiller.

©BIUM

Mais ce sentiment de jalousie suppose d'abord la grandeur, puisqu'il est inspiré par elle ? Il ne la précède donc pas ; au contraire il lui succède, et ne saurait présider à sa genèse du moment qu'il lui est subordonné. D'où il suit que le raisonnement par où on le fait intervenir pourrait bien à la rigueur passer en sens inverse de la mégalomanie à la persécution, prise dans cette hypothèse comme une exaspération de jalousie, mais non de la persécution à la mégalomanie, car ce serait mettre celle-ci après ce qui la suit normalement et prétendre la déduire de ce qui naît d'elle-même. Si donc le sujet fait quelque réflexion de cet ordre, et cela est vraisemblable pour s'expliquer à lui-même ce qu'il éprouve, il ne dira pas comme on semblerait le croire dans l'opinion précitée : « on me persécute, donc on me jalouse, donc je suis un grand personnage » ; ce qui serait doublement absurde, car il peut être persécuté pour tout autre motif que la jalousie, et jalousé pour quelque avantage partiel ne comportant pas la grandeur. Il serait déjà plus rationnel pour lui de se dire : « Je suis grand et on me jalouse, aussi on me persécute », car il est vrai que la grandeur peut inspirer la jalousie ; mais pas nécessairement cependant, et l'on peut éprouver pour elle du respect, de la déférence, de la considération, de la vénération même, si elle s'accompagne d'élévation morale et de bonté active rayonnante, ou simplement encore de la crainte, sans qu'il se mêle à tout cela aucun grain de jalousie. Celle-ci à son tour, du reste, n'entraîne pas nécessairement la persécution, surtout vis-à-vis d'un grand personnage, qu'on n'atteint pas toujours facilement et à qui il peut n'être pas sans danger de s'attaquer ! Considération d'importance pour qui aurait la sottise de s'enlizer en ce bas complexe qu'est l'envie, de rancœur haineuse, de crainte et d'impuissance à assouvir son désir. Enfin raisonner ansi serait se mettre en désaccord avec la clinique elle-même, dont se recommande la théorie déductive, et qui au moins dans le temps fait apparaître la mégalomanie après la persécution. Le délirant pourra se dire encore avec plus de raison, en prenant d'abord

©BIUM

les deux termes extrêmes, puis le moyen comme conclusion : « on me persécute et je suis grand ; c'est donc qu'on me jalouse ? » Mais ainsi même remanié dans la forme, le raisonnement n'est guère moins défectueux du point de vue de la stricte logique ; car pas plus que la grandeur ne l'inspire, la persécution n'implique nécessairement la jalousie, et l'on peut tout aussi bien poursuivre quelqu'un de sa haine, de sa vengeance, ou par simple caprice de malveillance, ou même par un excès de sympathie, d'affectivité aussi exclusive que l'amour et qui *châtiera bien parce qu'elle aimera bien.* L'objection est toujours la même : les prémisses contiennent beaucoup plus ou beaucoup moins que la conclusion, qui dès lors n'en découle pas rigoureusement. Quel que soit donc le raisonnement suivi par le délirant, le moins qu'on en puisse dire est que, contrairement à l'adage commun, il n'est pas vrai qu'*il raisonne juste sur des prémisses fausses.* Il serait étrange, du reste, que le fou eut ainsi comme le monopole de raisonner juste, quand l'homme sain d'esprit ne peut pas toujours s'en flatter ! Tout au plus y a-t-il lieu peut-être de lui attribuer un certain ordonnancement de sa pensée en forme de syllogisme, un effort pour la plier aux exigences de la dialectique, dans le but de lui donner quelque apparence de logique : adaptation après coup, du reste, pour le besoin de la cause, de l'expliquer, de la justifier, de se convaincre soi-même et autrui de sa légitimité, mais qui ne parvient pas à en masquer l'insuffisance rationnelle de fond, encore moins à y suppléer, et c'est ici le cas où jamais de dire que « le raisonnement bannit la raison ! » Mais le fou raisonne-t-il vraiment, ou du moins formellement et objectivement, comme le suppose l'opinion classique ?

Il y a peu d'apparence, *a priori*, qu'un état d'âme aussi complexe que le délire de persécution et de grandeur puisse naître simplement d'un procédé de logique purement intellectuelle et discursive, même si celle-ci est irréprochable. Cependant il est infiniment vraisemblable que le sujet va droit au dernier propos qui lui a été prêté ci-dessus : non qu'il le trouve moins illogique que les deux autres, mais mieux en rapport avec les

sentiments qui le dominent présentement et auxquels il faut se reporter, si l'on veut comprendre l'évolution de son délire. Dans l'état d'anxiété mélancolique, en effet, l'idée de persécution peut bien, après celle d'auto-accusation, satisfaire pour un temps le besoin que le malade éprouve de comprendre ce qui se passe en lui ; mais elle ne lui apporte pas davantage l'apaisement où il aspire. Au contraire, elle ajoute encore à son inquiétude, s'il est possible, par la crainte des inimitiés qu'elle lui révèle, et s'il proteste parfois avec tant d'énergie contre les agissements de ses adversaires, c'est moins peut-être pour s'en plaindre que pour les dévoiler en quelque sorte publiquement et se mettre ainsi sous la protection de tous. Mais il ne tarde pas à lui apparaître que l'explication n'en est pas une, puisqu'elle demande elle-même à être expliquée à son tour: pourquoi est-il persécuté ainsi, en effet ? L'aversion et la haine qu'on lui témoigne maintenant ne se justifient pas plus que le dédain ou le mépris dont on l'abreuvait auparavant, et il n'en cherche pas avec moins d'angoisse la raison cachée : la preuve en est qu'il se suicide parfois de désespoir de n'avoir pu la découvrir, autant que par manière de protestation dernière à la face du monde et plus solennelle, puisque définitive, contre l'injure dont il est la victime impuissante à se défendre, faute d'avoir pu en suivre et dénouer victorieusement toute la trame. Que l'idée de grandeur surgisse alors dans sa conscience, suggérée par l'amour-propre, comme une compensation légitime de l'humiliation initiale subie par lui d'abord avec résignation et angoisse, puis avec colère, et dont elle est en quelque sorte l'envers heureux : cela nous surprendra d'autant moins que nous savons qu'elle préexiste en réalité, à l'ombre de la persécution et à l'insu du malade, en une association paradoxale d'humilité et d'orgueil que nous avons déjà eu l'occasion de relever.

Il n'existe pas moins pour l'esprit une contradiction évidente entre la persécution et la grandeur, et qui ne peut échapper longtemps au malade, car elle entretient en lui un reste d'insécurité, une gêne à goûter aucune joie ni satisfaction de sa grandeur, tant qu'il

©BIUM

n'aura pas trouvé le mot de l'énigme qu'elle comporte encore : comment se fait-il qu'on le persécute puisqu'il est un grand personnage ? et c'est pour répondre à cette question dernière que l'idée de jalousie surgit enfin, comme un produit d'éclosion tardive et complémentaire, moins spontané sans doute que la persécution et la grandeur, d'où elle ne semble émaner que par besoin de logique, mais procédant en réalité du même état d'âme complexe qui leur a donné naissance à elles-mêmes, et qui les fait converger l'une et l'autre vers la jalousie, non comme à un trait de fortune destiné à les unir, mais comme à une étape dernière et définitive où elles doivent nécessairement aboutir et se joindre. Mais encore, pourquoi cette nécessité fait-elle surgir l'idée de jalousie de préférence à toute autre ? pourquoi, parmi toutes les possibilités impliquées dans l'idée de grandeur, parmi tous les sentiments qu'elle peut éveiller, le délirant choisit-il celui-là comme d'instinct, plutôt que le respect, la déférence, la considération, la vénération, ou simplement encore la crainte, qui à des titres divers pourraient empêcher ses ennemis de lui nuire ? c'est que la crainte ne suffit pas toujours à retenir les méchants et qu'on demeure exposé à leurs coups sitôt qu'ils se croient sûrs de l'impunité ; c'est que le respect et la considération supposeraient en eux un esprit de retenue, de mesure, de justice qu'il ne leur a jamais reconnu ; c'est que la déférence, et surtout la vénération, impliqueraient des dispositions à la sympathie, à la bienveillance, justement inverses de celles que traduit leur attitude à son égard, et qu'il ne saurait les leur attribuer sans se désavouer lui-même, n'ayant jamais eu pour eux qu'amertume et aigreur dans l'âme. Car, de la dépréciation initiale qu'ils lui ont infligée, dans sa conviction, il n'a pas seulement éprouvé une dépression douloureuse et un découragement sans fond, mais un froissement d'amour-propre dont il garde un ressentiment aigri, et c'est cette rancœur acrimonieuse, contemporaine du début de sa souffrance et aussi durable qu'elle, qui lui fait suspecter d'abord ses semblables, puis élever contre eux l'armature de ses accusations, avec tout le potentiel

d'animosité qu'il y a accumulé : comment renoncerait-il à une conviction où il a attaché ainsi toute son émotivité intellectuelle et morale ? Tandis que l'hypothèse de la jalousie, non seulement ne lui demande aucun sacrifice de cet ordre, mais cadre au contraire aussi bien avec sa rancune qu'avec son orgueil, et comme de surplus elle satisfait à son besoin de logique, elle doit nécessairement lui apparaître à un moment de son évolution comme un trait de lumière qui éclaire soudain tout le passé et dévoile enfin les raisons cachées des choses... On le persécutait, bien qu'il fût un grand personnage, c'est qu'on le jalousait ! voilà bien l'explication vainement cherchée jusque-là de l'aversion haineuse qui perçait déjà sous le dédain et le mépris du temps où il se croyait déchu et déshonoré, de l'hostilité exaspérée dont il se voit poursuivi depuis que sa grandeur lui a été révélée. Il s'en affligeait, s'en angoissait, ne parvenant pas à en saisir la raison ; mais maintenant il sait, il a percé à jour les sentiments et les intentions sinon tout le jeu de ses adversaires, et il se rit de leur impuissance, car il est désormais au-dessus de leurs coups ; et il se tient d'autant plus ferme à cette conviction que sa sécurité y trouve pleinement son compte. Est-il besoin d'ajouter cependant, qu'il ne s'agit point ici d'un choix raisonné, judicieux, libre, mais bien plutôt inspiré, imposé par la pression intérieure des émotions et passions qui s'exerce à l'insu même du malade, lequel n'y contribue guère que de ses vœux quand il croit y pousser activement, et que si une certaine dialectique y intervient, en apparence pour concilier la persécution et la mégalomanie, en réalité pour mettre un terme à l'inquiétude et au malaise d'âme qu'elles entretiennent, c'est donc par une logique de sentiments, non de concepts, où « le cœur (sans doute) a ses raisons, (mais) que la raison n'a pas », car celle-ci ne saurait s'accommoder d'une solution où subsiste presque en entier la contradiction qu'il s'agirait justement de lever !

©BIUM

III

La contradiction, du reste, n'apparaît pas seulement au moment du passage à la chronicité entre la persécution et la mégalomanie ; elle existe déjà dans les conceptions de la mélancolie aiguë, entre la culpabilité et la persécution, par exemple, puisque le sujet s'accuse lui-même dans l'une et s'en prend à autrui dans l'autre ? entre la dépréciation douloureuse de soi initiale et l'auto-accusation qui la suit, également, car on peut se trouver éventuellement amoindri et en souffrir cruellement, sans avoir démérité pour cela, ni par conséquent devoir être rendu ou se rendre soi-même responsable de son malheur ? et aussi bien encore il serait facile de relever l'absence de liaison nécessaire entre toutes les hypothèses accessoires de ruine, d'indignité, de réprobation, de damnation, qui sont complémentaires sans doute, mais non corollaires les unes des autres ou de celles qui précèdent. Le défaut d'enchaînement logique se montre donc dès le début et tout au long de l'évolution mélancolique aiguë ou chronique, entre les élaborations conceptuelles, d'ordre plus spécialement intellectuel, par où le sujet essaie de s'expliquer à lui-même et à autrui ce qu'il éprouve : et l'on serait tenté de croire d'après cela que la contradiction n'existe ainsi qu'à cette zone toute extérieure et nécessairement un peu superficielle de la pensée mélancolique, où l'intelligence et l'imagination surtout interviennent pour trouver et au besoin inventer les explications, mais où le jugement se montre volontiers peu jaloux de leur orthodoxie rationnelle et de leur conformité au réel, du moment qu'elles flattent les passions qui le dominent présentement ? Or il n'en est rien, précisément parce que le sujet n'accepte les explications qu'autant qu'elles répondent à ses secrets désirs : ne doit-il pas y avoir, *à priori*, les mêmes divergences entre ceux-ci qu'entre celles-là, pour peu que la correspondance des unes aux autres soit exacte ? et, en fait, n'y a-t-il pas une distinction tranchée, sinon même, à ne voir que les extrêmes, une opposition très nette indiquée déjà plus haut, entre les divers sentiments

qui commandent tour à tour l'état d'âme du mélancolique, l'humilité, l'acrimonie, l'orgueil, ou plus exactement, car ceux-ci ne sont encore qu'attitudes secondaires, entre la dépression douloureuse du début, la rancœur aiguë de la période intermédiaire et l'euphorie hautaine de la fin ? La division et la contradiction existent donc aussi bien entre les sentiments qui inspirent le mélancolique qu'entre les interprétations qu'il en donne pour lui-même ou pour autrui ; et, encore que leur opposition jusqu'ici ne nous apparaisse que du point de vue de la logique, assurément secondaire pour la vie mentale, qui obéit à des nécessités d'évolution, d'adaptation et de défense, autrement pressantes que les exigences de notre dialectique et même que les « raisons » du cœur, dont l'intervention tardive implique toujours une certaine conscience, on conçoit qu'il ait déjà motif d'être grandement inquiet d'une telle dislocation des éléments de sa pensée, d'autant plus pénible précisément qu'il n'en a qu'une conscience confuse et incomplète.

Est-ce donc que la division est partout dans l'âme du mélancolique, et jusque dans l'intimité de son moi, dont l'unité individuelle serait ainsi mise en cause ? Evidemment non, puisqu'il sent bien, malgré tout, que c'est lui qui souffre et s'humilie ou s'accuse, ou bien proteste, revendique son droit et au besoin se venge, suivant qu'il se croit misérable, indigne, coupable ou victime d'autrui, et qu'ainsi il se retrouve toujours lui-même sous toutes les transformations de ses états d'âme? Il faut se garder, si l'on veut demeurer dans le vrai, de trop pousser, par amour immodéré de l'analyse, les divisions qu'elle révèle chez la plupart des psychopathes, du reste, comme chez le mélancolique. La remarque est de portée générale, en effet. La divergence est toute superficielle et n'atteint que des formes d'adaptation extérieures et éphémères dans les dédoublements de personnalité des hystériques, dont on a quelque peu abusé autrefois. Elle est déjà plus profonde chez le psychasthénique, dont les obsessions et impulsions ont le plus souvent leur raison d'être en des froissements et des heurts de tendances originelles opposées qui, au

©BIUM

lieu de s'ordonner plus ou moins harmonieusement, comme chez le normal, affirment au contraire leur contradiction et l'exaspèrent avec l'âge. Mais pas plus ici que là elle n'attaque à fond l'unité individuelle du moi, indéfectible tant que la démence vésanique ou organique ne vient pas la désagréger. La preuve en est que, dans ses crises d'angoisse les plus pénibles, l'obsédé ne perd jamais le sentiment de sa conscience personnelle, et que l'hystérique lui aussi le retroupe aisément, puisqu'il guérit le plus souvent, après avoir revêtu en imagination plus qu'en fonction réelle les personnages mythomaniaques les plus dissemblables ? Il n'en va pas autrement dans la crise de mélancolie, où l'on peut voir également l'obsession peser lourdement sur la tension anxieuse, l'imagination exagérer les débordements de l'émotivité, l'impulsion elle-même précipiter le sujet en des raptus de détente brusque, homicide ou suicide, sans que le moi individuel en soit aucunement altéré. On invoque le fait, si curieux, de ces vieux délirants hallucinés qui parlent toujours d'eux-mêmes à la troisième personne? Mais ici encore le dédoublement, manifeste et durable pourtant, n'intéresse que la personnalité, non le moi lui-même, qui garde son unité individuelle. En cela même, en effet, qu'il désigne par le pronom démonstratif *celui-là* ou *il* cette personnalité seconde, ou même tierce dans les cas d'hallucinations bilatérales, qu'il sent en lui ou dans une moitié de son corps, le sujet la distingue de la sienne propre qu'il lui oppose dans le « je » ou le « moi », gardant celle-ci par devers soi comme seule partie intégrante de lui-même, à l'exclusion de l'autre, dont il supporte bien la présence, n'ayant pu s'en défendre ni s'en défaire, mais comme d'une étrangère, sinon d'une intruse ou parasite, qu'il n'a jamais adoptée ? Or cette impuissance à éliminer hors de soi l'élément ainsi non assimilé n'est-elle pas déjà le fait d'une certaine faiblesse mentale ou démence, au moins commençante, qui se confirmera du reste chez ces délirants invétérés ? Et si l'on réfléchit que l'obsession, l'impulsion, l'avalanche émotive elle-même, quand elles s'observent dans la mélancolie aigue, y sont évidemment le fait d'une tare

©BIUM

dégénérative sur laquelle a germé la pychose, comme déjà la rage destructive de soi-même chez le gémisseur anxieux, il apparaîtra que tout ce qui est discordant, paradoxal, dans le syndrome, et spécialement ce qui serait à l'encontre de l'intégri é persistante du moi, doit être mis sur le compte d'une débilité du sujet, congénitale ou acquise ; tandis que dans les conditions ordinaires, la crise conserve, toutes proportions gardées, le caractère des conflits moraux de l'homme sain d'esprit, en qui l'individualité normale se défend avec plus ou moins de succès contre les assauts de son émotivité passionnelle, mais sans se laisser entamer par elle dans son unité, même quand elle cède à ses entraînements ;... à cela près, cependant encore, qu'ici l'émotion, d'ordre pathologique, fait remonter sa source jusqu'aux attaches à l'organique, et par là-même si haut dans l'inconscient que le sujet en cherche la cause hors de soi, faute d'en voir l'origine en son propre fond ; et de cette erreur d'interprétation initiale procèdent toutes les conceptions et attitudes délirantes ultérieures, aiguës ou chroniques. Mais lors même qu'il y adhère définitivement et fortement, de toute son individualité, comme dans les formes systématisées primitives ou secondaires, le moi individuel n'affirme-t-il pas plus énergiquement que jamais son unité, qui résiste ainsi à tous les assauts aigus de la maladie, comme à l'usure de la chronicité, et peut-être de la démence ? Car celle-ci elle-même n'attaque et n'altère que progressivement la personnalité, au moins au début, et seulement en ses éléments superficiels, les souvenirs les plus récents, les acquisitions les plus tardives pour l'espèce, de tenue morale, de sociabilité, par exemple, les adaptations encore à l'état de projets, comme les entreprises aventureuses du paralytique ; réservant longtemps par contre le noyau central, et sans doute toujours le moi individuel, dont le sentiment intime pour si amoindri qu'il soit subsiste jusque dans les déchéances mentales les plus avancées, et ne disparaît qu'avec la vie : ce qui ne saurait surprendre, s'il est vrai que le propre de la vie est de créer des individualités, qui même au psychique doivent être aussi durables qu'elle ?

©BIUM

C'est que l'unité est la condition même de la vie psychique aussi bien que de l'organique, encore qu'elle comporte beaucoup plus de variété dans la première que dans l'autre, et cette plus grande variété de la vie psychique semblerait d'abord inconciliable avec cette unité, à ne voir que la diversité presque infinie en apparence de nos élaborations conceptuelles et volitionnelles, dont le propre est la liberté, entendue ici au sens strictement applicable en biologie d'imprévisibilité sinon d'indétermination. Mais en fait nos conceptions et volitions ne sont pas livrées au hasard de notre fantaisie ; elles ne font que traduire pour la plupart nos désirs, aspirations et appétitions, avoués, ou secrets, ou inconscients, même quand elles ne semblent être inspirées que d'un intérêt impersonnel, comme dans les actes de pure forme, ou bien émoussé jusqu'à l'indifférence, comme dans nos gestes d'habitude. Or ces aspirations et appétitions, dont les moins bien doués d'entre nous sont encore amplement pourvus puisque la vie entière ne suffit pas à les réaliser toutes, ont assurément leur origine dans ce noyau central de nous-mêmes qu'est le moi. Elles constituent même seules à vrai dire toute l'individualité psychique au début, à l'état de tendances, d'énergies congénitales en puissance, de germes de vie latente, destinés à n'éclore et se développer qu'à mesure de leur production dans le monde, de leur affirmation dans la personnalité, qui est comme le lieu et la résultante de l'nteraction réciproque du moi et de l'extérieur ; et elles ne cessent pas, au cours de leur développement ultérieur, de communiquer largement avec cette intimité du moi individuel dont elles ne sont que des expansions, d'en faire partie vraiment intégrante, puisqu'il peut au besoin passer tout entier dans l'une d'elles pour mieux l'imposer au dehors. Certes la production et l'affirmation de nos tendances exige le concours de l'intelligence qui perçoit et pénètre le monde, de l'imagination qui supplée par la fiction et l'hypothèse à l'insuffisance de notre vision directe du réel, du jugement qui établit les relations et synthèses plus ou moins étendues et compréhensives des choses en vue de l'action,

©BIUM

de la volonté qui nous insère et au besoin nous intègre dans leur texture pour mieux nous les livrer, de la raison enfin qui, à défaut de lois générales et absolues impossibles à formuler désormais, après les critiques des philosophes modernes sur la valeur de la science, en dégage cependant ces principes directeurs et conditionnels de toute connaissance, la non-contradiction, la causalité, la finalité biologique interne, qui ne sont qu'une discipline imposée à l'esprit par la logique des solides. Mais tout cela ne serait qu'efforts dispersés et stériles, si nos tendances ne le rendaient à notre insu cohérent et ordonné dans le sens de l'extension toujours plus grande, de l'épanouissement de l'être, dont l'unité est affirmée par la conscience individuelle persistante sous toutes les manifestations de notre activité : la communauté originelle des tendances entraîne la coordination des moyens vers une même finalité.

Tout cela au surplus nous demeurerait extérieur et en quelque sorte étranger, même avec la conscience d'en être nous-mêmes les acteurs, si notre émotivité n'y apportait sa note personnelle, par l'intérêt qu'elle y prend, les passions qu'elle y ressent, les réactions qu'elle y ajoute, par toute cette résonnance intime qui fait vraiment nôtres les manifestations de notre activité dans le monde. Ce sont ces émotions et sentiments éprouvés en nos essais de réalisation de nos tendances, suivant que nous trouvons le monde extérieur disposé ou non à les favoriser, qui déterminent nos dispositions conceptuelles et nos attitudes volitives à son encontre, et qui en outre les maintiennent étroitement unies en nous par la vibration d'une même affectivité plus encore que par la conscience d'appartenir à la même individualité. Non que l'intelligence, l'imagination, le jugement, la volonté se bornent à produire nos sentiments au dehors sans les modifier en rien ; car ils les allongent nécessairement pour les amener au contact de l'extérieur, ils étendent et diversifient leur amplitude pour les traduire en termes d'action, ils en exagèrent les divergences, en aiguisent et exaspèrent les dissentiments et oppositions s'il en existe, en accusent les moindres divisions et craquelures, par les

©BIUM

tractions et tiraillements qu'ils exercent sur leurs attaches. Mais cette liberté de mouvements ne va pas au delà d'une certaine élasticité impartie à nos sentiments et dont la distension trop poussée devient aussitôt douloureuse, parfois même atroce, quand elle va jusqu'à produire des déchirements dans la texture même de l'âme. Quelles que soient donc la diversité et l'imprévisibilité de nos élaborations, elles ne sont pas illimitées, mais, nées à l'instigation de nos tendances originelles, elles demeurent sous la dépendance de nos sentiments, qui n'en sont eux-mêmes que des réactions émotives secondaires. Nous ne nous attachons en effet aux personnes et aux choses, ou inversement elles ne nous inspirent de la répulsion et de l'éloignement que dans la mesure où elles se montrent favorables ou non à la satisfaction de nos désirs. Nos sentiments, vibrations prolongées de nos émotions, ne s'établissent en notre fond et ne s'émeuvent à leur tour qu'en transmission ou répercussion du plaisir ou de la peine éprouvés au contact du monde, mais grossis déjà de toute l'expérience émotive antérieurement accumulée. Car la vibration, une fois ébranlée en nous, ne s'éteint plus. Même quand elle semble s'épuiser en filiation directe, de la tendance au sentiment et à l'acte qui les satisfait pleinement l'une et l'autre, elle se propage aussi transversalement à la faveur d'affinités qui existent nécessairement entre tendances issues d'une même individualité, normale s'entend, et dans ces filiations collatérales elle trouve d'autres vibrations homologues, résiduelles d'adaptations antérieures, et se confond avec elles en une vibration moyenne commune, en quoi résident nos sentiments ou manières de sentir habituelles. C'est cette vibration moyenne habituelle, dont la pérennité est assurée à la fois par l'apport des émotions nouvelles et par le réveil associatif des harmoniques d'émotions anciennes, dont le souvenir lui-même n'intéresse le présent que par la vibration dont il est gros encore dans le passé ; c'est cette résonnance émotive, dont la tonalité nous est proprement personnelle et dont le timbre se marque dans le caractère individuel d'un chacun, qui

©BIUM

donnent la hauteur et la mesure de toutes nos manifestations extérieures psycho-réflexes ou volontaires.

On observe, il est vrai, et en grand nombre, des faits qui semblent contradictoires avec cette subordination de toutes nos réactions à une même tonalité affective. En psychiatrie spécialement, où l'incohérence vraie ou fausse n'est pourtant pas chose rare, on a dû ranger sous la rubrique de *psychoses discordantes*, les états de démence où l'inconséquence des sentiments et des actes est particulièrement absurde et inexplicable. En psychologie on voit également des êtres en apparence normaux, passer avec une facilité déconcertante par les manifestations émotives ou affectives les plus opposées, joies ou tristesses immodérées, sympathies ou antipathies aussi subites qu'injustifiées. La chose est naturelle du reste chez l'enfant, dont la vivacité d'impressions et la mobilité font surtout le charme, et chez la femme dont l'émotivité est la plus gracieuse parure. Mais on rencontre aussi des caractères pénibles, ombrageux et susceptibles, ou envieux et jaloux, dont le fond d'amertume se répand au moindre choc en mouvements d'humeur et coups de boutoir farouches, ou en suspicions injurieuses, quand ce n'est pas en insinuations perfides; ou inversement des êtres inconsistants et instables en qui les émotions passent, à peine ressenties, n'ayant trouvé que peu de prise en surface et point d'écho en profondeur ; ou encore plus près de la normale, des êtres particulièrement bien doués, dont l'esprit lucide, l'imagination vive et expressive, la fraîcheur d'impressions et l'enjouement, n'excluant pourtant ni l'autorité personnelle, ni l'adaptation attentive aux réalités pratiques, pourraient donner le change pour une supériorité réelle, mais en qui la débilité de tous les sentiments autres qu'un égoïsme foncier et la faiblesse originelle du jugement, se marquent de bonne heure en un orgueil démesuré, gonflé de toutes les approbations recueillies au passage, et qui se mue finalement en une vanité énorme, toujours en quête d'hommages et de flatteries, qu'elle distribue elle-même d'abondance, du reste, avec une insincérité et une aisance que seul peut troubler, pour la changer en hostilité déclarée, le refus de

©BIUM

correspondre à ses provocations complimenteuses. Or, chez tous ces êtres, l'émotivité n'est point totalement absente, sans doute, comme chez les amoraux par déficience tératologique de sentiments ; elle peut même être exagérée, mais faussée alors par une irritabilité douloureuse anormale ; elle n'est le plus souvent que superficielle, n'ayant pu se propager en profondeur faute de temps, comme chez l'enfant et la jeune femme qui ne sont que des attardés, ou faute de voies de pénétration préétablies, comme chez le débile qui n'est un arriéré intellectuel que parce qu'il est un insuffisant émotif, ou encore parce qu'elle a été dévoyée de bonne heure vers des satisfactions de pur formalisme extérieur où se complaisait un amour-propre immodéré et puéril. Tandis que chez le vrai normal, elle s'organise en un complexe de sentiments moraux ou affectifs plus ou moins riche et varié, suivant la puissance d'irradiation intérieure d'un chacun, intriqué en outre de tous les souvenirs encore vibrants d'émotions, réactions, jugements, concepts et volitions accumulés en des adaptations antérieures, et dont l'ensemble constitue la personnalité.

Dans ce travail d'organisation complexe, les circonstances extérieures interviennent, sans doute, par les émotions qu'elles réservent à l'individu, les réactions qu'elles provoquent en lui, les efforts qu'elles lui demandent pour s'adapter à elles ou les plier elles-mêmes à sa convenance, et plus encore par l'obligation qu'elles lui imposent de se discipliner lui-même, de mettre un frein à ses tendances quand elles deviennent nuisibles, d'éliminer de soi tout élément étranger, de coordonner, de tendre toutes ses énergies vers les buts qu'il assigne à son activité dans le monde, pour la plus grande extension de sa volonté et de sa conscience. Mais, en présence de conditions identiques, deux êtres semblables en apparence sentiront et réagiront autrement et, placés dès l'origine dans le même milieu, ils se développeront différemment aussi suivant les tendances et sentiments personnels que chacun d'eux porte en soi, et qui ne laissent dès lors aux circonstances extérieures qu'un rôle accessoire, occa-

sionnel, malgré la fréquence de leur intervention. Par contre l'effort, la coordination, la discipline, sont bien des attitudes où s'affirme et s'affermit la maîtrise de l'unité individuelle, dont la volonté consciente, qui est la forme la plus élevée de l'action, nous donne le sentiment le plus net. Mais la volonté consciente n'est pas une donnée primitive en soi, dont nous n'aurions qu'à user à notre loisir ; elle ne s'acquiert, au contraire, qu'en des essais progressivement conscients, pénibles et infructueux d'abord, plus aisés à mesure qu'elle s'exerce et réussit en des situations plus difficultueuses et où finalement elle accomplit les actes les plus compliqués sans plus d'effort ni d'hésitation que pour un geste instinctif de défense. La volonté consciente réalise ainsi dans l'ordre psychique des mécanismes d'action de plus en plus complexes, montés comme de véritables réflexes sensitivo-moteurs, sur le modèle de ceux dont l'anatomo-clinique et l'expérimentation nous montrent le système nerveux tout entier constitué. Mais cette volonté elle-même, où puise-t-elle son énergie, sinon encore dans ces tendances originelles, qui sont l'appoint initial centripète du réflexe et qui existent dès le début de la vie psychique, au moins sous la forme d'instinct de conservation inhérent même à l'organique, tenant en germe toutes les autres tendances ? La preuve en est que celles-ci peuvent à elles seules, et sans le concours de la volonté, monter des mécanismes semblables, non seulement pour l'expression inconsciente de nos émotions en nos réactions motrices instinctives de défense, mais de nos sentiments habituels dans les jeux de physionomie, les attitudes familières du corps ou même les traits du visage. Et ainsi, par la coopération des tendances et de la volonté progressivement consciente, s'édifie en face du système nerveux une organisation psychique parallèle, calquée sur l'organique, du moins à ses origines où elle n'est constituée que de cycles réflexes émotifs, et qui du reste lui demeure toujours étroitement unie, puisqu'elle ne peut jamais s'exprimer que par lui, mais qui s'en dégage progressivement dans les cycles élevés, dont le mécanisme plus délicat exige un effort plus soutenu et partant plus conscient de la volonté, et

©BIUM

qui même dans les faits ultérieurs d'automatisme créés par l'habitude ou de mémoire relégués dans l'inconscient, où elle semble vouloir replonger dans l'organique, s'en distingue cependant encore en ce qu'ils se souviennent d'avoir été conscients, puisqu'ils peuvent le redevenir ?

Que cet édifice psychique procède de l'organique, cela ne paraît point faire de doute, puisque la conscience n'apparaît que tardivement au cours du développement de l'être, alors qu'il a déjà vécu plus ou moins longtemps sans elle ? Mais l'esprit se refuse à admettre cette sorte de génération spontanée soudaine, et la loi des variations ou mutations brusques en apparence, mais préparées de longue main en dessous, lui paraît devoir jouer son rôle ici comme en toute évolution biologique. Au reste, personne ne met plus en doute l'existence d'un psychisme inconscient sous-jacent à l'autre, dont il est comme une assise vivante large et profonde d'où celui-ci procède et continue de tirer le meilleur de sa substance et de son élan : pourquoi ce psychisme inconscient ne pénètrerait-il pas jusque dans l'organique ? L'hypothèse semble trouver sa confirmation dans ce fait que l'émotivité intervient à son tour dans l'édification de l'individualité psychique et y joue un rôle considérable, entre les tendances originelles d'une part et la volonté de l'autre, puisque celles-là s'accompagnent toujours d'une émotion sthénique qui est l'élément vraiment actif de celle-ci, le moteur de la pensée elle-même dans l'élaboration conceptuelle. Or l'émotion s'accompagne elle aussi d'équivalents physiologiques et surtout vaso-moteurs, avec lesquels elle s'intrique si bien au début qu'on ne sait, d'eux ou d'elle, à qui attribuer le premier rôle. Une certaine école ne veut voir dans l'une qu'un écho ou un reflet des autres ; mais on peut tout aussi bien invoquer la préexistence en ceux-ci d'un psychisme latent destiné à devenir conscient. Ne peut-on concevoir une conscience rudimentaire et obscure, qui présiderait à la constitution du premier arc réflexe, comme de la première vibration émotive, puisqu'il y a déjà là, manifestement, une idée directrice vers un but déterminé ?

Quoi qu'il en soit, dans l'édification psychique ou organique des cycles réflexes, les plus élevés, qui en sont aussi les plus complexes, doivent évidemment s'appuyer sur un nombre toujours plus grand d'éléments situés au-dessous ou autour d'eux, comme les supra-structures d'un ensemble architectural bien équilibré ; et chacun de ces éléments étant déjà lui-même un complexe sensitivo ou psycho-moteur en action ou en tension, l'impulsion doit venir également des plus inférieurs, comme en un mécanisme bien agencé, l'énergie initiale se communique d'une pièce à la suivante jusqu'à l'échappement final. Mais ici l'impulsion, donnée par la vie, ne se contente pas d'actionner les éléments une fois constitués ; elle les suscite d'abord, les pousse à s'élever, les dirige et les organise pour la fonction qu'elle leur assigne, les ordonne et les gouverne en une étroite unité et solidarité non seulement passive et imposée du dehors, comme dans un pur mécanisme, mais vraiment spontanée, en ce que chaque élément est intéressé à la fin commune qui est pour l'organique l'accroissement dans les limites et les formes imparties à l'espèce, pour le psychique l'extension toujours plus grande de l'être, son expansion indéfinie. Or celle-ci nécessite l'adaptation au monde extérieur, qui elle-même implique la perception et la volition, formes évoluées en conscience de la sensation et du mouvement. Mais, pour régler celui-ci sur celle-là, même dans le réflexe le plus élémentaire, une certaine intelligence est indispensable qui, aussitôt amorcée, tend à élargir sa connaissance en vue de l'action, à aiguiser sa pénétration vers l'extérieur, à l'étendre à l'intérieur vers l'organique par la cénesthésie, vers le psychique par l'introspection et qui, à se voir ainsi agir, surtout quand elle fait un effort de volonté, acquiert le sentiment de son moi, de son individualité. Toutefois, le grand facteur de cette genèse est bien la sensibilité qui, tour à tour sensation, cénesthésie et conscience, apporte les matériaux de l'édifice, les unit, les cimente, et exprime enfin dans l'émotivité, qui est sa forme spéciale pour l'individualité, l'intérêt pris par le moi dans les choses, l'émoi qu'il éprouve à leur contact. L'émotion dans le

©BIUM

psychique, comme la sensation dans l'organique, est la sentinelle avancée du moi, qui l'avertit de tout danger, non seulement pour sa structure mais pour l'harmonie de sa vibration intérieure, qu'elle veille à ne pas ébranler elle-même, hors de ce cas, en fondant la sienne propre dans la résonnance habituelle normale de l'être, comme les crues d'un fleuve dans un lacis de dérivation.

On conçoit dès lors que cette émotivité s'inquiète et s'angoisse aussitôt que l'unité de l'être est menacée, que des lézardes apparaissent dans son individualité, des discordances et dissentiments plus ou moins profonds dans sa résonnance affective ; comme c'est le cas dans la mélancolie, où la division et la contradiction règnent partout à la fois, dans les interprétations et explications que le sujet se donne à lui-même des émotions anormales qu'il éprouve et dans la zone plus intime des sentiments qui inspirent les unes et les autres. La raison vacillante du malade s'efforce en vain de ramener le calme, de concilier, d'apaiser, d'harmoniser tout cela avec son expérience du monde extérieur, dont les démentis et les heurts accroissent encore sa confusion et son désarroi : elle ne saurait garder longtemps son équilibre sur ce terrain crevassé, bouleversé, où les éléments ne sont pas seulement séparés, divisés, mais opposés, dressés les uns contre les autres, autour d'un fossé central creusé par la maladie et dont tout le reste n'est qu'éclatements et craquelures secondaires. Car il faut bien voir la gravité de la situation où elle est, en profondeur, même dans les formes légères, où l'on a quelquefois la surprise de suicides inattendus : ces sentiments initiaux de dépression, simple et inoffensive en apparence, l'humilité, la dépréciation de soi, le découragement, l'abandon, sont bien des facteurs de destruction et de mort pour l'organisation psychique, développés à l'occasion de la maladie ou introduits de toutes pièces par elle, tandis que les états d'âme que celle-ci leur oppose, la suspicion envers autrui, la rancœur, l'acrimonie, la présomption, voire même la revendication et l'euphorie délirantes, ne sont qu'exagérations, outrées sans doute, mais assurément sthéniques et salutaires, de ces facteurs normaux de réaction, la

©BIUM

confiance en soi et l'amour-propre, par où s'exprime en des attitudes parfois présomptueuses nécessitées par la vie collective, le sentiment le plus naturel qui existe, l'amour de l'être pour lui-même, pour sa conservation. Entre les deux ordres, l'opposition est irréductible, et celui qui en est porteur ne saurait demeurer viable s'il ne réussit pas à rejeter hors de soi les éléments morbides incrustés jusque dans son intimité, quel que soit l'effort nécessaire pour les en arracher. Il y a là une lutte aussi profonde que la source même du psychique, puisque l'attaque se produit au niveau de ses attaches à l'organique, et où toutes ses forces de résistance doivent intervenir, car sa vie même, ou, ce qui est tout un, son unité y est mise en danger : de là viennent les anxiétés, les angoisses inexprimables du malade et ses accès de désespoir subits où les pires catastrophes sont à redouter.

On conçoit cependant qu'il y ait là des degrés *à priori*, et que le trouble émotif n'atteigne pas toujours semblable intensité. L'observation clinique nous révèle en effet des intermédiaires nombreux entre les formes extrêmes d'anxiété suraiguë et la dépression mélancolique simple consciente, à peine distincte de certaines tristesses non motivées du normal. Mais elle nous apprend aussi que les douleurs les plus profondes ne sont pas les plus bruyantes, qu'elles sont même plutôt en raison inverse des manifestations extérieures, où s'exprime surtout l'émotion des éclatements et craquelures secondaires, mieux perçus par la conscience que le processus fondamental lui-même. Au surplus, la psychologie du normal nous éclaire ici en nous montrant également dans ses crises morales des degrés d'intensité variables, suivant qu'elles éclatent pour des désaccords momentanés d'opinions et d'appréciations, ou pour des conflits d'intérêts ou de passions avec des sentiments impérieux comme l'honneur, ou la dignité, ou le devoir ; et l'on peut dès lors affirmer, sans crainte d'être démenti, ni par la clinique, ni par l'expérience morale courante, que toute crise d'âme, normale ou pathologique, est due à une opposition plus ou moins étendue et complexe des cons-

©BIUM

tituants de l'individualité psychique, mais que le conflit sera d'autant plus aigu et violent que cette opposition pénètrera plus profondément dans la trame des sentiments intimes, où elle pourra réaliser des situations tragiques irréductibles autrement que par le suicide ; tandis que dans le plan plus superficiel des élaborations volitives et conceptuelles par où l'individualité s'adapte au monde extérieur, des accommodements sont toujours possibles, fût-ce au prix d'un délire qui aiguille la mentalité vers la déraison, ou d'un compromis, paradoxe ou sophisme, en quoi se résolvent la plupart des crises de conscience, qui ne sont le plus souvent que des crises d'interprétations. Encore convient-il de ne pas établir de cloisons étanches entre ces deux zones qui se compénètrent volontiers : car nos sentiments les plus imbus d'émotion ne vont jamais sans quelque part d'intellectualité, par où ils s'essayent aussitôt éclos aux adaptations extérieures, et nos concepts les plus intellectuels en apparence s'imprègnent à leur tour de notre émotivité au point que nous y attachons au besoin notre vie entière, comme le persécuté à sa conviction délirante, ou le martyr à sa foi religieuse ou même politique. Mais cette réserve faite, la distinction garde toute sa valeur et n'apparaîtra que mieux fondée dans la suite, entre la zone plus spécialement intellectuelle et volitive des opinions, interprétations et adaptations, souvent mobiles, opposées, contradictoires, sans être pour cela inconciliables, suivant les nécessités de situation auxquelles elles doivent faire face, et celle plus profonde, plus consistante, de nos sentiments, qui ne se modifient que lentement, sauf chez les débiles instables, et répondent par une douleur toujours extrêmement vive à toute cause venant les dissocier trop brutalement.

La douleur morale, du reste, comme le conflit qui l'occasionne, peut n'être pas toujours d'origine extérieure ; elle peut avoir sa cause en une malformation congénitale, qui n'apparaît que tardivement au cours du développement, ainsi que cela a été déjà indiqué, et il y aura lieu d'examiner plus loin si la mélancolie elle-même, ce type de la maladie psychique aiguë, ne relève pas d'une prédisposition originelle et irréductible

en son fond à vibrer douloureusement à toute impression du dehors. Mais l'exemple le plus probant de ces malformations congénitales réalisant plus tard des conflits d'angoisse nous est donné par certains psychasthéniques, à tendances surtout métaphysiques, dont les convictions spiritualistes et même les croyances religieuses peuvent co-exister longtemps avec une critique rationnelle des plus pénétrantes en toute autre matière, jusqu'au jour où la difficulté, sinon l'impossibilité de les concilier avec celle-ci se fait sentir soudainement, d'autant plus impérieuse alors qu'elle a été plus tardive, exigeant une option immédiate, une orientation totale et définitive de la croyance vers l'une ou l'autre discipline, et éveillant parfois, du fait des résistances qu'elle rencontre, des angoisses tout aussi tragiques que celles du mélancolique: à cela près cependant que, chez ce dernier, le conflit prendra fin assez vite par la défaite de l'un ou l'autre des deux adversaires, si la maladie ne passe pas à la chronicité, c'est-à-dire par l'épuisement des sentiments anormaux et du processus qui les occasionne, seule forme de guérison possible, ou par le suicide; tandis que nulle évolution apaisante, nul compromis non plus, n'intervient le plus souvent chez le psychasthénique, témoin aussi anxieux qu'impuissant d'une divergence d'âme qui le déchire, incapable par nature de se décider à aucun choix, d'adopter aucune opinion, d'attribuer à l'une ou à l'autre le caractère de vérité dont nous marquons ce que nous croyons être le réel, voué dès lors par cette irrésolution même, en quoi réside sans doute sa tare initiale, à l'anxiété perpétuelle qui, une fois déclanchée, se continuera presque indéfiniment, en dépit de rémissions temporaires, et, même si le premier thème d'angoisse vient à s'épuiser, se renouvellera incessamment sur de nouveaux motifs que la névrose n'aura pas de peine à lui fournir. La preuve du reste que la tare du psychasthénique est bien dans son irrésolution constitutionnelle, qui sans cesse accumule en lui de l'angoisse en tension, réside en ce fait que le normal éprouve lui aussi les deux mêmes tendances métaphysiques opposées, l'une analytique qui dissocie et tue, l'autre synthétique, vivante et cons-

©BIUM

tructive, et qu'il souffre parfois douloureusement de leur opposition : ce que l'on a appelé *la maladie du siècle* dans la première moitié du XIXe n'exprimait qu'un conflit latent entre le besoin de foi des vieux âges et celui plus récent de négation métaphysique. Mais chez le normal la crise peut se dénouer en quelque doctrine conciliante, comme il est advenu au cours du dernier lustre, où d'une observation plus attentive des *données immédiates de la conscience,* associée aux méthodes de la biologie la plus objective, est né un néo-vitalisme psychologique d'un spiritualisme plus vrai, plus soucieux du réel que celui de la doctrine classique: ou bien si sa raison se refuse à adopter la solution proposée, la trouvant insuffisante ou encore insuffisamment bien posée, le normal se tournera vers d'autres soins, laissant à l'avenir la charge de lever l'antinomie à son heure. L'aliéné, lui, ne s'accommode ni de ce détachement quelque peu sceptique et indifférent, ni de l'angoisse inextinguible de l'obsédé ; il lui faut une option à bref délai, et plutôt que de l'attendre patiemment, indéfiniment, avec le non-chaloir de l'un ou l'incertitude anxieuse de l'autre, sous lesquels il y a peut-être une égale et secrète complaisance pour le doute, il se jettera vers le délire, qui n'est qu'une contrefaçon de la vérité.

Ainsi à l'état normal ou pathologique, la conscience individuelle ou collective obéit au même besion et par les mêmes moyens. L'unité est sa loi, comme pour l'individualité organique, mais alors qu'en celle-ci cette unité, fortement centralisée en un système nerveux armé de puissants moyens de défense, est déjà coulée en quelque sorte en des formes définies et des fonctions adaptées aux diverses énergies cosmiques, pour la conservation de l'individu et de l'espèce tels que l'évolution les a fixés, l'individualité psychique appelée au contraire à développer dans la plus grande liberté et extension possibles, mais compatibles avec une subordination nécessaire à l'unité individuelle, les multiples virtualités encloses en ses origines, à revêtir pour cela toutes les formes et attitudes exigées par les circonstances extérieures, est exposée de ce fait à des diver-

©BIUM

gences, oppositions, contradictions, plus ou moins douloureuses et angoissantes suivant la profondeur où elles atteignent. Mais quelle que soit cette profondeur, la tenue du moi est la même ; il lui faut de toute nécessité, s'il ne veut pas en souffrir indéfiniment ou en mourir, ramener en lui la paix par l'unité, soit en éliminant les résidus conceptuels délirants ou non de ses sentiments anormaux, en même temps que ces sentiments eux-mêmes, comme dans la guérison de la mélancolie ou des crises morales du normal, soit en intégrant au contraire ces éléments étrangers dans son organisation même, pour les y résorber, au risque de se voir imposer des individualités partielles factices, comme les personnalités secondes des hystériques, ou envahir tout entière par une individualité faussée, comme c'est le cas du délirant chronique. Mais cette seconde manière n'est jamais qu'un pis-aller, où le moi ne se résout que pour n'avoir pu réprimer le mal d'abord ou le rejeter ensuite, et où il n'y a au fond que duperie. Car même quand elle semble réussir, l'intégration n'est jamais suivi de résorption définitive et n'est dès lors qu'une illusion dangereuse pour qui a dû la subir faute de mieux, comme certains délirants chroniques au début, qu'on pourrait croire maîtres de leurs conceptions parce qu'ils protestent contre elles, les tenant encore pour étrangères au moi, où elles n'apparaissent du reste qu'épisodiquement et par hallucinations sporadiques, et qui cependant finissent tôt ou tard par en adopter la croyance, parce qu'en réalité celle-ci s'était à leur insu imposée d'emblée à leur conscience ; et c'est pourquoi aucun délire chronique une fois amorcé ne rétrocède jamais. Il faudrait, en effet, pour les rectifier, un travail de critique si judicieux et si complexe, portant à la fois sur les conceptions elles-mêmes, sur les réactions et attitudes qu'elles ont déjà entraînées, et sur les déviations initiales de sentiments, de jugements et de raisonnements qui les ont motivées, en un mot, une refonte si profonde de l'individualité, que l'examen de conscience le plus sévère et de ferme propos le plus rigoureux à l'égard des erreurs du normal ne saurait nous en donner une idée approximative même loin-

©BIUM

taine. Le rapprochement est des plus légitimes, au surplus, car l'erreur délirante ne diffère pas essentiellement de celle du normal, et l'on sait combien la discrimination de l'une et de l'autre est parfois malaisée en psychiatrie pratique. Encore que l'erreur du normal ne touche pas d'aussi près à l'intimité de l'être, nous ne laissons pas de nous y attacher avec âpreté parce qu'elle procède comme l'autre, de nos passions et préjugés. A l'égard du vrai, elle est une effilochure, un point ou une maille perdus dans la trame de notre connaissance, comme celle-là dans la texture d'âme de l'aliéné. Elles ne sont, l'une et l'autre, qu'adaptations fausses ou inexactes de l'organisation psychique au réel, sur lequel elle doit être calquée. La différence ici, comme dans les états émotifs du mélancolique, n'est point dans la nature des choses, ni même dans leur mode de développement, mais dans les conditions initiales de leur éclosion, ainsi qu'il convient maintenant de le montrer.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 NOVEMBRE 1924

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Vice-Président

MM. Borel, Demay, Rayneau, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 27 octobre 1924.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. le Dr Guiraud remerciant la Société de l'avoir élu membre titulaire ;

2° une invitation au 58e Congrès des Sociétés Savantes de Paris et des départements, qui s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 14 avril 1925 et se prolongera jusqu'au 18 avril ;

une lettre de M. Louis Bazy, au nom de la Société de Chirurgie, annonçant une augmentation de loyer du local des séances de la Société. Après l'exposé de la question par MM. Roubinovitch, président, Henri Colin, secrétaire général, et Raymond Mallet, trésorier, une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Vallon, Georges Dumas, René Charpentier, Delmas, Arnaud. Le bureau de la Société est chargé d'étudier la question, qui sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance de la Société médico-psychologique.

M. Henri Colin, Secrétaire général, rappelle la demande de candidature, au titre de membre correspondant de la Société, de M. le Dr Beaudouin (de Clermont). Une commission est nommée, composée de MM. Leroy, Raynier, Capgras, rapporteur.

©BIUM

Psychasthénie
Obsessions interrogatives, Délire de scrupule

Par MM.

le Dr RAYNEAU
Médecin Directeur

le Dr GODARD
Interne

à l'Etablissement Psychothérapique du Loiret.

Dans l'histoire de la psychiatrie, l'étude des obsessions est passée par des phases très diverses.

Avec Morel et Westphal, on considéra ce syndrome comme une affection autonome, comme une organisation morbide se suffisant à elle-même, comme une tumeur bénigne, ayant sa vie propre, et qui ne gêne les organes voisins que par compression. L'obsession, au dire de cet auteur, n'était qu'un phénomène passager laissant après lui, au malade, toute sa lucidité et son esprit critique.

Après de nombreux auteurs, Raymond et Arnaud ont montré que toutes les fonctions psychiques chez les obsédés présentent des anomalies.

C'est surtout M. Janet qui a bien mis en évidence que l'obsession n'est qu'un phénomène plus apparent d'un état psychopathologique spécial, appelé par lui psychasthénie, et qui s'étend à tous les modes de l'activité cérébrale.

La malade dont nous apportons l'observation est un exemple de psychasthénique, qui, malgré une grande lucidité d'esprit, pousse le scrupule et la phobie du mal jusqu'au délire.

Les scrupules de Mlle G., institutrice, âgée de 28 ans, datent de l'enfance. Pour sa première communion elle alla trois fois se confesser et resta quand même inquiète et tourmentée. A la fin de son concours d'admission à l'Ecole Normale, elle sortit de la salle en pleurant pour avoir fait, disait-elle, de mauvaises copies ; elle fut reçue première de son département, offrant ainsi un bel exemple du sentiment « d'incomplétude » étudié par M. Janet.

Il eût peut-être été bon de modérer l'effort intellectuel d'un tel sujet, on voulut au contraire pour cette élève brillante de nouveaux concours et de nouveaux succès.

©BIUM

Elle contracta, à 16 ans, en 1914, une fièvre typhoïde assez grave. Après une trop courte convalescence, elle reprit pendant trois années la classe de son père mobilisé et prépara en même temps son examen de fin d'études normales et son brevet supérieur. Ce surmenage la fatigua beaucoup. Elle passait des nuits sans sommeil, s'alimentait mal et s'affectait beaucoup au sujet de son frère atteint de tuberculose osseuse. Une opération grave subie par ce frère produisit sur elle un choc émotionnel qui, joint à toutes les causes précédentes, favorisèrent l'apparition de signes d'insuffisance de dynamisme mental.

La crainte des microbes et de la contagion apparut tout d'abord.

C'est ainsi qu'en février 1919, elle fit brûler un livre qu'une camarade lui avait prêté, sous prétexte qu'elle l'avait imprégné de germes de typhoïde et qu'en le rendant elle propagerait sa maladie. Elle acheta un livre neuf pour le remplacer.

Deux mois après, elle voulut retirer une lettre de la poste parce qu'étant légèrement grippée sa correspondance aurait pu propager des germes et faire mourir quelqu'un. Elle voulait qu'on lui présentât une petite compagne qu'elle avait frappée à l'âge de 10 ans et qui était peut-être infirme par suite de ses coups. De sa classe, elle voulait expulser les élèves maladifs, craignait de les toucher, ne voulait punir aucun d'eux, s'effrayait de leurs jeux, se lavait souvent les mains et même les cheveux en leur présence.

Et maintenant, depuis plus de quatre ans, cette malade est hantée par la crainte de nuire à quelqu'un, de faire du mal, de faire souffrir son prochain, et ses actions sont continuellement paralysées par un scrupule qu'elle reconnaît exagéré à tous points de vue et dans tous les domaines : « Je suis continuellement à m'interroger, dit-elle, pour savoir si j'ai bien ou mal agi, et, conclusion désolante, j'en arrive toujours à m'accuser et me trouve coupable. Si quelqu'un ne parvient pas à me montrer le ridicule de mes craintes, je n'arrive pas de moi-même à me disculper. Je doute continuellement de moi-même et ce doute occasionne une très grande fatigue de l'esprit qui ne peut avoir un moment d'accalmie et de tranquillité. J'ai peur sans cesse de bousculer les gens, de leur monter sur les pieds, de les griffer, de les écorcher, de les mouiller sans le vouloir par un geste maladroit. J'ai peur de les piquer ou de les faire piquer à des ronces ou à des aiguilles, car une simple piqûre me paraît être la porte d'entrée du tétanos. Je ne peux me servir de ciseaux, tellement j'ai peur, par les fenêtres ouver-

©BIUM

tes, de faire piquer ou de piquer les gens, avec leurs pointes. »

De même, elle n'ose pas faire d'aquarelle parce qu'elle a peur de mouiller quelqu'un avec les quelques centimètres cubes d'eau contenus dans une petite cupule, et d'occasionner un refroidissement et par suite une maladie. Cette malade ne peut rester en vue d'une fenêtre ouverte sans que naisse la crainte obsédante de lancer au dehors des pierres ou d'autres objets, se trouvant d'ailleurs incapable de se rendre compte de la distance à laquelle elle se trouve de la fenêtre et de se rappeler par la suite si elle s'en était approchée ou si elle avait en sa possession un objet quelconque qu'elle eût pu lancer.

Il est à remarquer que la malade ne craint pas les microbes, les piqûres ou l'humidité pour elle-même, mais seulement pour les autres.

Elle craint surtout d'être agent de contagion, et la notion des porteurs sains est de celle qui l'ont le plus troublée.

Pendant la durée de ce que Mlle G. appelle « ses peurs », elle a, dit-elle, perdu tout contrôle d'elle-même, elle ne sait plus ce dont elle est capable et elle ignore complètement par la suite ce qui a pu se passer. Il se produit alors une sorte d'obnubilation de la conscience que Sollier appelle « éclipse de la conscience ».

Ces états d'anxiété peuvent provoquer des crises avec perte de connaissance que P. Janet a assimilées à l'épilepsie sous le nom de psycholepsie.

Ces cas sont d'ailleurs très rares, et c'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter celui que notre malade a présenté :

Se trouvant un jour dans une foule, elle heurte quelqu'un sans pouvoir se rendre compte du mal qu'elle avait pu occasionner. Elle fut très tourmentée par ce scrupule, et le lendemain, personne ne pouvant la rassurer complètement, l'anxiété grandit au point d'aboutir à une syncope.

Il est à noter que, comme d'ordinaire en pareil cas, l'angoisse n'est pas en rapport avec la cause qui l'a produite et qu'il suffit, à notre malade, d'un mot dans la conversation relatif à ses craintes pour faire naître la peur. Les mots : « mouiller », « blesser », « souffrir », « piqûre », le mot « mal », surtout, ou une simple consonnance pouvant les rappeler : « normal », « typique », « malin », provoquent

des crises d'anxiété telles qu'elle ne peut se rendre compte de la personne qui a prononcé ces mots et s'il ne s'agit pas d'une mauvaise action qu'elle a commise sans s'en apercevoir. Elle demeure anxieuse et tourmentée jusqu'à ce qu'une personne en qui elle a confiance lui affirme par écrit, en réponse à une question écrite, la vanité de ses craintes. Elle éprouve ce « besoin d'une affirmation étrangère » signalé par Baillarger et bien décrite par Falret. Et chaque jour, Mlle G. remet à la surveillante de son pavillon un long questionnaire, réalisant ainsi ce qu'on a appelé le « supplice de la question ».

Les réponses orales de cette même surveillante ne lui suffisent pas. « Les réponses qu'on me fait verbalement, écrit-elle, ne me rassurent jamais et même m'effraient quelquefois, car la peur m'empêche de comprendre. »

Quelques questions visent la tranquillité générale de la malade et sont répétées à peu près chaque jour : « Le 29 juin, ai-je fait mal à quelqu'un en dehors du pavillon Raymond ou à l'extérieur de la cour du pavillon Raymond ? — Le 29 juin, pendant la pluie, ai-je mouillé ou fait mouiller quelqu'un à l'extérieur du pavillon Raymond ? »

D'autres montrent un souci extrême de précision : « Le 2 mai, ai-je mouillé quelqu'un en dehors du pavillon Raymond, par la fenêtre de la cuisine avec le reste de mon café au lait du goûter de 4 heures ? — Le 2 mai, pendant la pluie, quelqu'un a-t-il attendu à la porte du pavillon depuis l'instant où la sœur m'a tendu la tasse de tilleul jusqu'à ce que j'ai eu cette tasse dans la main ? »

L'espace de temps visé dans cette question est de ceux qui se comptent en secondes ou plutôt qui, en pratique, ne se comptent pas, mais l'acuité du scrupule est telle chez notre malade qu'elle se demande avec anxiété si, pendant les 2 ou 3 secondes où elle a retenu l'attention de la sœur, quelqu'un n'a pas reçu quelques gouttes de pluie à la porte du pavillon.

« Le 6 juillet, pendant mon absence au pavillon Raymond, ai-je lancé du crottin de cheval à quelqu'un ou ai-je fait toucher à quelqu'un du crottin de cheval ? »

Cette question a été posée après une promenade sur la route. Or, comme nous l'expliquait la malade :

route = crottin de cheval.

crottin de cheval = tétanos.

« Le 16 mai, n'aurais-je écorché personne avec le fer de mes lacets de souliers ? »

« Le 8 mai, ai-je piqué quelqu'un en dehors du pavillon

©BIUM

avec un clou, une pointe ou une épingle qui aurait pu se trouver sous ma chaussure et que j'aurais lancé avec mon pied ? »

A toutes ces questions, la malade exige une réponse écrite. Il importe que le « oui » ou le « non » soit bien écrit, sans râture ni surcharge ou la malade ne se sent pas tranquillisée et demande une autre réponse écrite.

Dans le cas où à la question posée, la malade désire une réponse amrmative, et que, par inattention, l'on fasse une réponse négative, elle pose à nouveau la question en précisant qu'on a dû faire erreur ; elle impose en quelque sorte la réponse qu'elle attend et qu'elle croit juste. Ce détail montre bien le « besoin d'affirmation étrangère » dont nous avons parlé.

Ce qui le montre encore, c'est qu'à certaines questions aucune réponse précise n'est possible ; par exemple à celle-ci : « Le 2 mai, pendant la pluie, quelqu'un a-t-il été mouillé par ma faute, en dehors du pavillon ? » La malade se doute un peu qu'on ne pourra répondre avec une exactitude absolue, mais pourvu qu'elle ait en mains l'affirmation de la surveillante, le reste n'importe guère.

Ces réponses lui apportent un contentement immédiat et une tranquillité complète mais non durable et presqu'aussitôt l'angoisse renaît.

Et ces questions écrites portant réponses calligraphiées s'accumulent dans des boîtes et dans des tiroirs, jalousement gardées comme de précieux talismans capables de procurer à tous moments la paix de la conscience et la tranquillité de l'esprit pour les choses du passé.

« J'y tiens autant qu'à ma mère », nous disait un jour la malade en nous montrant une boîte pleine des précieux papiers. Nous avons d'ailleurs beaucoup de peine à obtenir d'elle la diminution du nombre et de la longueur de ses questions.

Il est légitime de distinguer l'obsession du délire, et de nombreux auteurs comme Magnan, Legrain, Séglas, Raymond, Arnaud distinguent avec minutie l'idée obsédante de l'idée délirante, en considérant ces deux formes comme incompatibles.

Cependant, dans certains cas, dont notre malade semble être un exemple, ces idées peuvent se transformer l'une dans l'autre et l'obsession aboutir au délire.

©BIUM

Etant donnée l'impossibilité de donner une définition claire et précise du délire et de la conception délirante, il est difficile d'affirmer que telle manifestation ou tel état d'esprit indique ce « désordre des facultés mentales », selon l'expression de Foville.

Cependant, quand nous voyons, à la lecture de certaines questions, cette malade devant une fenêtre ouverte, incapable de se rendre compte de la distance à laquelle elle se trouve de la fenêtre, ou de savoir si elle a sur elle un objet qu'elle puisse lancer au dehors, ou si les quelques centimètres cubes d'eau contenus dans une cupule pour aquarelle étaient susceptibles de mouiller quelqu'un, incapable de se rappeler par la suite si elle s'est approchée de la fenêtre, si elle a fait un geste, nous pensons qu'il y a là un état délirant.

C'est en somme la transformation de l'état psychasthénique en état délirant chronique décrite par Dupytout, à laquelle nous assistons, les éléments du délire étant puisés dans les obsessions antérieures.

Il est nécessaire de serrer de très près l'examen de cette malade pour se rendre compte qu'elle frise l'hallucination. Toutefois, il ne s'agit pas ici de l'hallucination habituelle aux aliénés, mais de cas où l'intensité de l'obsession crée la sensation.

Il s'agit en somme de pseudo-hallucinations, étudiées par Régis sous le nom d'hallucinations représentatives.

Un autre côté du caractère à mettre en lumière chez ces malades, c'est l'aboulie, la faiblesse de la volonté éducable, jointe à des entêtement d'enfant. C'est ainsi qu'il est très difficile de discipliner Mlle G., d'obtenir d'elle sans contrainte qu'elle se lève à heure fixe, qu'elle range son armoire, qu'elle fasse régulièrement un exercice quotidien. Tout est prétexte à dérobades, et tout encouragement à un effort suivi est accueilli avec un sourire stéréotypé plein d'ironie et de scepticisme.

Aussi l'affection va s'aggravant par sa durée même. Cette malade, quoique jeune, n'essaie plus de lutter, persuadée qu'elle en est incapable et qu'elle n'a pas le droit de vivre ni d'être heureuse parce que quelqu'un peut souffrir par sa faute.

©BIUM

Le traitement de ces états est particulièrement difficile et décevant, de nouvelles craintes venant sans cesse remplacer celles qu'on a pu calmer. La rééducation de la volonté qui doit être la base du traitement pyschothérapique se heurte à la faiblesse cérébrale et à la diminution de la tension psychologique.

Nous avons obtenu au sujet des microbes, et par des affirmations plus catégoriques que rigoureusement scientifique, une grosse atténuation de la crainte de contagion, ce qui a permis à la malade d'augmenter son activité dans certains domaines, d'écrire et de recevoir des lettres, de reprendre certains vêtements soi-disant souillés, de cesser de fuir les personnes qui toussent ou qui portent la moindre écorchure. Mais sur les autres obsessions, objet de questions quotidiennes, le traitement général et la psychothérapie n'ont pas semblé avoir d'action.

Aussi peut-on craindre que cet état mental évolue vers une forme délirante chronique ou vers la mélancolie anxieuse.

Nous rappellerons en terminant que certains auteurs ont remarqué l'importance des préoccupations intellectuelles, accompagnées de surmenage, dans l'étiologie de la psychasthénie.

Et nous avons pensé que, si, à l'apparition des premiers symptômes dont nous avons donné des exemples dans l'enfance et l'adolescence, on avait détourné cette jeune fille des travaux intellectuels pour l'appliquer aux soins du ménage, qu'elle ignore, et à des travaux manuels qu'elle dédaigne, on aurait peut-être pu enrayer l'évolution du processus psychopathologique qui la menaçait.

Il aurait fallu se montrer très ferme à une époque où la malade riait de ses peurs passées, où l'entourage plaisantait les bizarreries d'esprit d'une personne qui passait pour en avoir beaucoup, où le médecin de la famille, interrogé sur les microbes, calmait les craintes de contagion, où tout le monde ignorait qu'il s'agissait du commencement d'un délire.

Cette observation était déjà rédigée depuis quelque

temps lorsque nous avons eu l'occasion d'observer trois autres malades du même genre et dont il nous a paru intéressant de rapporter ici les bizarreries les plus frappantes.

Mme L., 42 ans. — Veuve de guerre, présente des craintes assez vagues, assez mal définies, mais très intenses, de tout ce qui est sale, microbien, contagieux ; et ces craintes l'obligent à passer ses journées entières à désinfecter, sans arrêts, tous les objets qu'elle touche, employant pour cela, successivement, l'alcool à brûler, l'eau de Cologne, le crésyl, l'eau de Javel, l'eau de Botot, le formol, le flambage, l'ébullition et le fumigator.

Cette frénésie de désinfection lui attire toutes sortes de désagréments.

La peau de ses mains et de ses avant-bras est très irritée et couverte de crevasses et de gerçures causées par ces différents produits, qui ne sont jamais assez puissants ni assez abondants pour calmer ses craintes.

Elle désinfecte les murs, les parquets, les meubles, les serrures, les clefs, les vêtements, les chaussures. Elle abîme les peintures, détériore ses meubles, fait rouiller les serrures et les clefs, corrode les chaussures et n'arrive pas à la tranquillité d'esprit malgré cette désinfection continue.

Les chiffons et le savon qui ont servi à nettoyer deviennent en effet contaminés à leur tour et il faut trouver, pour les désinfecter, des produits plus actifs ou des combinaisons d'ingrédients qui, se contrariant les uns les autres, forcent à recommencer sans cesse.

Un autre malade présente, dans le même ordre d'idées, des particularités curieuses :

M. G., 65 ans, eut pour la première fois, en 1907, à la suite d'un accident de voiture, une première crise de phobie des voitures, cet accès ne dura que trois mois.

En 1913, à la suite de contrariétés causées par une polémique syndicale, il eut un deuxième accès. Il était alors obsédé par l'idée de tomber malade, par la peur des microbes et des ordures. Cette deuxième crise dura un an. En 1918, troisième accès, qui a pour objet la peur des chiens et du vert-de-gris. Cette crise, qui dure encore, a subi une recrudescence du fait d'une fièvre typhoïde contractée par son petit-fils en août 1924.

Ce malade a peur des contacts, surtout avec les portes et certains vêtements ; ce qui l'empêche de s'habiller complètement.

©BIUM

Il passe presque tout son temps assis dans un fauteuil, les coudes appuyés et les mains en l'air, ayant à sa disposition un flacon d'eau de Cologne et des compresses. Quand il est obligé de toucher de la main son fauteuil, il se désintecte aussitôt. Quelquefois, l'idée lui vient que sa main est contaminée, alors qu'il n'a touché rien, réalisant une sorte d'obsession intuitive, il finit cependant, par en être persuadé, et doit, pour calmer son angoisse, se laver soigneusement à l'eau de Cologne.

S'il fait tomber quelque chose par terre, sa nièce qui vit avec lui doit l'essuyer immédiatement avec sa combinaison qui, pour lui, est nécessairement propre, parce qu'elle est sous sa robe et à l'abri des contacts extérieurs.

Ce malade nous a raconté qu'étant en traitement dans une maison de santé, il voulut tenter de rééduquer une malade qui était également obsédée, mais ce faisant, il finit par acquérir quelques-unes de ses obsessions et dut rapidement cesser ses essais thérapeutiques. Et encore maintenant, il ne veut pas qu'on lui parle des phobies d'autres malades, se trouvant dominé par la crainte de les acquérir toutes.

Il a plus particulièrement peur des chiens depuis qu'il a entendu parler de cas de rage aux environs. Le mot « chien » lui-même fait renaître ses angoisses, réalisant une forme d'onomatomanie, et il est entendu avec sa nièce que lorsque ce mot vient dans la conversation ou dans une lecture, il est remplacé par le mot « chose », qui désigne le même animal, mais sans éveiller d'angoisse.

Enfin ce malade a une fille qui présente des obsessions analogues.

Etant atteinte d'une tumeur au sein, elle a peur qu'on la frôle et qu'on aggrave ainsi sa maladie. Elle s'imagine être frôlée par des gens qui passent même à dix mètres d'elle et elle éprouve le besoin de se renseigner près de la personne qui l'accompagne pour savoir si réellement on ne l'a pas frôlée.

Il s'agit évidemment là, non pas d'un phénomène de contagion, mais d'un cas d'hérédité, où l'état maladif a agi comme cause occasionnelle.

Il nous a paru intéressant de grouper ces quatre malades, pour lesquels le pronostic est également sombre, et qui n'ont pas subi d'amélioration malgré de longues périodes de traitement.

©BIUM

Discussion

M. Arnaud. — Ces observations, analysées de façon très intéressante, s'accordent avec les descriptions déjà faites de tels états. Je demanderai aux auteurs s'ils ont étudié le comportement de ces malades dans leur vie quotidienne. Ce comportement me semble éclairer l'état mental des obsédés de façon très caractéristique. Les obsessions elles-mêmes ne sont que phénomènes secondaires à un trouble primitif et profond de l'élaboration de l'action.

M. Rayneau. — L'activité de l'une de ces malades traduisait en effet un remarquable désordre. Sa conduite était troublée par les terreurs qu'elle éprouvait à l'idée des conséquences invraisemblables qu'elle prévoyait de ses actes. Elle a refait un voyage au château de Blois pour retrouver les fragments de verre d'un lorgnon qu'elle avait laissé tomber.

M. Revault d'Allonnes. — Les quatre malades présentés appartiennent à des groupes distincts. Leur fonds commun, c'est l'obsession, avec son triple caractère idéatif, émotif, actif. Mais il faut discerner des attitudes diverses. Au point de vue idéatif, l'*idée obsédante* se distingue de l'*idée délirante* en ce que la première ne va pas, tandis que la seconde va jusqu'à la conviction pleine ; l'absence de conviction chez l'obsédé se traduit par le tourment d'une recherche sans fin. Or ce n'est pas tout. Il reste à envisager la nature de l'idée obsédante. Chez la première malade présentée, l'idée obsédante est *centrifuge :* elle n'a pas peur pour elle, mais pour autrui ; elle ne craint pas qu'on lui nuise, elle craint de nuire. Au contraire, l'idée obsédante est *centripète* chez vos trois autres malades : ils ne craignent pas de nuire, ils craignent que quelqu'un ou quelque chose ne leur nuise. — Au point de vue émotif, tant s'en faut que toutes les obsessions soient également sous-tendues par l'angoisse : c'est surtout le fait des obsessions centrifuges, mélancoliques. — Au point de vue actif, il y a chez tous les obsédés trouble de l'action, trouble de la volonté. Mais les troubles obses-

©BIUM

sifs de la volonté ne sont pas non plus univoques. Soit par exemple l'acte de se laver et relaver les mains : il n'est point accompli dans le même esprit par vos quatre malades, et en réalité, malgré l'analogie extérieure, ce n'est point chez tous le même acte. Chez la première malade, la désinfection des mains est une réaction centrifuge, sa crainte de contagion est une crainte de répandre la contagion ; c'est un acte à tendance mélancolique, autoaccusatrice. Chez les autres, c'est une réaction centripète, non altruiste, une réaction de protection personnelle, soit à tendance hypocondriaque, soit à tendance persécutée. Les obsédés sont peut-être des délirants incomplets : il y a des obsédés mélancoliques, atteints d'un délire mélancolique abortif, des obsédés hypocondriaques, des obsédés persécutés, d'autres encore qu'il importe de rattacher à telle ou telle psychose, arrêtée au stade du doute, de la non-conviction.

M. MALLET. — Il faut, en effet, noter le caractère centripète de certaines inquiétudes chez des malades de ce genre. Ils tendent à se protéger eux-mêmes, et, de ce fait, esquisseraient facilement des idées de persécution, comme je l'ai vu chez une obsédée qui craignait qu'on la prît pour un animal.

M. LEROY. — J'ai, dans mon service, une malade qui fut longtemps suivie par M. Mignard. Cette malade est obsédée par la crainte de répandre le mal autour d'elle. Aussi se lave-t-elle perpétuellement les mains, incapable de toute autre action. Or, cette crainte s'est développée chez elle à la suite d'un remords, parce qu'elle se reprochait d'avoir trompé son mari.

M. MIGNARD. — J'ai suivi pendant longtemps, en effet, au dispensaire d'Hygiène mentale, la malade dont parle M. Leroy. C'est à la suite d'une violente émotion (son mari, traité lui-même pour alcoolisme, ayant tenté de se pendre), que les troubles se sont développés. Pendant de longs mois le traitement psychothérapique a permis de maintenir cette pauvre femme au dehors. C'est au cours d'un paroxysme que l'on a dû l'interner.

©BIUM

Ces paroxysmes, chez les obsédés, sont bien connus depuis les remarquables descriptions de Pierre Janet. M. Janet a bien montré aussi comment de l'obsession on peut passer au délire. Plusieurs auteurs ont donné des observations dans le même sens. C'est ainsi que j'ai présenté dans cette même Société un cas de délire d'influence développé par suite du sentiment d'emprise que certaines obsessions faisaient subir à un sujet particulièrement émotif.

M. DELMAS. — Il est très intéressant, chez ces malades, de chercher le terrain sur lequel se développent les accidents. On y trouve souvent l'hyperémotivité constitutionnelle ; on découvre parfois dans leur passé des accès typiques de mélancolie anxieuse ou de manie. L'on remarque chez les obsédés l'anxiété secondaire aux obsessions ; mais plus importante encore est l'anxiété qui les prépare. Je serais curieux de connaître les antécédents psychopathologiques de la malade qu'ont observée MM. Leroy et Mignard.

M. René CHARPENTIER. — A l'appui de ce que vient de dire mon ami Delmas, je rappelle qu'en 1909, au Congrès de Nantes, avec M. Deny, nous avons insisté sur l'équivalence de certains états obsédants avec les accès de manie et de mélancolie périodiques (1). Les obsessions constituent un symptôme qui se trouve dans des accès de psychose maniaco-mélancolique, au même titre que dans d'autres états psychopathiques.

M. ARNAUD. — Avant 1880, on considérait les obsessions et les états délirants comme opposés par nature, et l'on ne pensait pas qu'ils pouvaient se transformer les uns en les autres. Depuis lors, Pierre Janet, Séglas, moi-même, et divers autres observateurs, avons montré les passages possibles de l'obsession au délire. Cette notion est maintenant classique. Je ne crois pas que l'hyperémotivité, ou bien l'anxiété soit la donnée essentielle, le fonds mental suffisant pour expliquer les accidents de nombreux obsédés. Chez beaucoup de

(1) G. DENY et René CHARPENTIER. — Obsessions et psychose maniaque, dépressive. (L'*Encéphale*, décembre 1909).

©BIUM

malades que j'ai observés, ce qui m'a paru fondamental, c'est une certaine hésitation, une certaine aboulie, une insuffisance de l'activité, dont le doute et l'inquiétude n'étaient point les causes, mais les conséquences.

M. MIGNARD. — En ce qui concerne la malade dont M. Leroy et moi vous avons parlé, elle rentrerait dans la catégorie des sujets auxquels convient davantage la conception de M. Delmas. C'était, dans la vie courante, une femme très active, et même un peu exaltée. Elle ne se présentait pas comme une hésitante, mais comme une enthousiaste, du reste sujette à des crises d'anxiété. Enfin, elle a déjà subi un premier internement, de courte durée, et au cours duquel on a dû faire usage du maillot de contention. J'insiste, d'autre part, sur le rôle du fait émotionnant qui a déclenché la longue crise actuelle.....

A propos des interprétations délirantes de symptômes pathologiques. — Le syndrome de Pierret-Rougier du tabes et le délire d'interprétation de symptômes pathologiques (1).

Par René TARGOWLA.

Une communication de MM. Roubinovitch, Minkowski et Monestier (2) a rappelé l'attention sur les troubles mentaux des tabétiques et spécialement sur les faits décrits par Pierret (3) et son élève Rougier (4).

Le syndrome de Pierret-Rougier est caractérisé par son allure clinique et ses rapports avec le processus tabétique. Le délire, dit Pierret, « suit pas à pas l'évolution anatomique du tabes auquel il est intime-

(1) Travail de la Clinique des maladies mentales de l'Asile Ste-Anne (Prof. Claude).

(2) Soc. méd.-psychol., 30 juin 1924; *In Ann. méd.-psychol.*, juillet 1924, n° 2, p. 170.

(3) *C. R. du Congrès de Blois*, 1892, p. 251.

(4) *Thèse*, Lyon, 1882.

©BIUM

ment uni ». Il débute « par un état lypémaniaque parfaitement justifié par toutes les souffrances endurées par le tabétique », puis, s'organise, peu à peu, parallèlement à l'atteinte des organes des sens, pour former « un délire de persécution greffé sur des troubles sensoriels indubitables et qui ne constituent pas, comme on l'a dit trop souvent, des illusions et des hallucinations ». Sur ce fond psychopathique se développent des bouffées de délire mégalomaniaque, d'abord transitoires et espacés, qui se rapprochent ensuite et finissent par aboutir plus ou moins tardivement à un état démentiel.

Bien qu'elle offre quelques particularités importantes, l'intéressante observation de MM. Roubinovitch, Minkowski et Monestier comme celles, d'ailleurs, de Souza Leite, Séglas et Vallon, Klippel et Lévy-Darras, Vigouroux et Hérisson-Laparre, etc., répond dans l'ensemble à cette description : on y trouve l'épisode mégalomaniaque, le délire de persécution et d'influence en rapport avec les manifestations tabétiques, la marche très lentement démentielle (1). Au point de vue clinique, la justesse des vues de Pierret est donc, dans l'ensemble, vérifiée par les faits.

De même, selon cet auteur, le mécanisme psychologique du délire serait constant : « leur manière ordinaire de délirer, toute question d'étiologie mise à part, dit-il des tabétiques, est de fonder sur les douleurs réelles qu'ils éprouvent, sur les troubles sensoriels dont ils sont atteints, des raisonnements erronés et maladifs ».

A la lecture des cas publiés, ces troubles apparaissent de divers ordres. C'est dans le tabes amaurotique que, de l'avis des auteurs, on rencontrerait le plus fréquemment le syndrome de Pierret-Rougier, et dans

(1) Souvent l'état démentiel apparaît fruste et pratiquement stationnaire. Pierret néanmoins en affirmait l'existence; on trouve d'ailleurs chez les tabétiques des foyers d'encéphalite non paralytique (Claude). et, dans un cas personnel, il s'agissait d'une association tabo-paralyti, que. Il peut donc difficilement être mis en doute.

©BIUM

ce cas, on observe surtout des hallucinations véritables (visions d'objets, d'animaux, etc.), qui surviennent, en général, au moment où l'amblyopie est assez accentuée pour perturber l'existence normale sans que toutefois la cécité soit absolue ; il n'est pas rare, d'ailleurs, que le sujet se rende compte qu'il est halluciné [G. Ballet et R. Glénard (1), A. Léri (2)]. Pierret, lui-même, a décrit des hallucinations élémentaires, non ou mal différenciées ; il insistait sur ces phénomènes qu'il considérait comme des symptômes traduisant la lésion anatomique des organes des sens ou des nerfs correspondants et qu'il différenciait radicalement des illusions et des hallucinations psychogènes des psychoses. Toutefois, ces troubles, dont le substratum organique est évident, sont bien des hallucinations ; ce sont même les seuls, de l'opinion de notre maître le professeur Claude (3), qui méritent vraiment ce nom. La distinction qu'établissait Pierret est, en somme, celle que l'on fait aujourd'hui en séparant les aberrations sensorielles d'origine périphérique ou centrale, anatomique si l'on veut, des phénomènes dits d'hyperendophasie et d'automatisme mental, mais en réservant au mot « hallucination » le sens restreint que, précisément, lui refusait le maître lyonnais.

D'autres troubles psychiques sont d'ordre plus directement interprétatif : tel sujet, presque aveugle, qui se jetait sur les passants et se heurtait aux obstacles, s'imaginait qu'ils surgissaient ainsi brusquement devant lui pour le persécuter. Ce n'est pas là l'interprétation d'un symptôme ; elle ne rentre même pas dans le cadre des interprétations endogènes de Sérieux et Capgras et le malade ne méconnaissait pas sa cécité. Elle n'en constitue pas moins un « raisonnement erroné et maladif » fondé sur une lésion sensorielle, ainsi que l'entendait Pierret.

---

(1) Soc. de psychiatrie, 19 nov. 1908 ; *Encéphale*, décembre 1908, n° 12, p. 680.

(2) Soc. de psychiatrie, 19 juin 1913 ; *Encéphale*, juillet 1913, t. II, p. 76.

(3) *Journ. méd. franç.*, mai 1924, p. 169.

©BIUM

Enfin, on peut observer de véritables interprétations de symptômes, épisodiques comme dans le cas de Souza Leite (1), occupant une place plus ou moins importante dans le tableau clinique, comme dans ceux de Séglas et Vallon (2), Lwoff et Targowla (3), Roubinovitch, Minkowski et Monestier. Ce symptôme est peu fréquent : s'il est, en effet, signalé dans des faits isolément rapportés comme les précédents, on ne le trouve mentionné dans aucune des observations recueillies sous la direction de M. Truelle par Mlle Bouderlicque (4) et, remarque plus curieuse, il n'est indiqué que de façon incidente et dans deux seulement des cas réunis dans la thèse de Rougier. Toutefois, il n'est pas douteux que Pierret ait observé des interprétations de douleurs fulgurantes et c'est par extension qu'il en déduisait le mécanisme psychologique du syndrome qu'il a décrit.

Mais, avant de poursuivre cette discussion, il nous paraît utile de résumer rapidement l'étude que nous avons faite du symptôme « interprétation de symptômes pathologiques », donnée clinique immédiate, et du syndrome dont il est l'élément essentiel.

⁂

Le caractère de cette forme d'interprétation délirante est de porter sur des manifestations isolées, dissociées, en quelque sorte, d'une maladie somatique ou mentale. Elle doit être distinguée de celle qui porte sur une affection, le plus souvent aiguë (angine, embarras gastrique, etc.) que le malade reconnaît, dont il a une notion d'ensemble, mais qu'il attribue à la malignité de ses ennemis, la rapportant généralement à une tentative d'empoisonnement. Cette dernière forme d'interprétation est banale chez les délirants systématiques. Celle que nous étudions, au contraire,

(1) *C. R. du Congrès de Paris*, 1889, p. 174.
(2) Soc. méd.-psychol., 30 nov. 1908 ; *Ann. méd.-psychol.*, janvier 1909, n° 1, p. 80.
(3) *Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, 1921, p. 55.
(4) *Thèse*, Paris, 1916.

©BIUM

s'observe chez des malades qui méconnaissent l'ensemble pathologique ; ils n'interprètent pas un syndrome qu'ils ignorent, mais des éléments désagrégés, erratiques, qui s'imposent à eux isolément. Le fondement de ce trouble est l'anosognosie de Babinski et, dans un cas que nous avons observé, le sujet niait la réalité d'une hémiplégie dont il interprétait certaines manifestations. Il y a là une sorte d'anosognosie délirante.

Ce symptôme mérite selon nous d'être individualisé, non seulement en raison de sa physionomie clinique mais encore pour sa valeur sémiologique : il ne se développe que sur un terrain de faiblesse intellectuelle ou, pour employer l'expression que nous avait proposée M. Mignard, d'insuffisance psychique. On peut l'observer notamment au cours d'états confusionnels frustes, chez certains maniaques à la faveur de la défaillance du jugement et de l'auto-critique, plus fréquemment chez les débiles mentaux. Mais on le rencontre surtout dans les états peu accentués d'affaiblissement de l'intelligence (il disparaît lorsque la démence s'aggrave), ou il constitue souvent une sorte de signe avant-coureur, véritable symptôme pré-démentiel. En réalité, il est une manifestation même de la démence, mais précoce, isolée, précédant fréquemment tout autre trouble objectif. Il va sans dire qu'il n'indique nullement un processus évolutif ni la rapidité de sa progression : il est le témoin d'un certain stade d'affaiblissement, d'un état fruste sur quoi il doit retenir l'attention sans préjuger de l'avenir. Il n'a, en soi, aucune valeur pronostique mais, observé au début d'un état délirant, par exemple, il lui confère une signification fâcheuse.

Ce symptôme est le plus souvent épisodique, mais il arrive qu'il prenne une place prépondérante dans le tableau clinique et constitue l'élément unique ou essentiel d'un syndrome délirant. Sous le nom de délire d'interprétations de symptômes pathologiques, nous en avons groupé quelques cas (1) intéressants en raison des erreurs de diagnostic que peut entraîner la méconnaissance du phénomène interprétatif : dans une obser-

(1) L'*Encéphale*, décembre 1919, p. 377 et mai 1923, p. 319.

©BIUM

vation personnelle, les signes encore très discrets d'une tumeur cérébrale étaient passés inaperçus à un premier examen sommaire, on avait conclu à un délire de persécution et d'influence et un certificat d'internement avait été rédigé dans ce sens.

Ce sont, en résumé, sa valeur sémiologique d'une part, la possibilité de le voir constituer l'élément essentiel d'un syndrome psychopathique d'autre part, qui nous avaient conduit à consacrer à l'interprétation délirante de symptômes pathologiques une étude particulière. Celle-ci, du reste, n'avait pas été faite. Baillarger, qui avait entrevu le symptôme, ne l'a pas isolé, et les auteurs qui l'ont le mieux décrit, MM. Sérieux, Capgras et Libert (1), le confondent avec les interprétations endogènes et ne s'y attardent pas. Il s'agit d'ailleurs d'une simple variété de celle-ci, exigeant pour se développer un fonds mental particulier, qu'elle révèle ; elle rattache ainsi le syndrome délirant dont elle fait partie aux délires d'interprétation symptomatiques.

Toutefois, bien que ce symptôme n'ait pas spécialement retenu l'attention et que sa signification ne semble pas avoir été expressément reconnue, il a été observé de longue date. On le trouve mentionné dans un certain nombre de faits publiés et Esquirol déjà l'avait noté chez un de ses malades (2), dyspnéique, qui disait : « Je ne sais pas ce qu'il y a dans l'air, mais je ne puis respirer. Il contient du méphitisme qui m'ôte la respiration. » Pierret, notamment, l'avait bien vu chez les tabétiques délirants. Nombreuses d'ailleurs, à l'exclusion du tabes, sont les affections organiques accompagnées de troubles mentaux dans lesquelles on l'a constaté (psychoses d'involution et démence sénile, épilepsie, syphilis cérébrale, paralysie générale, maladie de Parkinson, encéphalopathie addisonnienne, hémiplégie, tumeurs cérébrales, etc.). Nous n'insisterons pas ici

(1) *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Paris, 1909. — *Traité de pathol. méd. et de thérap. appl. Psychiatrie*, t. I, 2e édit. (sous presse). — *Congrès de Gand*, 1913.

(2) Il s'agit d'un et non d'une malade comme nous l'avons écrit par erreur et comme l'ont reproduit, sur la foi de notre référence, MM. Roubinovitch, Minkowski et Monestier.

©BIUM

sur les interprétations de symptômes psychiques dans les psychoses (psychoses associées, délires d'influence, démence paranoïde, etc.).

⁂

Nous avons esquissé ailleurs le diagnostic différentiel du délire d'interprétation de symptômes pathologiques ; nous n'envisagerons que ses rapports avec le syndrome décrit par Pierret dans le tabes.

Tout d'abord il a une sémiologie plus étendue que le syndrome de Pierret puisque, nous l'avons montré, il peut s'observer à l'occasion de multiples affections organiques et mentales ; d'autre part, il est plus limité puisqu'il ne constitue dans le tabes qu'un des éléments de ce syndrome. De plus, il y est inconstant et on le cherche vainement, même à titre épisodique, dans la plupart des faits de Rougier, comme dans ceux de Klippel et Lévy-Darras (1), Vigouroux et Hérisson-Laparre (2) qui relèvent cependant du syndrome de Pierret.

Cet auteur considérait que toutes les souffrances dont se plaignent les tabétiques délirants sont dues aux lésions de la maladie, en particulier aux névrites périphériques sur lesquelles il avait le premier attiré l'attention ; par analogie avec les interprétations de douleurs fulgurantes qu'il avait observées, il concluait que le délire est la conséquence directe des troubles somatiques : « Au début, disait-il, il (le délire) n'est que le résultat d'une interprétation fausse des sensations bizarres que la maladie envahissante détermine dans les nerfs sensoriels et sensitifs qui sont atteints. Les douleurs atroces de la maladie sont attribuées à des ennemis imaginaires. Le malade se dit torturé, empoisonné, insulté, menacé, suffoqué par les odeurs les plus répugnantes, magnétisé, etc. ».

Or, Pierret avait pris soin de décrire préalablement ces troubles sensoriels et sensitifs : ce sont, avec les phénomènes douloureux, des paresthésies, des « sensations bizarres » dans le domaine de la sensibilité cuta-

(1) Soc. méd.-psychol , 25 nov. 1912 ; *Ann. méd.-psychol.*, déc. 1912, p. 564.

(2) *Ibid.*, p. 567.

©BIUM

née et viscérale et des hallucinations élémentaires (selon la définition de M. Séglas) de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. Il ne semble pas que « les insultes, les menaces, le magnétisme » puissent s'expliquer par le mécanisme rudimentaire de l'interprétation simple de phosphènes ou d'acouphènes par exemple. Ce que nous savons aujourd'hui des hallucinations oblige à les rapporter à un phénomène plus complexe d'hyperendophasie et « d'automatisme mental ». Nous en emprunterons un exemple concret à l'observation de MM. Roubinovitch, Minkowski et Monestier, qui ont noté chez leur malade la prise de la pensée et des « hallucinations auditives » telles que celle-ci : le sujet songeant à changer de chambre, son persécuteur lui déclare : « C'est vraiment pas la peine, je te repêcherai partout ; il me faut très peu de temps pour transporter mon appareillage. » On ne saurait voir là la simple expression d'une lésion de l'appareil auditif ; au surplus, une hallucination différenciée comporte toujours un élément purement psychique, même lorsque sa base anatomique est évidente.

D'ailleurs, Pierret admettait un mécanisme plus complexe que l'interprétation élémentaire. Parlant du tabétique amaurotique, il disait : « Les rapports extérieurs qu'il pourra conserver avec son milieu dépendront absolument de l'intégrité des sens qui lui resteront ; par conséquent, s'ils lui transmettent des impressions et, par suite, des idées fausses, son jugement s'en ressentira, naturellement. » Plus loin, il ajoutait à propos des hallucinations élémentaires qu'il venait de décrire : « Rapprochons maintenant ces phénomènes sensoriels des troubles douloureux que nous signalions tout à l'heure, le malade n'associera-t-il pas les uns avec les autres, et les idées fausses que lui procureront les premiers ne l'aideront-elles pas à s'abuser sur l'origine des seconds ? »

On voit qu'en somme Pierret envisageait diverses modalités de « raisonnements erronés et maladifs » pouvant s'appuyer sur les accidents du tabès. Le point capital qu'il voulait faire ressortir est la nature organique des phénomènes observés : il s'agit d' « un délire

©BIUM

de persécution *greffé* sur des troubles sensoriels indubitables... ». C'est un mécanisme psychologique qu'il invoquait, non un symptôme qu'il décrivait. L'interprétation proprement dite n'est qu'un des multiples processus psychologiques, le plus simple, par lesquels le délire « se greffe » sur le symptôme organique primitif et se subordonne à lui.

Les faits décrits par Pierret, Klippel, Vigouroux ne doivent pas être confondus avec le délire d'interprétation de symptômes pathologiques ; il y a entre eux toute la différence qui existe entre la donnée clinique brute, le symptôme et l'hypothèse pathogénique. Des interprétations de symptômes peuvent se rencontrer dans le syndrome de Pierret ; elles sont loin d'être constantes. Le rapprochement que l'on peut faire est avec les délires de possession, de zoopathie interne décrits par Esquirol, Séglas, Dupré et avec les délires hypochondriaques vraisemblablement liés aux troubles de la cénesthésie provoqués par des affections organiques comme ceux sur lesquels Mignard (1), Picqué, etc. ont insisté. De même que Pierret dans le tabes, Anglade (2) a décrit des névrites périphériques chez certains mélancoliques et il y rattache leur délire. Ces auteurs tentent ainsi de démontrer la nature somatique de symptômes affectant les apparences de manifestations psychiques (illusions et hallucinations) ; essai intéressant qui, sur ce point particulier, mérite d'être rapproché des efforts faits plus récemment pour éclairer le problème des hallucinations (Cf. H. Claude). Toutefois, si ces troubles sont un élément important du délire, il n'est nullement établi qu'ils en soient la base; il y a souvent association d'un état délirant qui s'alimente des sensations éprouvées, des symptômes, mais n'en est pas uniquement une tentative d'explication et moins encore la simple interprétation.

Discussion

M. Trénel. — J'ai observé un cas qui rentre dans la catégorie des faits rapportés par M. Targowla. Il

(1) Soc. méd.-psychol., 24 fév. 1908 ; *Ann. méd.-psychol.*, mai 1908, p. 440.
(2) *Ann. méd -psychol.*, sept. 1899, p. 189.

©BIUM

s'agit d'un tabétique ancien sans affaiblissement intellectuel présentant des troubles mentaux de forme circulaire. Au cours d'une crise de *douleurs fulgurantes rectales*, il eut un véritable accès de délire hallucinatoire, disant qu'on se livrait sur lui à la pédérastie et accusant de ces actes le surveillant de l'infirmerie. Il poussait des cris, demandant qu'on le débarrassât de la verge qu'il sentait qu'on lui introduisait dans l'anus. La crise passée — elle dura une huitaine de jours et céda à des injections de morphine — le malade lucide et très intelligent reconnaissait la nature vraie des sensations pénibles qu'il avait ressenties et l'inanité de ses accusations. Il était sujet à des crises de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs au sujet desquelles il n'a jamais déliré. J'ajouterai qu'il ne réclamait la morphine que pendant les crises douloureuses.

M. MIGNARD. — Les délires par interprétations de symptômes pathologiques, sur lesquels M. Targowla nous a déjà donné d'intéressantes études, ont une portée considérable en psychiatrie. Si leur champ reste assez limité lorsqu'il s'agit de symptômes physiques, il prend une étendue considérable quand on envisage les symptômes mentaux. C'est ainsi que, par exemple, les délires d'influence sont des délires par interprétation de sentiments de subduction mentale.

M. TARGOWLA. — Je n'ai voulu attirer l'attention que sur un point de détail des troubles mentaux des tabétiques, à savoir que les interprétations de symptômes y sont peu fréquentes contrairement à l'opinion admise, et rappeler que Pierret a surtout insisté sur la nature somatique et périphérique des « hallucinations » et décrit non pas un symptôme mais un mécanisme pathogénique, d'ailleurs seulement partiellement exact. Il est certain que l'interprétation de symptômes joue un rôle dans le mécanisme des délires d'influence, comme le fait observer M. Mignard. Il y a plusieurs mécanismes de ces délires et, avec mon maître M. Claude, nous avons observé un cas dans lequel le délire était l'interprétation de symptômes mélancoliques, un autre dans lequel il se rattachait à un état confusionnel. Nous reviendrons sur ce sujet.

©BIUM

Rapport sur la 67e séance de la Société Suisse de Psychiatrie

M. A. MARIE rend compte de cette réunion, qui a eu lieu à Zurich les 15 et 16 novembre, dont le thème de travail était la *Paralysie générale,* et à laquelle il a représenté la Société médico-psychologique. Etaient également présents MM. les Drs Minkowski et Adam (de Rouffach).

M. Marie transmet à la Société un exemplaire de la fiche de renseignements en usage dans les asiles suisses. Elle est reproduite ci-dessous.

Féminin

N° annuel d'entrée ..... N° matricule courant .....

Asile .....

Entrée.

Date .....

---

1. Nom et prénom :
2. Date de la naissance :
3. Lieu d'origine :
4. Lieu du domicile :
5. Dernier endroit de séjour :
6. Célibataire — mariée — veuve — divorcée.
7. Nombre d'enfants : .. desquels sont vivants : .. décédés ou nés morts :
8. Protestante — catholique — israélite — autre confession.
9. Profession :
10. Durée de la maladie avant l'admission :
11. *A.* Y a-t-il eu maladie mentale — cérébrale — nerveuse — alcoolisme — suicide — quelque particularité frappante — crimes chez :
   1) Père — mère ?
   2) Grand-père — grand'mère — oncle — tante. du côté paternel — du côté maternel ?
   (3) Frère — sœur ?
   (4) Fils — fille ?

©BIUM

B. Consanguinité des parents ? degré ?

C. De naissance illégitime ?

12. Causes occasionnelles

13. Conflit avec la loi pénale ? Avant — après l'éclosion de la maladie ? Pourquoi ?

La malade est-elle envoyée en observation : oui — non.

14. Forme de la maladie ?

A. Crétinisme — idiotisme — imbécillité.

B. Psychoses constitutionnelles.

C. Psychoses simples — troubles primaires — secondaires.

D. Psychoses organiques — paralysie générale — sénile — autres.

E. Formes épileptiques.

F. Alcoolisme — autres psychoses par intoxication.

G. Non aliénée.

15. Est internée pour la première fois dans notre asile ou pour la fois ?

Dans ce dernier cas, nouvelle affection ou ancienne ?

La malade avait-elle été internée auparavant dans un autre asile suisse ou étranger, où ?

avec quel n° d'entrée ?

Arrive-t-elle directement d'un asile ?

duquel ?

16. Placée à ses frais — à la charge de l'Etat ou de la commune.

(*Souligner ce qui se rapporte à la personne*).

HÉRÉDITÉ	Père	Mère	Gd père paternel	Gd. mère pat.	Oncles et tantes mat.	Gd. père mat.	Gd. mère mat	Oncles et tantes mat.	Frères	Sœurs	Fils	Filles
Mal. mentale	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
» cérébrale ou spinale.	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
» nevrose.	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Alcoolisme .	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Suicide	...	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Criminalité.	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....

©BIUM

En terminant M. Marie fait remarquer combien il serait désirable de voir un nombre plus considérable de médecins Français assister à ces réunions, où les Allemands se rendent en foule.

M. René CHARPENTIER. — Je suis heureux de profiter de cette occasion pour vous rappeler qu'à chacune de ses deux sessions annuelles, au printemps et à l'automne, la Société Suisse de Psychiatrie nous envoie des invitations à assister à ses intéressantes séances. En qualité de secrétaire permanent du Congrès des aliénistes et neurologistes, je reçois ces invitations et les fais aussitôt parvenir aux diverses sociétés psychiatriques françaises. Il est très regrettable que nous n'ayons pu jusqu'ici nous rendre plus nombreux à ces invitations, et le rapport que vient de nous faire M. Aug. Marie nous le fait regretter encore davantage. La date de ces réunions et les difficultés du change, qu'il ne faudrait pourtant pas s'exagérer, sont au nombre des raisons qui ont jusqu'ici empêché beaucoup d'entre nous d'assister aux réunions de la Société Suisse de Psychiatrie.

Nos collègues Suisses nous font l'honneur d'assister chaque année plus nombreux à nos Congrès où l'on se réjouit de les voir participer à nos travaux. Je vous rappelle que le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française tiendra, en 1926, année du Centenaire de Pinel, sa 30e session, à Genève, sous la présidence de son descendant M. René Semelaigne. Ce sera l'occasion pour tous de réapprendre le chemin de la Suisse et de continuer ensuite à assister aux séances de la Société Suisse de Psychiatrie qui veut bien nous y inviter avec une telle cordialité.

La séance est levée à 18 h. 15.

Les Secrétaires des Séances,
René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BIOLOGIE

Questions actuelles de Biologie médicale, par M. le Prof. G.-H. ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. (1 vol. in-8°, 196 pages, 49 figures, Masson et Cie, édit., Paris, 1924).

Dans ce livre, M. le Prof. G.-H. Roger expose des questions de biologie médicale qui furent l'objet de ses recherches et auxquelles il a consacré d'importants travaux : les fonctions internes du poumon et l'action du poumon sur les matières grasses, la physiologie normale et pathologique du poumon, l'action cardio-vasculaire de quelques extraits d'organes, l'action des capsules surrénales, l'action du foie sur les poisons, les ferments, le rôle de la bile.

Il montre en particulier que les tissus animaux comme les tissus végétaux renferment des substances pharmacodynamiques fort énergiques dont l'action dans le système cardio-vasculaire et sur le pneumogastrique mérite de retenir l'attention.

M. le Prof. Roger met également en lumière l'importance de la recherche de l'acide glycorunique dans les urines pour l'appréciation de l'état des fonctions du foie.

René CHARPENTIER.

Aperçu de la Physiologie et de la Pathologie générale du Système lacunaire, par M. le Prof. Ch. ACHARD. (1 vol. in-8°, 126 pages, 29 fig., Masson et Cie, édit., Paris, 1924).

Sous le nom de *système lacunaire,* M. le Prof. Achard désigne le vaste assemblage de cavités discontinues où se trouve enclose la plus grande partie du liquide de l'organisme et qui comprend, chez l'homme et chez les mammifères supérieurs, les fentes intercellulaires, les espaces

©BIUM

conjonctifs, les espaces sous-arachnoïdiens avec leurs annexes de l'oreille interne et de l'œil, contenant l'endolymphe et la périlymphe, l'humeur aqueuse et le corps vitré, et toutes les séreuses.

Toutes les sérosités qui y sont contenues ont des fonctions différentes (glissement, remplissage, soutien, etc.) en rapport avec leur composition. L'auteur met en relief le rôle de milieu nourricier qui appartient au liquide lacunaire, et comment la stabilité physico-chimique de ce liquide est nécessaire à la bonne marche de la nutrition et à l'activité des éléments anatomiques.

De l'étude des modifications apportées par l'état morbide, du mécanisme des hydragésies, des modifications de la pression, etc., découlent d'intéressantes considérations thérapeutiques concernant notamment les hydropisies et les modifications de la pression.

René CHARPENTIER.

CRIMINOLOGIE

Considérations sur le Traitement pénitentiaire, par le Dr VERVAECK, directeur du service d'anthropologie pénitentiaire de Belgique. (1 brochure, 11 pages, Extrait de la *Revue de Droit Pénal et de Criminologie* et des *Archives Internationales de Médecine légale*, mars 1924).

Le polymorphisme extrême du monde criminel, où apparaissent avec une fréquence impressionnante anormaux, débiles et malades de tout ordre entraîne comme déduction logique l'individualisation juridique et pénitentiaire de la peine, réclamée depuis de nombreuses années, en France particulièrement, par les criminalistes.

La peine doit être orientée, d'une part, vers les méthodes thérapeutiques et, d'autre part, vers le principe de la Défense sociale, contre les délinquants à tendances morbides ou irréductibles. Pour M. Vervaeck, tous les délinquants, normaux, anormaux, ou malades mentaux, doivent être traités dans le cadre pénitentiaire.

La connaissance approfondie des causes générales de la délinquance et des tendances criminogènes qui en ont favorisé l'éclosion chez certains sujets, peut seule indiquer la voie à suivre pour prévenir, dès leur origine, les actes antisociaux et indiquer les moyens efficaces de modification des facteurs personnels de prédisposition au délit.

Il importe aussi de mieux connaître les réactions psy-

©BIUM

chologiques polymorphes que détermine la détention, sa valeur d'intimidation.

Le traitement pénitentiaire doit devenir une véritable préparation à la vie sociale.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les Enfants nerveux. — *Diagnostic, Pronostic, Aptitudes,* par le Dr André COLLIN (1 vol. in-8°, 155 pages, in-*Les Actualités médicales*, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris 1924).

Au début de cet intéressant exposé, qui fait suite à de nombreux travaux de psychopathologie infantile, M. André Collin étudie l'*éveil des fonctions corticales* de la naissance à l'âge de trois ans, fonctions neurologiques et psychiques précortico-actives d'abord, fonctions neurologiques et psychiques cortico-actives ensuite. Les notions indispensables de pathologie générale et expérimentale amènent à la recherche des signes cliniques qui permettent de poser un diagnostic précis sur la nature, la qualité et l'intensité des retards nerveux et mentaux que peuvent présenter les enfants.

Dans le domaine neurologique, une des fontions capitales de l'écorce est son *rôle inhibiteur.* Le perfectionnement de l'inhibition a pour conséquence chez l'enfant la disparition de la plupart des mouvements syncinétiques. Cliniquement, la recherche des syncinésies, ajoutée à l'examen de la réflectivité cutanée, tendineuse et irienne, permet de connaître le degré de myélisation et d'activité du cortex. A trois ans, un enfant normal ne doit plus présenter le signe de Babinski, de la vivacité ni de la brusquerie des réflexes tendineux, de syncinésies sans un effort très appréciable, ni de conservation des attitudes données (signe de la poupée).

M. André Collin suit ensuite, à partir de l'âge de 8 mois, l'éveil des fonctions psychiques corticoactives : *idéomotricité,* stéréognosie, démutisation, évolution du *sentiment,* de l'*intelligence* et des *aptitudes.*

Les principales influences agissant sur le développement du cortex sont connues : causes héréditaires (hérédité similaire, hérédité des toxi-infections), maladies du premier âge, troubles endocriniens. M. André Collin y ajoute les

©BIUM

modifications du chimisme humoral. Il montre ensuite dans quelle mesure et dans quelles conditions (niveau intellectuel et moral, âge de l'enfant, adaptation individuelle, répétition à courts intervalles, etc.) l'*éducation* peut agir sur le psychisme de l'enfant.

L'*application pratique de ces données* aboutit aux conclusions suivantes. L'enfant *attardé* présente au premier âge une insuffisance globale des fonctions corticales et sous-corticales, mais toutes deux, avec un retard plus ou moins grand, vont se développer simultanément. L'enfant *arriéré* présente toujours un retard des fonctions corticales sur les fonctions sous-corticales.

M. André Collin passe successivement en revue le retard intellectuel avec malformations physiques, le retard intellectuel et moteur avec signes indéniables de myxœdème, et le retard intellectuel et moteur sans stigmates physiques (nerveux, glandulaires, osseux) chez l'enfant d'un an, de trois ans, de quatre ans (suivant que le retard est global, électif moteur, électif psychique), de six ans. Il s'attache à mettre en valeur les signes distinctifs du *retard simple* et de l'*arriération mentale* et à en tirer les conclusions si différentes de pronostic et de traitement.

L'*orientation professionnelle est le corollaire logique,* au point de vue social, de l'éducation des sujets attardés. Les fiches doivent être simples et faciles à rédiger. C'est à cela que s'est attaché M. André Collin pour l'établissement de la fiche d'évolution mentale et neurologique, de la fiche somatique, de la fiche psychologique. Il insiste sur l'importance de la recherche des goûts et des tendances, des aptitudes sociales, de la fatigabilité. Pour contribuer à orienter le plus utilement les enfants sortant de l'école vers la profession qui saura le mieux leur convenir, il faut établir dès la naissance leur carnet de santé, faire un premier triage à l'âge de treize ans, et après deux à trois ans d'atelier seulement se prononcer sur les capacités, les goûts certains et les aptitudes réelles des enfants. Ce n'est pas trop demander que d'attendre la seizième année pour lancer dans la vie des enfants que l'on aura instruits, guidés et protégés.

Tous ceux qui s'intéressent à l'enfant voudront lire en entier ce livre dont un résumé laisse obligatoirement dans l'ombre bien des parties intéressantes et dont l'intérêt théorique se double de considérations pratiques et sociales d'une grande actualité.

René CHARPENTIER.

©BIUM

L'art et la folie, par M. Jean VINCHON (1 vol. in-16, 128 pages, 29 fig., Librairie Stock, Paris 1924).

Dans ce petit livre, après avoir rappelé l'opinion des auteurs sur les rapports du génie et de la folie, M. Jean Vinchon passe en revue les manifestations pathologiques de l'art dans diverses formes de folie, chez les paranoïaques et hallucinés, les excités maniaques et les déprimés mélancoliques, les toxicomanes, les déments et les simples d'esprit. Un chapitre est spécialement consacré à l'art pathologique dans la « Folie discordante », dans laquelle se recrutent plus des deux tiers des aliénés écrivains ou dessinateurs. Cet « Art discordant » se caractérise par le sens de la décoration et le sens de la représentation symbolique, en même temps que par la répétition monotone, ennuyeuse, à de multiples exemplaires, de la même composition. L'art décoratif pathologique est d'une insuffisance manifeste chaque fois qu'il ne se présente pas comme un automatisme, vestige d'acquisitions antérieures à la maladie et qui subsistent plus ou moins longtemps.

La production littéraire des aliénés, plus fréquente que la production plastique, consiste surtout en confessions, mémoires justificatifs, poésies diverses.

M. Vinchon conclut que l'art et la folie se rencontrent sur le terrain commun de l'automatisme psychique, automatisme qui explique l'inconscience étonnante, la création instantanée et les intermittences de la formule de Lombroso. Mais tandis que l'automatisme est préparé volontairement par l'artiste, l'aliéné subit l'automatisme imposé par la folie : son activité revêt ainsi une allure déconcertante qui est la marque des maladies mentales.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Quarante-trois greffes du singe à l'homme, par Serge VORONOFF (1 vol. in-8°, 258 pages, 38 fig., Gaston Doin édit., Paris 1924).

Dans ce volume, M. Serge Voronoff donne les observations des 43 premières greffes testiculaires faites par lui du singe à l'homme. Au 15 octobre 1923, le nombre en était de 52. Il expose comment en 1898, au Caire, en examinant des eunuques, il fut frappé de leur aspect, de leur état intellectuel et moral, de leur sénilité précoce. Il rappelle les difficultés de réalisation d'une greffe testiculaire,

©BIUM

le mécanisme d'action de la greffe, relate les résultats de ses expériences sur l'animal et montre la parenté biologique qui existe entre l'homme et les singes anthropoïdes.

La première greffe testiculaire tentée par M. Serge Voronoff du singe à l'homme remonte au 12 juin 1920 et, seule, l'extrême difficulté de se procurer des singes anthropoïdes, ou même des cynocéphales, a limité le nombre des opérations.

Le lieu d'élection pour la greffe testiculaire est la tunique vaginale où sont situés les testicules. Comme les béliers ou les boucs sur lesquels M. Voronoff tenta ses premières expériences, l'homme greffé a généralement bénéficié d'une augmentation de sa vigueur, de son énergie et souvent récupéré sa virilité de longue date abolie. Il faut noter encore l'abaissement constant de la pression artérielle (de 23/21 à 16/14 au Pachon), la diminution de l'adiposité, l'amélioration de la vue des presbytes par augmentation de la tonicité des muscles accomodateurs, etc. La mémoire s'améliore, l'aptitude au travail intellectuel augmente.

La greffe, d'ailleurs, n'agit point comme aphrodisiaque : tandis que le relèvement des forces physiques et l'amélioration des facultés intellectuelles sont constantes, l'impuissance est loin d'être toujours vaincue.

Les *indications opératoires* sont l'*anorchidie* congénitale ou acquise, *l'infantilisme des organes génitaux, l'insuffisance testiculaire* congénitale avec puberté tardive, asthénie, etc., l'état de *vieillesse, l'artério-sclérose* et, d'après les travaux de Sir Frederick Mott (de Londres), la *démence précoce*. De nombreuses photographies accompagnent la description du procédé opératoire et la relation des observations.

Il faut ajouter que la vie des greffons semble limitée à quelques années au bout desquelles la greffe doit être renouvelée.

Il n'est pas besoin de souligner l'intérêt d'un tel livre. Aux conséquences physiologiques, chirurgicales et thérapeutiques des travaux si originaux et qui promettent d'être si féconds de M. Serge Voronoff viennent s'ajouter pour les psychiatres l'intérêt des hypothèses de M. Mott pour le traitement de la démence précoce. Il faut déplorer que la difficulté de se procurer des « donneurs » soit actuellement un obstacle presque insurmontable à l'extension du nombre des opérations et à la réalisation d'expériences thérapeutiques psychiatriques.

René CHARPENTIER.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du Lundi 23 Novembre 1924

Présidence : M. le Dr Toulouse

Délires de date ancienne ayant nécessité l'internement après plusieurs années. — MM. Colin et Cénac présentent : 1° une maniaque chronique vivant en liberté depuis plus de dix ans ; 2° un délire à deux datant de quinze ans (mère et fille) ; 3° un délire à trois remontant à trois ans. Ils insistent sur le fait que ces six malades, délirant depuis plusieurs années, ont pu vivre en liberté à Paris, malgré les réactions antisociales de la première, la vie étrange et connue de tous des trois malades atteintes de délire collectif, malgré les migrations et la quérulence continue de la mère et de la fille. Ces dernières avaient réussi à convaincre de la réalité de leurs affirmations, pourtant nettement délirantes, des personnes au jugement sain (chimistes, avocats).

Syndrome paralytique avec réaction de Bordet-Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien, par MM. Trénel et Vuillaume. — Observation caractérisée par: vertiges depuis quelques mois, dysarthrie récente, délire hallucinatoire aigu et transitoire dont la malade (âgée de 47 ans) a gardé le souvenir et qu'elle corrige, humeur labile, affaiblissement intellectuel très léger. Symptômes oculaires positifs. Réactions humorales toutes positives, sauf Bordet-Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien (fait confirmé par M. Haguenau, qui a contrôlé ce résultat), réaction de Guillain incomplètement positive. A noter qu'ici, comme dans d'autres cas connus, les symptômes somatiques, par leur intensité, sont en discordance avec les symptômes mentaux. Le diagnostic de paralysie générale qui s'imposait à l'entrée est rendu douteux par le résultat des examens humoraux.

Délire à deux. — MM. de Clérambault et Lamache présentent leurs deux malades, un frère et une sœur. Psychose hallucinatoire chronique chez le frère, conviction délirante sans psychose chez la sœur. Considérations cliniques et doctrinales.

©BIUM

Délire systématisé chronique ayant débuté à l'âge de vingt ans. — M. Abély présente un malade délirant depuis huit ans. Son délire à base d'idées d'influence et d'interprétation est rigoureusement systématisé et ne s'accompagne d'aucun affaiblissement intellectuel. Le début précoce (à la vingtième année) est exceptionnel dans ce genre de psychose.

Brûlure. Accident du travail. Asthénie périodique, par M. Benon. — L'auteur croit pouvoir admettre une relation de cause à effet entre une brûlure à la main gauche par un fer rouge, à l'âge de dix-sept ans et l'apparition consécutive d'une psychose périodique.

H. Colin.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Charles Vallon

Le Dr Charles Vallon est décédé le 14 décembre à la suite d'une courte maladie. Nous reviendrons dans les *Annales* sur la vie et l'œuvre de notre éminent collègue. Nous nous bornerons ici à exprimer à sa veuve et à sa famille nos sentiments de très profonde sympathie.

H. C.

Dr Jules Dumaz

Nous apprenons le décès, à l'âge de 82 ans, d'un de nos collègues à la retraite depuis de longues années le Docteur Jules Dumaz, ancien Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Bassens (Savoie).

Jules Dumaz, Interne des Hôpitaux de Paris, n'était entré que tard dans le cadre des Médecins d'Asile.

Après avoir fait la campagne de 1870, notamment comme Médecin de régiment à Villersexel où il avait failli être fait prisonnier aux côtés de son colonel grièvement blessé, il s'était d'abord installé à Chambéry, sa ville natale. Puis se souvenant de son internat de Bicêtre, il s'était fait nommer Médecin de l'Asile de Clermont (Oise) à l'époque où cet Etablissement était encore asile privé.

Entré dans le cadre lors de la transformation de Clermont en asile public, il fut nommé quelque temps après Médecin-Directeur de l'Asile de Dijon et enfin vint exercer ces fonc-

©BIUM

tions à l'Asile de Bassens (Savoie) où il passa la plus longue partie de sa carrière administrative et où il prit sa retraite.

En 1914, il s'était offert pour reprendre du service dans les Asiles et il avait même accepté les fonctions de Médecin-adjoint à Châlons-sur-Marne. C'est là qu'il apprit la mort de son fils, le Capitaine Edward Dumaz, tué non loin de lui à Blesmes-Haussignémont lors de la bataille de la Marne.

Ce deuil atteignit cruellement Dumaz ; depuis il s'isola à peu près complètement, dans une retraite aussi obscure que studieuse : il avait gardé jusqu'à sa fin une intégrité et une activité intellectuelles remarquables. Un an avant sa mort, il avait encore écrit un roman plein d'idyllique fraîcheur dédié à sa petite-fille, la fille de notre confrère, le Docteur Gaullieur-L'Hardy.

Esprit très cultivé, bibliophile et même bibliomane, Dumaz a en effet beaucoup écrit..... et il a très peu publié : questions d'anthropologie, d'histoire, de philosophie, romans. De temps à autre il calligraphiait en quelques exemplaires ceux de ses travaux qui lui paraissaient les mieux venus, et en faisait don à quelques intimes... et c'était tout.

Dumaz avait horreur de tout ce qui pouvait attirer l'attention sur lui, et cet homme de haute culture, qui avait eu des amis influents et dévoués, est mort sans avoir jamais rien brigué, même pas les palmes académiques.

Il est mort discrètement, comme il avait vécu.

Ce n'est qu'après ses obsèques, à Chambéry, le 4 décembre dernier, que ceux de ses amis restés en relations de correspondance avec lui ont appris par les siens la maladie à laquelle il avait succombé.

Docteur Levet.

Dr Saquet

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de M. le Docteur René Saquet, médecin chef de la Colonie de Blanche-Couronne, à Savenay.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Concours de Directeur-Médecin ou de Médecin en chef des Asiles d'aliénés de la Seine

Avis

Un concours pour la nomination à deux emplois de Médecin chef de service des Asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 16 mars 1925.

©BIUM

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de 5 ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, Annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du *9 au 21 février 1925*.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre suivant.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 13 mars 1920, portant réglementation du concours pour les fonctions de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine ;

Vu le décret du 29 novembre 1921, portant modification du décret du 13 mars 1920 précité ;

Vu les décrets des 3 janvier 1922 et 26 décembre 1922 ;

Vu l'arrêté du 3 décembre 1921, portant fixation des épreuves du concours des médecins des asiles de la Seine en 1922 ;

Vu le procès-verbal de la réunion de la commission des médecins des asiles en date du 27 juin 1924 ;

Vu l'avis du préfet de la Seine en date du 23 octobre 1924 ;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 12 novembre 1924,

Décrète :

ARTICLE PREMIER (art. 1er du décret du 13 mars 1920, modifié). — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, c'est-à-dire des asiles Clinique (Sainte-Anne), de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche et de Moisselles.

Par mesure transitoire et par analogie avec l'article 2 du décret du 13 mars 1920, un poste sur trois sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs médecins des colonies familiales et asiles

©BIUM

agricoles de la Seine, actuellement en fonctions et comptant à ce titre dix années de services non interrompus à la date du présent décret.

ART. 2 (art. 2 du décret du 13 mars 1920). — Les concours dont les opérations s'effectueront à Paris par les soins du préfet de la Seine, seront annoncés au moins deux mois à l'avance par une insertion au *Journal officiel*.

ART. 3 (nouveau). — Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

ART. 4 (art. 4 du décret du 13 mars 1920). — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine [direction des affaires départementales, service de l'assistance départementale, 2e bureau, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, Paris (4e)], pour obtenir leur inscription en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites à l'article 3.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

ART. 5 (art. 5 du décret du 13 mars 1920). — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet de la Seine.

ART. 6 (art. 6 du décret du 13 mars 1920, modifié par l'article 2 du décret du 29 novembre 1921). — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury, qui doivent être désignés conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

ART. 7 (art. 7 du décret du 13 mars 1920, modifié par l'article 2 du décret du 29 novembre 1921). — Le jury est composé comme suit :

Un inspecteur général des services administratifs, nommé par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, président.

©BIUM

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine parmi lesquels pourra figurer le professeur de la clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin chef à l'asile clinique Sainte-Anne.

Un médecin en chef appartenant soit à la Maison nationale de santé, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière.

Deux directeurs médecins ou médecins en chef du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un sera pris parmi les directeurs médecins et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les directeurs médecins ou médecins en chef du cadre, en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet, et doivent comprendre tous les médecins des asiles de la Seine et tous les médecins des asiles de province n'ayant pas fait acte de candidat, comptant au moins cinq ans de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury avec voix consultative :

Le chef du service de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ou son délégué ; le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ou son délégué.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté préfectoral pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

ART. 8 (art. 8 du décret du 13 mars 1920). — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours, mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

ART. 9 (art. 9, et 17 modifié, du décret du 13 mars 1920). — Les épreuves du concours sont ainsi réglées :

1° Une épreuve orale (clinique, traitement, assistance) sur deux malades de sexe différent d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, une heure de réflexion et une heure pour l'exposé ;

2° Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal

©BIUM

sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres dont la liste sera arrêtée par le jury pourront être mis à la disposition des candidats;

3° Une épreuve de titres et travaux scientifiques dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours. Les titres et travaux seront l'objet, de la part de chacun des candidats, d'un exposé oral d'une durée maximum de trente minutes.

Une note spéciale sera réservée aux états de services.

Les points de l'épreuve de titres et travaux scientifiques, ainsi que la note d'états de services, seront donnés au début du concours.

ART. 10 (art. 10 du décret du 13 mars 1920). — Le maximum des points à attribuer à chacune des épreuves est ainsi fixé :

Etats de services, 10 points.

Titres, travaux scientifiques, 40 points.

Epreuve orale, 20 points.

Epreuve écrite, 30 points.

ART. 11. — La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine, notamment, les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 12. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

ART. 13. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

ART. 14. — Les candidats qui ont subi avec succès les épreuves du concours sont, en cas où plusieurs places seraient mises au concours, classés par le jury dans l'ordre de mérite. De toute façon, ils prennent rang dans les asiles de la Seine à la suite des directeurs médecins et médecins en chef déjà en fonctions dans ces établissements et font choix des places à pourvoir suivant leur ordre de classement.

ART. 15. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer et la date de leur entrée en

©BIUM

fonctions sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

ART. 16. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

ART. 17. — Sont abrogés les décrets des 13 mars 1920 et 29 novembre 1921 et toutes dispositions contraires au présent décret.

ART. 18. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 novembre 1924.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Justin GODART.

Journal officiel, 3 décembre 1924.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS EN 1925

Par arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 29 décembre 1924, et dont avis a été publié au *Journal Officiel* le 30 décembre 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 2 mars 1925.

Le nombre des postes mis au concours est de 6.

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 1er janvier 1924. Cette limite d'âge est prolongée de la durée des services militaires pendant la guerre de 1914-1918.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au Ministère du Travail, 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.

©BIUM

Les candidatures seront reçues au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (7, rue Cambacérès) jusqu'au mardi 10 février 1925 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° Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, maximum 30.

2° Question écrite sur la pathologie mentale, maximum 30.

3° 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.

POSTES VACANTS

Un poste de Médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne).

D'autre part, le poste de Médecin chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'Hospice de Pontorson (Manche) sera vacant à dater du 1er janvier 1925.

LE MOUVEMENT SANITAIRE

Sous ce titre paraît une nouvelle revue qui sera l'organe officiel de l'Association des Médecins Hygiénistes Français.

Placée sous le patronage des plus imposantes sommités scientifiques, cette revue est dirigée par un Comité de rédaction comprenant toutes les personnalités qui se sont spécialisées dans l'étude de l'Hygiène sociale et à la tête

©BIUM

desquelles nous voyons avec plaisir figurer les noms bien connus de nous de MM. les Inspecteurs généraux docteurs P. Faivre, G. Dequidt et J. Raynier.

Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

H. C.

CENTENAIRE DE CHARCOT

L'année 1925 rappellera une date mémorable dans l'histoire de la Neurologie : c'est le *Centième Anniversaire de la Naissance de Charcot.*

Tous ceux qui s'intéressent aux maladies du système nerveux voudront honorer la mémoire de celui qui fut le fondateur de la science neurologique.

La Société de Neurologie de Paris a pris l'initiative de célébrer le *Centenaire de Charcot.* Un Comité d'organisation a été constitué dans ce but. Il a obtenu le haut patronage de :

M. le Président de la République Française,

M. le Ministre des Affaires Etrangères, Président du Conseil,

M. le Ministre de l'Instruction Publique,

M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène,

M. le Président de l'Académie des Sciences,

M. le Président de l'Académie de Médecine,

M. le Recteur de l'Université de Paris,

M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,

M. le Préfet de la Seine,

M. le Président du Conseil municipal de Paris,

M. le Président du Conseil général de la Seine,

M. le Directeur de l'Assistance Publique.

Le *Comité d'organisation* est ainsi composé :

Présidents d'honneur : MM. Pierre MARIE, PITRES, Paul RICHER.

Président : M. BABINSKI.

Secrétaire général : M. SOUQUES.

Membres du Comité : MM. BLIN, Jean CHARCOT, H. COLIN, DUTIL, Georges GUINON, HALLION, Paul LONDE, PARMENTIER, anciens élèves de Charcot.

Le Bureau de la Société de Neurologie de Paris : MM. O. CROUZON, Georges GUILLAIN, Henry MEIGE, BARBÉ, P. BÉHAGUE.

Editeur : M. Pierre MASSON.

Dans les premiers jours de juin 1925, des cérémonies commémoratives auront lieu à Paris, organisées par l'Aca-

©BIUM

démie de Médecine, la Faculté de Médecine, la Société de Neurologie de Paris.

Les gouvernements étrangers seront représentés par des délégués, ainsi que les académies, les facultés et les sociétés savantes.

A la même époque, la Société de Neurologie de Paris tiendra sa *IVe réunion Neurologique internationale* et fêtera le *25e anniversaire de sa fondation*. Ses travaux seront consacrés à la mémoire de Charcot.

D'ores et déjà, un grand nombre de Neurologistes de tous les pays ont manifesté le désir d'apporter leur concours à la célébration du Centenaire de Charcot.

Le programme des cérémonies et des travaux sera adressé ultérieurement à ceux qui voudront bien annoncer leur participation, à M. le Dr A. Souques, secrétaire général du Comité d'organisation du Centenaire de Charcot, *17, rue de l'Université, Paris VIIe*.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Institut de psychologie

Conseil directeur : M. F. Brunot, H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet, G. Lanson, M. Hollard, H. Piéron et Et. Rabaud. *Secrétaire :* N.-I. Meyerson.

Année scolaire 1924-1925

Psychologie générale. — M. Delacroix : *Les sentiments supérieurs.* Les mardis à 17 h., *Sorbonne.* Amphithéâtre Descartes (1er semestre). *Direction de travaux et de recherches.* Les lundis à 17 h., *Sorbonne,* Cabinet attenant à la salle E. (1er et 2e semestres). *Exercices pratiques. Leçons d'étudiants.* Les lundis à 14 h., *Sorbonne,* salle G (1er semestre). Les lundis à 14 h. et 15 h., *Sorbonne,* salle G. (2e semestre).

Psychologie pathologique et expérimentale. — M. Dumas : *L'expression des émotions.* Les vendredis à 17 h., *Sorbonne.* Amphithéâtre Descartes (1er et 2e semestres). *Conférences et exercices pratiques.* Les dimanches à 8 h. 1/2, *Asile Clinique,* 1, rue Cabanis (1er et 2e semestres). M. Meyerson : *Exercices pratiques, Leçons d'étudiants.* Les samedis à 10 h., *Asile Clinique,* 1, rue Cabanis (1er et 2e semestres).

Psychologie expérimentale et comparée. — M. Janet : *Les sentiments affectifs : l'amour et la haine.* Les lundis et jeudis à 13 h. 3/4, *Collège de France,* salle 8 (1er et 2e semestres).

©BIUM

Psychologie physiologique. — M. PIÉRON : *Les théories de la vision.* Les mercredis à 15 h., *Collège de France,* salle 3 (1er et 2e semestres). *Travaux pratiques* (sensations, perceptions, motricité, émotions, efficience mentale). Les vendredis à 9 h. 1/2, *Sorbonne,* Laboratoire de psychologie physiologique (1er et 2e semestres).

Psychologie zoologique. — M. RABAUD : *Les tropismes.* Les mardis, à 9 h. 1/2, *Sorbonne.* Amphithéâtre de Géologie (2e semestre). *Les grandes lignes des manifestations vitales.* Les mercredis à 9 h. 1/2, *Sorbonne,* Amphithéâtre de Géologie (2e semestre). *Démonstrations et Exercices pratiques* (avec le concours de Mlle Cousin). Les 1er et 3e samedis du mois à 14 heures, *Sorbonne,* Laboratoire de Biologie expérimentale (1er et 2e semestres).

Section de pédagogie. — M. FAUCONNET : *Science de l'éducation et sociologie.* Les jeudis, à 14 heures, *Sorbonne,* Amphithéâtre Quinet. — M. WALLON : *Psychologie appliquée à l'éducation.* Activité libre et activité orientée chez l'enfant. Les jeudis à 16 h. 1/2, *Sorbonne,* Amphithéâtre Michelet (1er semestre). *Travaux pratiques.* Les jeudis à 9 h. 1/2. *Laboratoire de psychologie pédologique,* Groupe Scolaire, 28, rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine. — M. SIMON : *Pédagogie expérimentale.* L'acquisition de la langue maternelle. Les jeudis à 16 h. 1/2, *Sorbonne,* Amphithéâtre Michelet (2e semestre). *Travaux pratiques.* Les mardis à 13 h. 1/4. Laboratoire A. Binet, 36, rue Grange-aux-Belles (1er et 2e semestres).

Section de psychologie appliquée. — (Applications au travail et à l'industrie. Sélection et orientation professionnelles). M. PIÉRON : *Conférences techniques et direction de travaux d'élèves.* La mesure en psychologie (psychométrie et psychographie). Les méthodes de tests. Le calcul des corrélations, etc. Les mercredis à 17 h., *Sorbonne,* Salle S (1er et 2e semestres). — M. LAHY : *Travaux pratiques.* Analyse du travail humain. Organisation scientifique du travail. Sélection des travailleurs. Orientation professionnelle. Les vendredis à 14 heures, *Asile Clinique,* 1, rue Cabanis, *Laboratoire de Psychologie Expérimentale* (1er et 2e semestres).

Les élèves pourvus du diplôme de Psychologie appliquée pourront être autorisés à suivre pendant une année des exercices pratiques de perfectionnement destinés à les préparer aux recherches et aux applications industrielles.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1924

Chroniques

Les idées mystiques de la dernière impératrice de Russie, par M. L. Cheinisse, tome I, p. 5
Nil novi sub sole, par M. Henri Colin 97
Les asiles de province et les aliénés judiciaires de la Seine, par M. Levet 193
Les Aliénés devant la Loi, par M. Henri Colin 289
Questions d'asile, par M. Frantz Adam 385
Les Aliénés devant la Loi, par MM. René Charpentier et Henri Colin, tome II, p. 5
Les aliénés étrangers dans les Asiles de la Seine, par M. A. Rodiet. 97
Le Congrès de Bruxelles (1er-7 août 1924), par M. Paul Courbon ... 193
L'encombrement des Asiles de la Seine, par M. Henri Colin 289
La censure, par M. Henri Colin 385

Articles originaux

M. Henri Colin. — De l'évolution des idées sur la folie, tome I, p. 11
MM. P. Courbon et E. Bauer. — Des signes physiques neurologiques dans les psychoses 33
M. Auguste Wimmer. — Contribution à la médecine légale de l'encéphalite épidémique chronique 105
MM. H. Beaudoin et J. Raynier. — De la réglementation des autopsie dans les asiles 113
M. Georges Vernet. — Victor Parant (1848-1924) 198
M. Viggo Christiansen. — L'organisation du service des gardes-malades dans les hôpitaux d'aliénés de l'Etat du Danemark 216
MM. A. Borel et G. Robin. — Les rêveries morbides 232
M. J. Lautier. — Le démembrement de la démence précoce 299
M. Molin de Teyssieu. — A propos du sentiment du déjà-vu chez les épileptiques 313
M. A. Rodiet. — De l'efficacité de l'ipéca dans le traitement de la confusion épileptique 316
M. Maurice Mignard. — La subduction mentale morbide 392
MM. Henri Claude et Gilbert Robin. — Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale 407
M. G.-J. Trochine. — La structure de la psychose, tome II, p. 13, 116

©BIUM

M. Cossa. — Réflexions sur la formation psychologique ou psychogenèse des délires..... 26, 393
MM. Paul Courbon et Ernest Bauer. — La lucidité et la validité mentale..... 101
M. G. Halberstadt. — La démence paranoïde (Etude nosologique)..... 297
M. André Ceillier. — Lettre à M. Mignard à propos de son récent article sur la « Subduction mentale morbide »..... 329

Documents Cliniques

MM. R. Leroy et P. Schutzenberger. — Contribution à l'étude de la folie gémellaire : psychose maniaque dépressive chez deux sœurs jumelles, tome I, p..... 42
MM. P. Guiraud et H. Daussy. — Syndrome catatonique et lésion des noyaux gris centraux..... 130
M. E. Gelma. — Les psychoses à éclosion subite de la prison préventive, au cours de l'information judiciaire..... 139
M. Levet. — Note sur l'injection endo-veineuse de somnifène en pratique psychiatrique, tome II, p..... 325

Société Médico-Psychologique

Séance du 29 décembre 1923. — Assemblée générale : Legs de M. Ritti. — Election du bureau. — Séance ordinaire : Décès de MM. Chaslin, Deny, Chatelin. — Reprise de la séance ordinaire : Correspondance : MM. Mallet, Ch. Reboul-Lachaux et Santenoise. — Election de deux membres titulaires : Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de MM. Marie et Rodiet (*élection*). — Election de membres correspondants : Rapport de M. Leroy sur la candidature de M. Potel (*élection*). — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de MM. Hesnard et Targowla (*élection*). — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Borel (*élection*). — Rapport de M. Vurpas sur la candidature de M. Codet (*élection*). — Sur quelques cas d'hypertrophie des glandes salivaires observés dans les affections mentales, par MM. G. Demay, H. Beaudouin et M. Graffe. — Psychose verbo-motrice à trois phases cyclothymiques, par M. Revault d'Allonnes. Discussion : M. G. de Clérambault, tome I, p..... 46
Séance du 28 janvier 1924. — Installation du bureau : allocution de MM. Antheaume et Truelle. — Correspondance : MM. Marie, Rodiet, Borel, Codet, Targowla, Prince. — Rapport de la Commission des finances. — Prix de la Société Médico-psychologique. — Etude sur les variétés du langage automatique, à propos d'un cas de psychose d'influence : Hallucinations psychomotrices verbales. Automatisme verbal auditivo-moteur. Langage mécanique, par M. A. Ceillier. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, de Clérambault, Marie, Ceillier. — Syndrome non démentiel de catatonie, par MM. P. Courbon et E. Bauer..... 153

©BIUM

Séance du 25 février 1924. — Correspondance : déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Prince (*élection*). — De l'utilité d'un carnet médical individuel pour les aliénés, par M. E. Dabout. Discussion : MM. Colin, Marie, Claude, Semelaigne, Toulouse, Dabout, Vallon, Truelle..... 251

Séance du 31 mars 1924. — Légion d'honneur : M. Raymond Mallet. — Correspondance : MM. Prince, Lhermitte, Dabout, Société de chimie industrielle, René Charpentier. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles, par M. Reboul-Lachaux et Mlle Serin. — Perversions sexuelles et encéphalite épidémique, par M. Cénac. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, A. Collin, Truelle. — Une auto-mutilation révélatrice d'un état schizomaniaque, par MM. H. Claude, A. Borel et G. Robin. Discussion : MM. Dumas, Borel. — De l'établissement d'un fichier central et d'un carnet médical individuel pour les aliénés, par M. Dabout. Discussion : MM. Vallon, de Clérambault, Colin..... 318

Séance du 28 avril 1924. — Correspondance : MM. Charpentier, Meige, Vallon, J. Reboul-Lachaux, H. Roxo, Marie. — Rapport de M. A. Collin sur la candidature de M. J. Lhermitte (*élection*). — Rapport de M. Fillassier sur la candidature de M. Dabout (*élection*). — Sur un cas de Paralysie générale incipiens ; la phase pré-symptomatique, par MM. H. Claude, R. Targowla et D. Santenoise. Discussion : MM. Truelle, H. Colin, Targowla. — Etat de mal mortel par interruption brusque du traitement par le gardénal et état de mal au cours de ce traitement, par MM. Trénel et Cuel. Discussion : MM. Marchand, Truelle, Trénel. — Actes délictueux et pervers à l'occasion d'états intermittents frustes, par MM. V. Truelle et J. Reboul-Lachaux. Discussion : MM. Targowla, Pactet, Claude, Truelle. — Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants, par Mme et M. Minkowski..... 423

Séance du 26 mai 1924. — Correspondance : MM. Dabout, Lautier, Paul Abély, Répond. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Jean Reboul-Lachaux (*élection*). — Rapport de M. Piéron sur la candidature de M. Henrique de Brito Belford Roxo (*élection*). — Prix Aubanel : Rapport de M. Mignard sur les mémoires présentés par MM. D. Deron et D. Santenoise (*attribution*). — Prix Belhomme : Rapport de M. Simon sur le mémoire présenté par M. Robin (*attribution*). — Prix Esquirol : Rapport de M. Trénel sur le mémoire présenté par M. Targowla (*attribution*). — Illusion des sosies et complexe d'Œdipe, par MM. J. Capgras et P. Carrette. Discussion : MM. A. Delmas, Piéron, de Clérambault, Hesnard. — Catatonie et Psychose périodique, par M. J. Lautier. — Deux nouveaux cas d'Encéphalite épidémique avec perversions instinctives, par M. P. Carrette, tome II, p..... 35

Séance du 30 juin 1924. — Correspondance : MM. Antheaume, R. Charpentier, J. Lhermitte, J. Reboul-Lachaux, R. Charpentier, R. Deron. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Paul Abély (*élection*). — Rapport de M. H. Colin sur la candidature de M. Lautier (*élection*). — Deux paralytiques

©BIUM

généraux : l'un aiguilleur, l'autre conducteur de train dans les grandes Compagnies de chemin de fer, par M. Pactet. Discussion : MM. Briand, H. Colin, R. Dupouy, de Clérambault, Trénel, Marchand, Legrain, Truelle. — Alimentation artificielle par voie nasale sans sonde, par MM. Trénel et Cuel. Discussion : MM. Arnaud, Trénel, Mignard. — Un inventeur délirant, par MM. Henri Claude, Dupouy, Santenoise et Robin. — Un cas de délire d'interprétation, par M. Cénac. — Psychose tabétique par interprétation de symptômes somatiques dus aux tabès, par MM. Roubinowitch, E. Minkowski et M. Monestier, Discussion : MM. R. Dupouy, de Clérambault, Truelle..... 135

Séance du 28 juillet 1924. — Correspondance : MM. Raymond Moussu, L. Marchand, Mme Berryer, MM. René Charpentier, Mallet, Paul Abély, J. Lautier, Guiraud, Logre. — Rapport de M. Barbé sur la candidature de M. Deron (*élection*). — Sur un nouveau cas d'état de mal mortel au cours du traitement par le gardénal, par M. Trénel. Discussion : MM. Toulouse, H. Colin, Marie, Raffegeau, Marchand, Pactet, Laignel-Lavastine, Truelle. — Une garde-barrière atteinte de psychose périodique. Prophylaxie mentale et secret professionnel, par MM. Roger Dupouy et Schiff. Discussion : MM. Pactet, H. Colin, Barbé, Schiff, Toulouse, Séglas. — Un inventeur mélancolique, par M. Durand-Saladin. Discussion : M. Mignard 206

Séance du 27 octobre 1924. — A propos de l'éloge de Legrand du Saulle, proposition de M. Semelaigne. — Correspondance : MM. Deron, Beaudouin, Revault d'Allonnes, Roubinowitch, R. Charpentier, Société suisse de Psychiatrie. — Rapport de M. Mignard sur les candidatures de MM. Guiraud (*élection*) et Logre. — Un cas de « syndrome des sosies » chez une délirante hallucinée par l'interprétation des troubles psycho-sensoriels, par MM. R. Dupouy et M. Montassut. Discussion : M. Capgras. — Le traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées, par MM. R. Dupouy et M. Montassut. Discussion : MM Séglas, Dupouy, Laignel-Lavastine. — Paranoïa originaire ; délire imaginatif de supposition et d'interprétation ; coexistence d'un délire de revendication, par MM. Trénel et Vuillame. Discussion : MM. Capgras, Vallon, Trénel, Arnaud, Mignard et Piéron..... 335

Séance du 24 novembre 1924. — Correspondance : M. Guiraud ; Invitation au 58e Congrès des Sociétés savantes ; Augmentation du loyer du local des séances. — Candidature de M. le Dr Beaudouin. — Psychasténie, obsessions interrogatives, délire de scrupule, par MM. Rayneau et Godard. Discussion : MM. Arnaud, Rayneau, Revault d'Allonnes, Mallet, Mignard, Delmas, Charpentier. — A propos des interprétations délirantes de symptômes pathologiques. Le syndrome de Pierret-Rougier du tabes et le délire d'interprétation de symptomes pathologiques, par M. Targowla. Discussion : MM. Trénel, Mignard, Targowla. — Rapport sur la 67e séance de la Société Suisse de Psychiatrie, par M. A. Marie 425

©BIUM

Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p..... 88, 278, 347
— — tome II, p..... 180, 281, 361, 451

Réunions et Congrès

Association mutuelle des Médecins Aliénistes de France, tome I, p. 268
Soixante-cinquième réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, tome I, p. 274
Congrès de médecine légale de langue française (Paris, 26, 27, 28 mai 1924), tome II, p. 80
La cinquième réunion Neurologique internationale annuelle..... 183
Vingt-huitième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue française (Bruxelles, 1er-7 août 1924), tome I, p. 475. — Compte rendu, tome II, p..... 475
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Paris, 1925), t. II, p..... 287

Sociétés Savantes

Société Clinique de Médecine mentale, tome I, p. 91, 183, 282, 366, 473
— — tome II, p... 94, 186, 284, 457

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours, tome I, p 94, 187, 285, 370, 475
tome II, p..... 96, 188, 287, 377, 458
Prix de la Société Médico-Psychologique, tome I, p..... 187

©BIUM

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

Abcès de l'encéphale, II, 281.
Académie de médecine ; prix 1925, I, 188.
Académie française ; prix Monthyon, II, 191.
Administration des biens des aliénés ; poursuites engagées contre un aliéné, I, 286.
Algies d'origine vertébrale, II, 275.
Alcoolisme : L'alcoolisme cérébral, I, 353.
— influences de la loi de demi-prohibition en Belgique, II, 264.
Alimentation artificielle par voie nasale sans sonde, II, **152.**
Anxiété ; traitement par le gardénal, II, **345.**
Aphasies, II, 375.
— l'épreuve de Lichtein-Déjerine, II, 266.
— aphasie de Wernicke et aphasie motrice, II, 266.
— aphasies motrices, dysarthries et dysphasies ; leurs caractères distinctifs et formules phonétiques, II, 267.
— aphasie et diabète post-traumatiques, II, 270.
Archives suisses de neurologie et psychiatrie, 1923, II, 371.
Art et folie, II, 455.
Assonances verbales (raisonnement par), I, 186.
Assistance :
— Rapport de l'inspection générale, 1923, I, 354.
— Jugement concernant le traitement de malades dans les maisons ouvertes, II, 188.
— L'aliéné, les asiles ; assistance, législation, médecine légale. Traité, II, 364.
— histoire de l'assistance psychiatrique, II, 255.
— hôpital pour psychopathes, de Boston, I, 348.
— *Asiles de la Seine :* Leur encombrement, II, **289.**
— les aliénés étrangers et provinciaux dans les asiles de la Seine, II, **97.**
— le transfert des aliénés difficiles de la Seine en province, I, **193.**
— le transfert des aliénés au compte de l'Etat, sur la province (circulaire), II, 379.
— Maison de santé de Ville-Evrard, II, 96.
— *Services ouverts :* Organisation des services ouverts, des services d'aigus et de chroniques dans la Seine, I, 190.
— Discussions sur les services ouverts ou fermés, I, **289** ; II, **5** ; I, 370.
— propositions du Conseil supérieur de l'Assistance publique concernant les services ouverts, I, 96.
— Censure administrative concernant les rapports sur les aliénés, II, **385.**
— Assistance des aliénés criminels, II, 377. Voir : délinquance.
— Assistance familiale, II, 248.
— Le service médical des asiles : directeurs administratifs ou directeurs médecins ? I, **385.**
— Organisation du service des garde-malades dans les hôpitaux d'aliénés au Danemarck, I, **216.**
— Réglementation des retraites des infirmiers à l'asile de Bron, II, 381.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les autres à des matières connexes contenues dans les articles originaux, dans les communications ou dans les analyses.

©BIUM

Autopsies : Leur réglementation dans les asiles, I, 113.

Biologie médicale ; questions actuelles, II, 451.
Bulbaire (syndrome) régressif chez l'enfant, II, 271.

Catatonie :
— catatonie et ménopause, I, 365.
— et psychose périodique, II, 68.
— et noyaux gris centraux, I, 130.
— syndrome catatonique non démentiel, I, 174.
Centenaire de Charcot ; comité d'organisation, II, 466.
Centres perceptifs et imaginatifs. A propos de « Matière et Mémoire » de Bergson, II, 276.
Cervelet : anomalies congénitales, II, 280.
— recherches physiologiques et physio-pathologiques du tonus musculaire, II, 270.
Chronaxie chez l'homme, I, 349.
Concours : internes en médecine, Charenton, I, 480.
— internes en médecine des asiles de la Seine, I, 191, 380.
— médecins des asiles, 1924, I, 94, 286, 379.
— médecins des asiles, 1925, II, 464.
— médecins des asiles de la Seine ; réglementation, II, 460.
— médecins des asiles de la Seine, 1925, II, 459.
Congrès : médecine légale de France, 1924, discours du Dr Vallon, II, 80.
— russe de neurologie et psychiatrie, 1924, I, 192.
— des médecins aliénistes et neurologistes français, Bruxelles, 1924 :
— programme, I, 475.
— chronique, II, 193.
— rapports et communications, II, 232.
— programme, 1925, II, 287.
Conscience de soi ; sa relativité, II, 282.
Constitutions en psychiatrie ; leurs associations, I, 352.
Couches optiques ; anatomie, II, 265.
Cyclothymie et hallucinations psycho-motrices, I, 73.

Débilité mentale :
— chez l'enfant ; limites, évolution, formes, complications, II, 232.
— et orientation professionnelle, II, 263.
Déjà vu (sentiment du) et épilepsie, I, 313.
Délinquance :
— considérations psychiatriques au sujet d'un projet de loi touchant la délinquance, au Danemarck, II, 264.
— son traitement dans le cadre pénitentiaire, II, 83.
Démence précoce :
— syndrome hébéphréno-catatonique dans l'encéphalite épidémique, I, 280.
— son démembrement, I, 299.
— démence paranoïde, I, 352 ; II, 297.
Démence (pseudo) ; guérison tardive après plus de 15 ans, II, 257.
Dépression ; états dépressifs de la neurasthénie, II, 361.
Désintégration nerveuse, I, 347.
Dictionnaire de médecine, I, 348.
Dysarthrie : dans les blessures frontales, II, 280.
— le test des mots d'épreuve en autorise-t-il le diagnostic ? II, 268.

Encéphale (abcès), II, 281.
Encéphalite épidémique :
— et perversions instinctives, II, 76.
— et perversions sexuelles, I, 319, 326.
— et troubles du caractère chez les enfants, I, 364.
— et notion de dégénérescence chez les enfants, I, 407.
— et médecine légale, I, 405.
— et syndrome hébéphréno-catatonique, I, 280.
— et contagion à la phase parkinsonienne, II, 273.

©BIUM

Enfance :
— et hygiène sociale, I, 347.
— diagnostic, pronostic, aptitudes des enfants nerveux, II, 453.
— organisation de la section des enfants anormaux de Gheel, II, 264. Voir : encéphalite épidémique.
Eloge de Legrand du Saulle, II, 335.
Epilepsie :
— et sentiment du déjà vu, I, **313.**
— urée sanguine et régime hypoazoté, II, 274.
— traitement de l'état confusionnel par l'ipéca, I, **316.**
— état de mal mortel par interruption brusque du gardénal, I, **442.**
— état de mal, au cours du traitement par gardénal, I, **442.**
— état de mal mortel au cours du traitement par gardénal, II, **209.**
Evolution des idées sur la folie, I, **11.**

Fétichisme et réflexes conditionnels, II, 257.
Fichier central des aliénés et carnet médical, I, **254, 329.**
Frontaux (lobes) ; leur blessure et dysarthrie, II, 280.

Gardénal ; voir anxiété, épilepsie.
Gémellaire (folie). Psychose maniaque dépressive chez deux sœurs jumelles, I, **42, 123.**
Goitre exophtalmique ; traitement par rayons à basse fréquence, II, 279.
Graphique (représentation) de l'état mental des psychopathes, II, 255.
Greffes du singe à l'homme, II, 455.
Guérison tardive des maladies mentales, I, 279.
Guérison ou régression de troubles mentaux sous l'influence de maladies somatiques intercurrentes, II, 368.

Hallucinations psychomotrices chez une cyclothymique, I, **73.**
Histoire. Idées mystiques de la dernière impératrice russe, I, **5.**
Hypertension artérielle ; manuel, II, 181.
Hypophyse ; tumeur et syndrome parkinsonien, II, 271, 274.

Inconscient, I, 361.
Influence (psychose d'). Variétés du langage automatique. Hallucinations psycho-motrices verbales. Automatisme verbal auditivo-moteur. Langage mécanique, I, **161.**
Intermittente (psychose) :
— et catatonie, II, **68.**
— actes délictueux et pervers à l'occasion d'états intermittents frustres, I, **449.**
Interprétation (délire d'), II, **164.**
— et délire de supposition (interprétation filiale) et délire surajouté de revendication, II, **348.**
Inventeur délirant, II, **155.**

Kretschmérisme, II, 302.

Lacunaire (système), physiologie et pathologie, II, 451.
Langage : Langage automatique, I, **161.**
— comment étudier ses troubles, II, 239.
Ligue d'hygiène mentale belge, II, 263.
Lucidité et valadité mentales, II, **101.**
Médecine légale.
Voir : délinquance, encéphalite, intermittente (psychose), lucidité, mutilation, paralysie générale, pénitentiaire (psychose), prisons, secret professionnel.
Médecins d'asiles :
— additif au statut : médecins intérimaires, II, 378.
— nominations, II, 96, 190.
— distinctions honorifiques, I, 95, 285.

©BIUM

— association mutuelle, I, 269.
— association amicale, I, 475.
Voir : concours.
Mélancolie : inventeur mélancolique, II, **225.**
Ménopause et catatonie, I, 365.
Mesures biophysiques en neuropathologie, II, 277.
Migraine ; traitement par adrénaline, caféine, I, 279.
Musée social ; section d'hygiène et prévoyance sociale, II, 96.
Mutilation (auto) révélatrice d'un état schizomaniaque, I, **331.**

Narcothérapie, II, 262.
Nécrologie : Deny, I, 47 ; Chatelain, I, 49 ; Parant V., I, 95, **198** ; Lacassagne, II, 288 ; Vallon, Dumaz, Saquet, II, 458.
Neurasthénie ; ses états dépressifs, II, 361.
Neurologiques (signes physiques) dans les psychoses, I, **33.**
Neurologique (réunion) internationale, 1924, I, 380.
Névralgies : action des médicaments d'ordre végétatif, II, 277.
Névrites pluritronculaires, II, 273.

Obsessions, I, 363.
— obsessions interrogatives, psychasthénie et délire de scrupule, II, **426.**
— troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants, I, **460.**

Paralysie générale :
— sa phase présymptomatique, I, **428.**
— chez deux employés de chemin de fer, II, **140.**
— enquête sur la fréquence de la p. g. et du tabes depuis les nouvelles thérapeutiques antisyphilitiques, II, 190.
— traitement par leucopyrothérapie et bismuth, II, 262.
— traitement par inoculation de malaria, II, 261.
— discussion générale à la 67e séance de Société suisse de psychiatrie, II, **448.**
Paranoïde. Voir : démence.
Parkinsonisme :
— et tumeur de l'hypophyse, II, 271, 274.
— et lésions des centres nerveux, II, 271. Voir : encéphalite épidémique.
Pénitentiaire (psychose), I, **139.** Voir : prisons.
Philosophie : Th. Ribot, I, 278.
Polyphrénie, II, 373.
Prisons :
— Les annexes psychiatriques des prisons belges, II, 265.
— Enquête psychiatrique dans les prisons de la Seine, I, 375.
— Traitement pénitentiaire, II, 452.
Prophylaxie mentale et secret professionnel. Garde-barrière atteinte de psychose périodique, II, **217.**
Psychanalyse, I, 88, 274, 357 ; II, 370.
Psychasthénie, obsessions interrogatives, délire de scrupule, II, **426.**
Psychogénèse des délires, II, **26,** 256, **393.**
Psychologie :
— institut de psychologie ; programme 1925, II, 467.
— traité, I, 358 ; précis, I, 362 ; L'année psychologique, I, 360.
Psychose. Sa structure, II, **13, 116.**

Radiothérapie des tumeurs cérébrales, II, 278, 279.
Régimes fondamentaux, I, 363.
Renseignements (fiche de) modèle, II, **448.**
Rêveries morbides, I, **232.**

Sadisme, II, 258.
Salivaires (glandes), leur hypertrophie dans les affections mentales, I, **68.**
Sanitaire (mouvement) ; revue, I, 465.
Schizophrénie, I, **309, 331** ; II, 301.
Sciatiques. Diagnostic et traitement, II, 180.

©BIUM

Sclérose en plaques, II, 183.
Secret professionnel et prophylaxie mentale. Garde-barrière atteinte de psychose périodique, II, **247**.
Sécrétions internes ; leur influence sur le sang, I, 350.
Sexuelles (perversions) et encéphalite épidémique, I, **319**, **326**.
Sociétés :
— *S. clinique de médecine mentale :* déc. 1923, I, 91 ; 1924 : janvier, I, 183 ; février, I, 282 ; mars, I, 366 ; avril, I, 473 ; mai, II, 94 ; juin, II, 186 ; juillet, II, 284 ; novembre, II, 457.
— *S. médico-psychologique :* Bureau 1924, I, 46, 153 ; finances, I, 158 ; Legs Ritti, I, 46.
— Séances : déc. 1923, I, 46 ; 1924 : janvier, I, 153 ; février, I, 251 ; mars, I, 318 ; avril, I, 423 ; mai, II, 35 ; juin, II, 135 ; juillet, II, 206 ; octobre, II, 335 ; novembre, II, 425.
— Membres associés étrangers : Roxo, II, 38.
— Membres correspondants : Potel, I, 53 ; Hesnard, I, 55 ; Targowla, I, 59 ; Borel, I, 63 ; Codet, I, 66 ; Prince, I, 251 ; Dabout, I, 427 ; Reboul-Lachaux J., II, 35 ; Abély Paul, II, 135 ; Lautier, II, 138 ; Deron, II, 207.
— Membres titulaires : Marie A., Rodiet, I, 51 ; Lhermitte, I, 424 ; Guiraud, II, 336 (Logre).
— Prix : 1924, I, 159 ; II, 40 ; 1925, I, 186.
Société de neurologie : voir neurologie.
Société belge de neurologie, I, 381.
Société suisse de psychiatrie, I, 274, 380 ; II, **448**.
Sommeil (maladie du) et troubles psychiques, II, 259.
Somnifène intraveineux dans la pratique psychiatrique, II, **325**.
Sosies :
— illusions des sosies et complexe d'Œdipe, II, **48**.
— syndrome des sosies, chez une délirante hallucinée, par interprétation des troubles psycho-sensoriels, II, **341**.
Subconduction mentale morbide, I, **392** ; II, **329**.
Suicide : pathogénie, II, 374.
Sympathique et parasympathique, I, 349.
Syphilis :
— et troubles mentaux, II, 259.
— neurotrope, II, 260. Voir : p. g. et tabes.

Tabes : psychose par interprétation fausse des signes somatiques, I, **170** ; II, **438**.
Tétanos : troubles des réactions électriques des muscles et des nerfs dans la convalescence, II, 275.
Tissot dit « frère Hilarion », I, **97**.
Tonus musculaire : voir cervelet.
Tumeurs cérébrales : voir radiothérapie.
Travail : Bureau international. Etude de la fatigue industrielle, I, 383.

©BIUM

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS[1]

Achard, II, 451.
Adam F., I, **385**.
Agosta, II, 375.
Alajouanine, II, 273.
Alexander, II, 260, 263.
Allendy, II, 370.
Anglade, II, 242, 261, 262, 272.
Arnaud, II, *155*, 257, *359*, *435*.
Aymès, II, 180.

Bauer, I, **33**, **174** ; II, **101**, 368.
Beaudoin, I, **68**, **113**, 363 ; II, 364.
Beaussart, I, *259*.
Benon, I, 353.
Bertrand I., I, 347.
Beyermann, II, 280.
Blondel, I, 88.
Bogaert (van), II, 271.
Boncour Paul, II, 237.
Bonnet Lemaire, II, 262, 277, 279.
Borel, I, **232**, **331**.
Boulanger, I, 237, 264.
Bourguignon, I, 349.
Bravetta, I, 279.
Bremer, II, 270, 278.
Briand, II, *145*.
Brissot, II, 246.

Capgras, II, **48**, *344*, *359*.
Carnot, I, 363.
Carrette, II, **48**, **76**.
Casanove, II, 236, 259.
Ceillier, I, **161** ; II, **329**.
Celice, II, 273.
Cenac, I, **326** ; II, **164**.
Charpentier, II, **5**, *437*, *450*.
Cheinisse, I, **5**.
Christiansen, I, **216**.
Christin, II, 253.
Claude, I, *265*, **331**, **407**, *458* ; II, 87, **155**.
De Clérambault, I, *84*, 172, *345* ; II, *65*, *147*, *179*.
Colin H., I, **11**, **97**, *145*, *259*, **289**, *346*, *440* ; II, **5**, *91*, *213*, *216*, *222*, **289**, **385**.
Collin A., I, *330* ; II, 453.
Coppez, II, 278.
Cossa, II, **26**, **393**.
Courbon, I, **33**, **174** ; II. **101**, **193**, 236, 245, 251.
De Craene, II, 263.
Craffe, I, **68**.
Crocq, II, 252, 255, 260.
Crouzon, II, 273.
Cuel, I, **442** ; II, **152**.

Dabout, I, **254**, **339**, 348.
Dardenne, II, 262.
Daussy, I, **130**.
Decroly, II, 237, 253.
Delmas A., II, *64*, 437.
Demay, I, **68**.
Desport, II, 258.
Donaggio, II, 261, 265, 271.
Dugas, I, 278.
Dumas, I, *339*, 358.
Dupouy, II, *146*, *178*, **155**, **217**, **341**, **345**.
Durand Saladin, II, **225**.

Finot, II, 181.
De Fleury, II, 361.
Froment, II, 239, 266, 267, 268, 273, 274.

Gauducheau, II, 275.
Gelma, I, **139**.
Godard, II, **426**.
De Green, II, 265.
Guillain, II, 273.
Guiraud, I, **130**.
Halberstadt, II, **297**.
Hanns, I, 350.
Hartenberg, II, 244, 259, 274, 280.
Hesnard, I, 186, 361 ; II, *66*, 235, 243, 256, 258, 259, 282.
d'Hollander, II, 247, 265.
Hoven, II, 259.
Howard C., Warren, I, 362.
Huys, II, 278.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les chiffres en italiques se rapportent à des matières connexes contenues dans les articles originaux ou communications.

©BIUM

Jalenques, I, 352.
Jude, I, 365.
Jumentié, II, 279.

Kohen, II, 262.

Labbé M., I, 363.
Laforge, II, 370.
Laignel-Lavastine, I, *172, 329 ;* II, *216,* 257, 259, *347.*
Langley, I, 349.
Laruelle, II, 273, 275.
Lautier, I, **299** ; II, **68.**
Leclaire, II, 279.
Legrain, II, *149.*
Lemierre, I, 363.
Leroy, I, **42, 123** ; II, *436.*
Levaditi, II, 260.
Levet, I, **193** ; II, **325,** 377.
Ley, II, 260, 261, 266.
Lian, II, 181.
Livet, II, 262, 277, 279.

Maere, II, 237.
Mallet, II, *436.*
Marchand, I, *447* ; II, *149,* 215.
Marie A., I, *172, 261* ; II, *213,* 251, 260, 262, **448.**
de Massary, II, 255, 260, 262, 275.
Meige, II, 244.
Mignard, I, **392** ; II, *155, 231, 360, 436,* 447.
Minkowski, I, **460** ; II, **170,** 258.
Molin de Teyssieu, I, **313** ; II, 261, 277, 280.
Monestier, II, **170.**
Montassut, II, **341, 345.**

Nayrac, I, 352.
Nobécourt, I, 347.
Nuyssen, II, 271.

Olivier, II, 279.
Orzechowski, II, 274, 277.

Pactet, I, *458* ; II, **160,** *216,* 222.
Padeano, I, 280.
Paisseau, I, 363.
Perrens, II, 258.
Perrin, I, 350.
Pfersdorff, I, 351.
Piéron, I, 360 ; II, *64,* 243, 258, *360.*
Porot, II, 235.

Quercy, II, 245, 276.

Raffegeau, II *213.*
Rathery, I, 363.
Ravault, II, 267, 268.
Rayneau, II, **426**
Raynier, I, **113,** 354 ; II, 364.
Reboul-Lachaux, I, **319, 449** ; II, 270.
Repond, II, 253.
Revault d'Allonnes, I, **73,** 363 ; II, 373, *435.*
Rieti, II, 374.
Robin G., I, **232,** 331, **407** ; II, **155.**
Rodiet, I, **316** ; II, **97.**
Roger, II, 262, 270, 275, 277, 279, 451.
Roger H., II, 180.
Roubinovitch, II, **170.**
Roux J.-Ch., I, 363.

Sano, II, 248.
Santenoise, I, **428** ; Ii, 155.
de Saussure, I, 357.
Scheer (vander) ; II, 238, 253, 262.
Schiff, II, **217.**
Schreiber, I, 347.
Schutzenberger, I, **42, 123.**
Sedellian, II, 266.
Seglas, II, *222, 347.*
Semelaigne, I, *266.*
Serin, I, **319.**
Sicard, II, 279.
Simon, II, 232.
Sollier, II, 257.

Targowla, I, **428,** 457 ; II, **438.**
Toulouse, I, *266* ; II, *212,* 222.
Trénel, I, **442** ; II, *148,* **152, 209, 348,** *446.*
Trochine, II, **13, 116.**
Truelle, I, *266, 330, 439,* **449** ; II, *151, 179, 216.*

Vallon, I, *266, 343 ;* II, *359,* 458.
Vermeylen, I, 364 ; II, 232, 253.
Vernet, I, **198.**
Vernon-Briggs, I, 348.
Vervaeck, II, 83, 251, 264, 265, 452.
Vignaud, II, 257.
Vinchon, II, 455.
Vloet (van der), II, 242.
Voronoff, II, 455.
Vuillaume, II, **348.**

Wels P. Eagleton, II, 281.
Wimmer, I, **105** ; II, 238, 264, 272.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 30.148