Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1927.
Cote : 90152, 1927, n° 01

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1927x01

©BIUM

90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

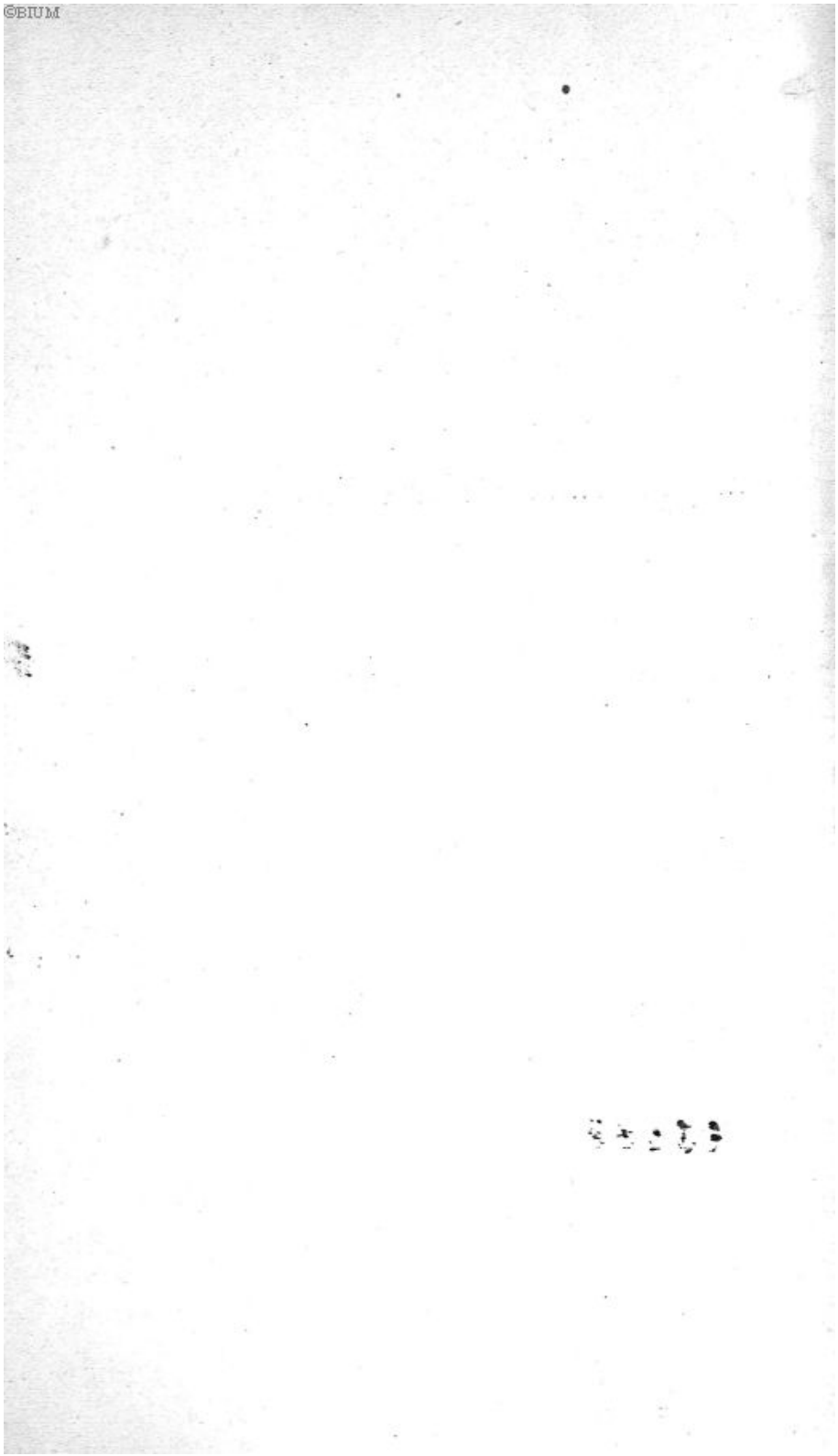
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANN. MÉD.-PSYCH., 12e série, t. I. Janvier 1927. 1. 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 honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

93152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1927

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

Chronique

Saint François d'Assise et la Psychiatrie

L'église a célébré en 1926 le septième centenaire de la mort de saint François d'Assise. Dans le monde entier les foules pieuses se sont pressées au pied de son autel, implorant sa bénédiction et le public, même le plus athée, trouve dans les revues ou les journaux, même les plus affranchis, des études ou des articles le plus souvent élogieux consacrés à sa mémoire. Pourquoi ne serait-il pas permis au psychiatre d'apporter sa part contributive d'attention, au souvenir d'un homme qui captive ainsi l'intérêt, aussi bien des incroyants que des croyants ?

Peut-être après avoir esquissé psychologiquement cette figure, constatera-t-on qu'elle fournit matière à des considérations psychiatriques.

PSYCHOLOGIE DE SAINT FRANÇOIS D'ASSISE. — La représentation exacte des gens du passé, principalement de ceux du Moyen Age, est toujours extrême-

©BIUM

ment difficile. D'abord, notre propre ignorance du milieu social où ils apparurent, ne nous permet pas d'apprécier rigoureusement leur originalité personnelle. Ensuite l'incompétence de leurs contemporains dans l'art de l'observation, a glissé dans le récit de leur vie un plus ou moins grand nombre des erreurs du manque de méthode historique.

Cette difficulté se complique encore, lorsqu'il s'agit de personnages dont la physionomie est à facettes, à cause des aspects différents sous lesquels ils apparaissent. C'est précisément le cas du saint d'Assise, dont le charme s'exerçant sur les tempéraments les plus divers a donné naissance à une biographie et à une iconographie aussi variées qu'abondantes. On le décrit tantôt comme un ascète, tantôt comme un bon vivant, tantôt comme un naïf, tantôt comme un adroit. Et les images de lui qu'on a peintes ou modelées, vont de la maigreur étique, à la corpulence dodue.

Il serait donc extrêmement malaisé de retrouver sa mentalité véritable au travers des apologies que sont toutes les histoires écrites avant et depuis sa mort. Essayer de porter un jugement sur l'être que l'on aurait ainsi arbitrairement inventé serait une tentative vaine. Heureusement nous avons sur lui un document objectif qui est son œuvre, c'est-à-dire les ordres qu'il a créés. C'est en examinant les empreintes laissées dans son œuvre que l'on a le plus de chance de découvrir les caractères de l'ouvrier.

L'œuvre. — Pour bien connaître l'ordre des franciscains, il importe de préciser les différences d'avec les autres ordres religieux antérieurement ou simultanément fondés. Ces institutions répondirent chacune à des besoins qui sont révélateurs de l'état de la société du moment. La comparaison ainsi possible des milieux sociaux, du haut et du moyen Moyen Age et celle des institutions de même date rendront plus évidente la personnalité du fondateur qui nous intéresse.

Dans la disette intellectuelle qui dès les premiers siècles de notre ère, sévit sur presque tout l'occident, la morale chrétienne fut la seule pâture spirituelle

©BIUM

apportée à ces peuples ignorants et incultes. Leurs élites se précipitèrent sur elle et s'en gorgèrent. Mais les conditions de l'existence entravant le travail spéculatif et l'application des principes nouveaux, tous les hommes dont les aspirations dépassaient l'assouvissement des instincts se réunirent pour étudier cet idéal et le vivre. C'est ainsi que les premiers ordres religieux apparurent dès les premiers efforts du monde occidental pour passer de la barbarie à la civilisation. Dans les coins de chaque province les idéalistes se groupèrent sous le nom de moines, pour se soustraire aux grossièretés de l'ambiance, derrière les murs d'une enceinte appelée monastère ou abbaye et pour penser et agir sous la conduite d'un chef élu comme abbé. Tempérant de leur bon sens inné l'absolu de la formule chrétienne apprise des fanatiques évangélisateurs, ils menaient une vie essentiellement intelligente, travaillant à la fois manuellement et intellectuellement, convaincus qu'ils étaient que la prospérité matérielle de l'association est indispensable au progrès moral de chacun. Voyant dans l'appétit de richesse, dans l'ambition et dans la concupiscence autant d'écueils, ils admettaient le principe de pauvreté, d'obéissance et de chasteté qu'érigea en règle saint Benoît au vr^e^ siècle. Pour cela ils furent qualifiés bénédictins.

Mais cette règle ne fut pas toujours ponctuellement suivie par tous les membres de tous les monastères. La communauté de l'idéal n'était pas forcément complète entre tous. Le besoin de comprendre et de savoir, l'aptitude à jouir du beau et à le créer ne s'alliaient pas constamment au goût de l'austérité. Les hommes d'alors, même les plus éminents, étaient comme ceux d'aujourd'hui inégaux dans leurs facultés intellectuelles, scientifiques, esthétiques et éthiques. Les temples de la pensée et du travail où ils demeuraient n'étaient pas immanquablement des sanctuaires de sainteté.

En tous cas, de telles communautés d'individus sélectionnés ne tardèrent pas à prendre dans la société féodale l'importance qui leur était due et à devenir

©BIUM

indépendantes aussi bien du roi que des seigneurs et même des évêques. « Une abbaye, dit Duruy, n'était pas seulement un lieu de prières et de méditations. C'était encore un asile ouvert contre l'envahissement de la barbarie sous toutes ses formes. Ce refuge des arts et du savoir abritait des ateliers de tout genre et ses dépendances formaient ce que nous appelons aujourd'hui une ferme modèle. Il y avait là des exemples d'industrie et d'activité pour le laboureur, l'ouvrier et le propriétaire. »

Ce qui caractérise donc ces premiers ordres religieux du christianisme, c'est d'une part leur indépendance économique et d'autre part ce que l'on pourrait appeler la direction centripète de leur destination. Ils se suffisent à eux-mêmes, puisqu'ils vivent de l'exploitation de leurs terres et que leur but est avant tout le perfectionnement moral et intellectuel de leurs propres adhérents. Leur rayonnement est évidemment bienfaisant pour l'entourage, mais par surcroît, c'est avec l'intention de se sauver soi-même que l'on y entre. Et cet égoïsme se trahit dans la marche parallèle du château et de l'abbaye entre le v^e^ et le xii^e^ siècle. L'un et l'autre chercha à asseoir sa puissance temporelle, le premier par les armes, le second par l'esprit.

A la fin du xii^e^ siècle au contraire, deux ordres religieux se fondent presque simultanément sur des principes tout différents des précédents. Bien loin de prétendre à l'indépendance économique, c'est de la charité d'autrui qu'ils attendent leur subsistance, d'où l'appellation « d'ordres mendiants » qu'ils reçoivent. Et la direction de leur destination est centrifuge, car c'est pour perfectionner les hommes qui précisément ne font pas partie de la confrérie qu'ils sont institués. C'est pour sauver les laïcs par la prédication que l'on y entre.

Ces ordres mendiants et prêcheurs sont celui des dominicains et celui des franciscains. Tous les deux, expression du même niveau d'évolution de la chrétienté dans la voie de l'altruisme, et aussi peut-être de réaction contre les abus engendrés chez les bénédictins

©BIUM

par leur prospérité, ils se distinguent l'un et l'autre par les moyens employés pour obtenir la même fin, celui-là visant la conquête des intelligences, celui-ci la séduction des cœurs.

Les dominicains ou frères prêcheurs avaient pour fondateur le plus illustre des professeurs en théologie de l'époque que le pape lui-même avait pris pour ambassadeur. Ils se recrutaient sur la paille des écoles parmi les clercs les plus studieux et les plus brillants. Tous étaient des théologiens dressés à la profession d'orateur. Possédant tous les artifices de la rhétorique, toutes les ressources de la dialectique, tous les trésors de l'érudition, leurs discours étaient des régals d'éloquence que seul un auditoire instruit pouvait pleinement savourer et que les évêques étaient fiers de faire entendre dans leur diocèse. Drapés de blanc, ils parlaient dans l'ombre des cathédrales devant de doctes assemblées. Le peuple et même le clergé les écoutaient en tremblant, parce qu'ils brandissaient les foudres de l'orthodoxie. Leur prestige était extrême, car ils étaient les procureurs du Dieu tout puissant dont l'impérieuse parole dispensait le pardon ou le châtiment, réintégrant dans le giron de l'église ou abandonnant au bras séculier les penseurs assez aventureux en matière de religion pour se faire une opinion. Leur altruisme n'était en effet guère temporel.

Entre leurs sermons ils restaient retranchés du monde, travaillant au milieu des livres dans les cellules de leurs couvents. Car s'il est vrai qu'ils fussent pauvres individuellement et que l'aumône après avoir été la ressource initiale de l'ordre lui-même continuât à lui fournir d'importantes contributions, du moins celui-ci s'enrichissait-il chaque jour des économies de la veille et de leur sage gestion.

A. Les franciscains, ou frères mineurs, c'est-à-dire les plus petits, avaient pour fondateur le fils déshérité et sans beaucoup d'instruction, d'un marchand de drap d'une petite ville de l'Ombrie, qui n'était pas même prêtre et ne le fut jamais. Ils se recrutaient dans la rue, parmi la foule le plus souvent ignorante, qu'avait

©BIUM

ameutée ce singulier prédicateur ou ses disciples. Toute leur doctrine se résumait à vivre matériellement et moralement selon Jésus-Christ. Point n'était besoin de savoir lire ou écrire pour s'enrôler, l'amour du prochain et la foi suffisaient. « Ceux qui ignorent les lettres, leur enseignait leur maître, doivent ne pas se soucier de les apprendre, mais désirer surtout avoir l'esprit du seigneur et sa sainte collaboration ».

Toute leur science consistait dans les rudiments de l'évangile. Tout leur art tenait dans l'affirmation, la répétition, la mimique et surtout dans la contagion de l'exemple. Leur chef leur recommandait la concision, la chasteté, la circonspection dans les paroles et la déférence envers les autorités ecclésiastiques. Ils ne devaient prêcher qu'avec le consentement du curé de la paroisse et se soumettre à lui en cas de litige théologique. « Les prêtres, écrivait leur père, je les crains, aime et honore comme mes seigneurs. Si je possédais autant de sagesse que Salomon et que je rencontrasse dans un village un pauvre petit prêtre, je ne voudrais pas prêcher sans son autorisation ».

Couverts de bure grossière, ils s'installaient sur la pierre des carrefours et commençaient par chanter quelque cantique souvent improvisé à la gloire de Dieu. Puis quand le nombre des badauds attroupés leur paraissait assez grand, ils leur disaient ce qu'ils voulaient leur faire entendre : la nécessité de faire pénitence et de pratiquer la morale chrétienne pour éviter l'enfer et gagner le ciel. Ils le disaient avec un enthousiasme bon enfant, en un langage imagé et cru, à grand renfort de gesticulation pour retenir l'attention des spectateurs, car leur patron leur ordonnait la gaieté et la simplicité. Ils se considéraient avec raison comme les jongleurs du bon Dieu. « Ils menaient un carnaval de sainteté », dira Renan. En somme ils faisaient le boniment à la façon des camelots d'aujourd'hui, et réussissaient comme eux à placer leur marchandise aussi bien parmi les grands que parmi les humbles. N'est-ce pas après avoir entendu prêcher la paix par saint François que la réconciliation des

©BIUM

classes d'Assise fut signée en 1210 dans la fameuse Magna Charta de cette turbulente cité ?

Leurs couvents, tant que la volonté du fondateur ne fut pas contrariée, n'avaient rien de comparable aux solides monastères des dominicains. Ce n'étaient que de vagues enceintes, souvent des masures, où venaient momentanément faire halte les frères dont la plus grande partie de l'existence se passait à courir par monts et par vaux. Car l'ordre — et c'est en cela que réside son originalité essentielle — devait rester lui-même aussi pauvre que les individus. Ceux-ci devaient vivre au jour le jour d'aumône et non d'économie. Avoir une besace où enfermer des provisions était déjà un acheminement vers le luxe.

Les franciscains vivaient donc dans le siècle, mêlés aux laïcs, menant au milieu d'eux la vie fraternelle et secourable prescrite par le Christ. Ils aidaient à faire la moisson, exerçaient leurs anciens métiers, servaient dans les hôpitaux recevant en échange le manger et le boire ainsi que le nécessaire pour l'entretien de leurs vêtements et de leurs outils. Ils devaient accepter la nourriture et la boisson qu'on leur donnait mais n'en prendre qu'avec beaucoup de mesure. Ils devaient être chastes et ne pas regarder les femmes, mais il ne leur était pas prescrit de les fuir comme des suppôts de Satan. Ils devaient surtout être joyeux. « Les frères doivent bien prendre garde à ne pas se comporter extérieurement comme des hypocrites sombres et ambitieux, mais bien à se montrer toujours joyeux dans le Seigneur et gais et aimables et agréables à tous », prescrivait la règle. Les mortifications étaient réservées pour les instants de solitude. On comprend que le charme et l'utilité de leur fréquentation, plus encore que l'évocation des félicités et des horreurs de l'au-delà gagnassent les cœurs à leur cause.

Tel était l'ordre « des frères mineurs » ou cordeliers qui représente la plus importante partie de l'œuvre de François. Sa conception touchante de la pauvreté collective surajoutée à la pauvreté individuelle était de mise pour la poignée de religieux habitant le même

©BIUM

coin de terre des premières années ; elle se révéla une utopie avec les progrès croissants de la confrérie qui s'étendit sur tous les pays. L'ordre fut sauvé par des disciples avisés qui surent faire accepter au maître, non sans beaucoup de difficultés, des modifications indispensables. Il prospéra par la suite donnant à la Renaissance deux nouveaux rameaux : celui des Récollets et celui des Capucins.

B. Le tiers ordre ou ordre « des frères pénitents » est une autre institution de saint François dans laquelle il fit preuve d'un sens pratique tout à fait remarquable. Elle permet en effet de satisfaire les aspirations mystiques de certains individus sans bouleverser le milieu familial ou social où ils continuent à vivre. Gens mariés, prêtres, veufs ou célibataires peuvent en faire partie sans déserter les devoirs de leur profession, ni changer le cadre de leur existence. Le consentement du conjoint est indispensable pour l'entrée de l'impétrant qui n'est admis qu'après enquête et au bout d'un an de noviciat. Dans les trois mois, le tertiaire doit faire son testament, restituer tout bien mal acquis par lui ou les siens, pratiquer d'abondantes aumônes qu'il continuera plus tard dans la mesure du possible. Il doit payer consciencieusement la dîme, ne jamais porter d'armes, ne pas jurer en vain, visiter les malades, prier pour les morts, réparer publiquement les offenses qu'il peut se laisser aller à commettre, se livrer à quelques exercices religieux. Moyennant quoi, il participe à toutes les grâces, à tous les privilèges, à toutes les indulgences des frères mineurs eux-mêmes.

Cette institution eut un succès énorme et récolta des adeptes jusque sur les marches du trône et au pied des autels : Saint Louis, Blanche de Castille, Anne d'Autriche, Marie-Thérèse, Bossuet, etc. Il y avait en elle un tel germe de vitalité que plus tard elle inquiéta les gouvernements. Parfois avec raison ils virent en elle le danger de la captation des héritages et de la création d'une force dans l'état.

C. L'ordre « des sœurs Clarisses », dons sainte Claire fut la fondatrice, reçut la règle de saint François. Cette

©BIUM

règle fut plus tard adoucie par le pape. Il est probable que les suppressions qu'il exigea visaient les ingérences suggérées par l'austère abbesse. Il serait en effet très intéressant de comparer l'une à l'autre les deux mentalités de ce couple spirituel dont l'artiste Landowski sculpta si magistralement les différences dans son monument des Hymnes.

L'Ouvrier. — Cet aperçu de son œuvre permet de dégager quelques-uns des caractères qui distinguent ce mystique.

Tout d'abord il recourt beaucoup moins à la peur que les autres convertisseurs. S'il parle du diable et de l'enfer il ne se complait pas à les décrire, ne fait jamais appel à l'argument du bûcher ou des tortures d'ici-bas pour convaincre. Il ne voit pas, comme les autres mystiques, partout la tentation qui leur rend scandaleux les plus innocents spectacles, qui leur donne l'horreur de l'esprit et du corps de l'homme. La Pénitence qu'il prêche n'a pas le parfum sadique de celle après laquelle les autres rugissent de désir. Elle n'est pas une goule sanguinaire, mais une compagne bienveillante qui aide à prolonger le plaisir terrestre de la prière et de la méditation. « Lorsque le soir les frères revenaient de leur travail et se trouvaient de nouveau réunis... l'amour et la joie brillaient dans leurs yeux, et ils se saluaient avec de chastes embrassements, des paroles pleines de douceur... Et afin de ne pas s'endormir pendant leurs prières nocturnes, ils se ceignaient de ceintures toutes bordées de pointes de fer », raconte Celano. Ses Vertus ne sont pas les guerrières, armées de piques et de lances, tout autant pour harceler leurs dévots, que pour combattre les vices, que l'on voit grimacer aux porches des cathédrales gothiques. Ce sont de gentes dames dont il est doux de se constituer le chevalier servant. Se fiancer à la Sainte Pauvreté, dont Giotto a peint un si gracieux portrait, servir la Chasteté, quel heureux sort !

Qu'il est loin des pessimistes pour qui la terre n'est qu'une vallée de larmes, cet optimiste né ! Dès son enfance il avait été gai compagnon et il le reste cons-

©BIUM

tamment. « Vivez toujours dans la joie. La tristesse est la maladie de Babylone. Lorsque l'âme est triste, seule, pleine de soucis, c'est alors qu'elle se tourne le plus facilement vers les consolations extérieures et vers les plaisirs du monde », répétait-il à ses frères. Ses successeurs actuels sont encore affranchis de la pruderie des autres membres du clergé. Un capucin n'hésite pas à paraître, en froc et les pieds nus dans ses sandales, sur une scène publique, comme je l'ai vu à Bayonne, il y a trois ans, pour faire une conférence, d'ailleurs très intéressante, sur la chanson basque et ne recule pas devant les couplets lestes, quand ils sont démonstratifs.

La bonté et l'amour étaient entre ses mains des leviers plus puissants que la peur. Aussi son ascétisme, malgré les excès auxquels il le porte parfois, est-il dépourvu de la hideur qu'il a généralement. Il prescrivait la modération dans les mortifications, car « Dieu veut la conversion et non le sacrifice ». Il interdisait le cilice à ceux qui manquaient de résistance, et il rompait lui-même son jeûne pour que tel ou tel de ses disciples dont il devinait la défaillance imminente n'eut pas de scrupule à apaiser sa faim. Enfin sur son lit de mort, il demanda pardon à son corps de l'avoir aussi cruellement traité.

Autre particularité frappante ; son mysticisme est vide de toute alliance d'érotisme. Bien rares sont les hagiographes qui lui prêtent une concupiscence charnelle. Ses plus sérieux historiens tiennent pour controuvées les anecdotes citées en cette matière et affirment sa virginité. En tout cas le peu de place qu'il accorde aux descriptions des dangers de la chair est en faveur de la frigidité de la sienne. Les deux seules femmes dont il avoue connaître le visage étaient plus jeunes que lui d'une dizaine d'années. L'une d'elles était sainte Claire, l'austère fondatrice du couvent de Saint-Damien, couvent qui selon sa propre expression devait rester « la tour fortifiée de la suprême pauvreté ». L'autre était une noble et sainte dame romaine, Jacqueline de Setesoli, chez qui il descendait à ses

©BIUM

voyages dans la ville éternelle et qu'il appelait « mon frère Jacqueline ». Ces deux amitiés féminines ne présentent rien d'équivoque. Et malgré toute sa pesanteur, l'interprétation psychanalytique la plus pornographique ne parviendrait pas à les souiller d'une apparence sexuelle.

Pour ne pas abdiquer devant notre héros, le pansexualisme freudien ne saurait guère se raccrocher qu'à deux arguments : le silence gardé par François à l'égard de sa mère qui serait l'indice du refoulement d'un formidable complexe d'Œdipe, et le culte voué à sainte Magdeleine par les Franciscains qui dans presque tous leurs couvents lui consacrent une chapelle. Mais on a mieux à faire ici qu'à réfuter ces niaiseries.

Autre association insolite : son indifférence sexuelle s'accompagne d'un sentiment de la nature extrêmement aigu. Il a su regarder et admirer tout ce qui l'environnait, frémir devant toutes les créatures, animer tous les objets. Bêtes domestiques ou sauvages, poissons, oiseaux, astres et éléments, soleil, lune, vent, feu, eau, il leur suppose à tous la même joie d'exister que celle qu'il éprouve lui-même à les contempler. Il les salue du nom de frères et leur crie qu'il les aime. C'est en cela, c'est par cet amour de la vie qu'il se rapproche des païens. Mais il s'en sépare parce que la beauté des êtres et des choses ne lui apparaît qu'en fonction du créateur.

Cependant, la mer qu'il avait parcourue plusieurs fois, ne semble pas lui avoir produit de bien vives émotions. Les lieux de prédilection où il aimait faire retraite sont tous admirablement situés, mais aucun n'est près du rivage et il n'a pas célébré l'Océan avec le même enthousiasme que les autres forces de la Nature. Cette insensibilité élective n'est pas pour surprendre de la part d'un tempérament aussi réfractaire à la concupiscence charnelle, vu le lien mystérieux qui unit la volupté à la mer, la mer onduleuse et charmante, berceuse et caressante qui nous donna Vénus et où l'on voit encore s'ébattre les Sirènes.

Enfin il n'a pas des mystiques cette passion de

©BIUM

l'absolu qui les rend sectaires, intransigeants, diffamateurs de l'intelligence, impatients de la contradiction. Il se reconnaît, nous l'avons signalé, inférieur et il exagère son ignorance en théorie. Il s'incline *a priori* devant les prêtres. Toute sa prétention est de pratiquer l'évangile à la lettre et elle est justifiée. « Ce fut le seul parfait chrétien depuis Jésus-Christ », conclut Renan.

Par ailleurs il se rattache aux hommes de son temps. L'ordre des Dominicains, comme on l'a montré, celui des Carmes et celui des Augustins naquirent vers la même époque. Ils forment avec le sien les quatre ordres mendiants, ce qui prouve que la pauvreté à laquelle il voua un culte désordonné était un idéal du moment. Sa négligence de la science et de l'éloquence qui n'éloigna pas de lui les savants, s'accordait sans doute avec la réaction contre les abus de la scholastique. La courtoisie de ses métaphores envers les vertus, le qualificatif de chevaliers de la table ronde qu'il appliquait à ses moines, montrent l'empreinte qu'il avait subie des romans de chevalerie contemporains. D'ailleurs ce serait une erreur de croire à la lettre ses professions d'ignorance. Il connaissait le latin et le français et pendant son adolescence, avant sa conversion, il avait voyagé dans cette France dont Eudes de Châteauroux écrivait alors : « La Gaule est le four où se cuit le pain intellectuel de l'humanité. »

Ce mélange parfois paradoxal de caractères opposés joint à l'extrême bonté de son cœur expliquent le prestige qu'il exerça sur les natures les plus contraires.

On comprend aisément la séduction de ce saint sur les chrétiens, de cet humble sur le peuple et les petits, de cette âme vibrante sur les musiciens et les poètes. Presque toutes ses biographies sont des œuvres poétiques : les *Vitæ*, de Celano, la *Légende* de Spire, *celle des trois compagnons*, le *Speculum perfectionis*, les *Fioretti* pour ne citer que les plus anciennes. Le roi des vers, Guillaume Divini, fut franciscain. Dante consacre un chant du Paradis au fondateur du tiers Ordre dont il était membre. Le compositeur du *Dies Irae*, Thomas

©BIUM

Celano, celui du *Stabat Mater* Jacopo di Toddi, l'ancien maître de chapelle de la cour de Louis VIII, Julien de Spire, auteur du texte et du chant d'un Nocturnal à la gloire de saint François, furent ses élèves.

On s'explique également le succès de cet amant de la Nature et de ce partisan de la joie sur les païens et sur les épicuriens ainsi que sur la verve bienveillante des Rabelais, des Lafontaine et des Anatole France. Ses mortifications sont prétextes aux fanatiques de l'ascétisme à se réclamer de lui. Et les révoltés peuvent même le revendiquer à cause « de la dynamite en papillotte » que M. Bergeret leur a appris à découvrir chez lui.

Etonnante au contraire est l'influence de ce petit pauvre sur les grands et les puissants. Des cardinaux, des papes, s'inclinent sans trop d'hésitation devant son système révolutionnaire. Il obtient rapidement l'approbation de la règle de son ordre et sa canonisation a lieu peu après sa mort. Le sultan Meladin, qui ne brillait pas par la douceur lui refuse la démonstration par l'épreuve du feu à laquelle il proposait de se soumettre et lui accorde la garde du Saint-Sépulcre. Ce n'est ni par son éloquence ni par sa prestance — tu n'es ni beau ni fort, lui disait ingénuement un de ses frères — mais par l'évidence des résultats obtenus qu'il persuadait ainsi.

Plus surprenant encore est l'enrôlement d'esprits cultivés et de savants sous la bannière de cet ignorant. Alexandre de Hales le « docteur irréfragable », Roger Bacon le « docteur admirable », saint Bonaventure le « docteur séraphique », Duns Scott le « docteur subtil », illustrèrent l'ordre des franciscains. C'est qu'ils avaient su voir toute la sagesse que peut contenir la modestie et tout le jugement qui peut naître de la bonté.

François d'Assise en effet était trop près de la nature, trop peu cultivé, trop rigoureusement passionné de pauvreté pour être artiste. Adorant Dieu sous la voûte de ses arbres et sur l'autel de ses prairies il eût vite laissé se déchirer « la belle robe blanche des

©BIUM

cathédrales sous laquelle depuis deux siècles, d'après le chroniqueur Glaber, le monde occidental s'efforçait de cacher ses haillons ». Ces haillons n'eussent plus eu pour couverture que les deux cottes de mailles des donjons et des beffrois que seigneurs et communes tissaient pour se défendre.

Pourtant le passage de ce contempteur de la beauté artificielle transforma l'art gothique. L'iconographie divine que l'on croyait devoir maintenir symbolique et sereine pour ne pas commettre une faute de lèse-majesté par une représentation trop anthropomorphique devient réaliste et pathétique depuis que le saint Jongleur humanise le Christ, en enseignant aux hommes à vivre sa vie et à souffrir sa passion. Preuve avouée par les statutaires de l'action que sans le vouloir il a eue sur eux : c'est un moine qui conduit le jugement dernier aux tympans de certaines cathédrales du XIII[e] siècle, comme celles d'Amiens et de Bourges.

De plus il n'est guère de personnage historique ou légendaire qui n'ait été figuré par plus de peintres ou de sculpteurs que lui. Chacun l'a modelé suivant la représentation qu'il s'en faisait. C'est une expression de bonté, de douceur ou de naïveté que le plus grand nombre lui attribue: Giotto, Fra Angelico, Della Robbia, Pérugin, Corrège, Teniers, Murillo, Germain Pilon, Callot, Landowski, etc. Bien plus rares sont ceux qui en font un illuminé ou un ascète : Zurbaran, Crivelli, Cano, Berlingheri, Rembrandt. Quelques-uns lui prêtent de la robustesse et de la rondeur : Carrache, Rubens. Le premier groupe semble être le plus proche de la vérité, d'autant plus que la peinture d'Eude, faite d'après nature, est celle d'un homme amaigri, au sourire doux et accueillant. Mais le chef-d'œuvre de toutes ces figures est celle que tailla Landowski et que chacun put admirer l'an dernier à l'Exposition des Arts Décoratifs.

Seuls ne furent pas touchés par la grâce franciscaine les gens d'action ou d'affaires, ce qui est normal, certains rationalistes et aussi beaucoup de femmes.

La raison tyrannisait trop souverainement Voltaire

©BIUM

pour lui permettre d'autre réaction que l'ironie devant les prétentions du jongleur famélique. Et Gœthe, tout à la ferveur de sa conversion à la foi classique, quand il traversa Assise pour porter son admiration au génie antique de Rome ne s'arrêta que devant les ruines d'un temple païen, sans songer au berceau du simple vagabond.

Enfin, infiniment plus rares que les hommes sont les femmes qui se passionnèrent pour lui, à part les dévotes. Comment en serait-il autrement ? Il ne fut ni beau, ni fort, ni grand, ni puissant, ni riche ; il n'accomplit pas de tapageuse prouesse ; et surtout il n'eut pas assez peur d'elles. N'ayant jamais réussi à entraîner ce saint sur la pente de l'enfer, elles ne sont pas très curieuses du chemin qui le conduisit au ciel.

LA PSYCHIATRIE ET SAINT FRANÇOIS D'ASSISE. — Nous atteignons maintenant le point le plus délicat de notre étude, celui des rapports de la psychiatrie avec un héros dont une grande partie de l'humanité vénère les singularités. Aborder le domaine religieux avec un esprit scientifique, c'est-à-dire tâcher de mettre à jour les éléments cachés du mécanisme naturel qui détermina les phénomènes qualifiés surnaturels, est en effet une tâche qui alarme généralement les fidèles. Cette alarme est pourtant injustifiée, car pourquoi l'existence de son Dieu serait-elle niée aux yeux du croyant, du fait qu'elle se manifeste conformément aux lois de la nature qui sont œuvres divines ?

Quels que soient les progrès de la science, on ne saurait espérer parvenir un jour à saisir la totalité des facteurs du déterminisme de la totalité des faits. Il en échappera toujours quelques-uns que certains d'entre nous appelleront hasard ou inconnu, mais que nous ne pourrons jamais empêcher certains autres d'appeler Dieu.

Rechercher une cause naturelle aux anomalies par lesquelles une mentalité du passé se distingue des autres, et si l'on y découvre quelques caractères incon-

©BIUM

testablement morbides, conclure à son classement dans l'un des cadres nosographiques est donc parfaitement le droit du psychiatre, même quand il s'agit de personnages de l'histoire religieuse. Mais quelle infinie prudence ne doit-il pas avoir dans ce travail qui pour réussir exige trois conditions, dont l'une est entièrement indépendante de la valeur du chercheur et dont une seconde dépasse la compétence de son expérience et de sa spécialité.

Il faut évidemment tout d'abord connaître son métier, autrement dit, être doué de tout le jugement et de tout le savoir nécessaires; ce n'est pas très difficile.

Il faut en outre, ce qui est beaucoup plus rare, posséder en histoire et en sociologie des connaissances assez étendues et assez précises pour pouvoir confronter l'individu avec son milieu et apprécier ainsi à leur valeur des réactions qui, pour anormales qu'elles soient par rapport à celles de nos concitoyens, étaient peut-être parfaitement conformes à celles des siens.

L'existence des deux conditions précédentes est souvent contestable chez celui qui prétend les réunir ; combien plus aléatoire est la réalisation de la troisième, c'est-à-dire la conformité des faits relatés avec la réalité passée ! Les anciens ne possédaient, en effet, ni notre méthode d'observation, ni notre science des déformations involontaires du témoignage. La sincérité de l'observateur et du témoin étaient pour eux le seul critérium de l'exactitude de la narration. Et l'objectivité de ceux-là en matière religieuse, était d'autant plus sujette à caution, qu'ils étaient eux-mêmes des croyants. C'était le cas des hagiographes.

C'est donc une équipée fort aventureuse pour un psychiatre que de partir à la conquête des héros de l'histoire et de prétendre les ramener dans les mailles de son filet nosologique. Il a tant de chance de n'avoir capturé qu'un fantôme et de s'effondrer lui-même, sous le ridicule quand il chasse sur les terres laïques, sous l'odieux quand c'est sur les terres sacrées.

Ce rôle de Procuste tranchant et étirant avec un sabre et des cordes de paille, ou de Perrin-Dandin pro-

©BIUM

nonçant des jugements sur des êtres qu'il ne comprend pas, on peut être excusable de le jouer dans la jeunesse, sous l'ardeur présomptueuse de l'initiation nouvelle à la psychiatrie. Mais l'entreprendre après des années de pratique, c'est étaler avec une inconscience réjouissante son inaptitude foncière à la compréhension de la science et à l'exercice de l'art que l'on a voulu étudier. C'est donner un magnifique exemple d'erreur d'orientation professionnelle. C'est le sort et le châtiment des plumitifs qui barbouillés d'un vocabulaire incompris pensent rehausser d'un lustre scientifique leur anticléricalisme de primaire en traitant de fous les fondateurs de religion.

En présence des hommes qui étonnèrent le monde et créèrent une œuvre, l'attitude vraiment psychiatrique est de rechercher autant ce en quoi ils peuvent enrichir la science, que ce par quoi elle peut les expliquer. On va s'efforcer de le faire ici.

Revendications de la psychiatrie sur saint François d'Assise. — Notre préambule indique toute la réserve avec laquelle ces revendications doivent s'exercer, surtout quand leur auteur se rend compte de ne pas remplir toutes les conditions, pour parler magistralement Elles porteront successivement sur les circonstances de la conversion, sur les singularités intellectuelles et sur les phénomènes dits surnaturels.

A. Un premier point est à signaler : le rapport entre la maladie et l'apparition de la vocation religieuse. Il avait eu une première jeuneses très dissipée et c'est après avoir été gravement et longuement malade qu'il songea à se convertir. Or, très fréquemment, les transformations de la personnalité morale : façon de considérer les choses et les gens, apirations, train de vie, etc., suivent ou annoncent une atteinte à la santé. On s'étonne que tel compagnon d'enfance que l'on a toujours connu irréligieux ou indifférent se soit mis à édifier son entourage par les pratiques les plus pieuses et peu après on apprend sa mort de tuberculose ou d'une toxi-infection restée longtemps ignorée. Il semble que les divers agents morbides agissent quelquefois simul-

©BIUM

tanément sur l'organisme et le psychisme, modifiant le métabolisme de l'un et la façon de sentir et de réagir de l'autre. D'ailleurs cette corrélation de la maladie et de la conversion a frappé les auteurs les plus orthodoxes qui expliquent la première comme un avertissement de Dieu envoyé au pécheur et dont celui-ci a su profiter.

B. Quant à la valeur de son intelligence l'humble petit mendiant était le premier à la décrier. Il répétait qu'il était un simple, un illettré, un « idiota », le dernier des derniers, qu'il ne savait rien autre que l'amour de Jésus.

Déraisonnable incontestablement était sa prétention de développer son œuvre sans économiser, ni amasser le moindre capital, de la faire vivre au jour le jour du fruit des gains et des aumônes. Il en était de même de son opposition à la création d'un séminaire où former ses disciples et de son illusion que la prière et la méditation de l'évangile suffiraient à assurer l'unité de moines appartenant à toutes les races et vivant sur tous les continents.

Certains de ses actes paraissent extravagants, niais ou puérils. Sans autorisation, pour en donner le produit aux pauvres, il vend un cheval et des marchandises de son père. Le jour où il rompt avec celui-ci, il se dévêt en public, et nu comme un ver, lui remet ses habits, déclarant : « Désormais je ne dirai plus mon père Bernardone, mais mon père qui êtes aux cieux ». Beaucoup plus tard, se reprochant d'avoir rompu un jeûne il se fait traîner, encore tout nu, et la corde au cou, à travers les rues, par un de ses frères qui a l'ordre de crier son crime. Il compare à « des mères et à des fils, ceux de ses disciples qui habitent ensemble dans la solitude ». « Les frères qui veulent vivre pieusement dans les ermitages doivent se trouver au nombre de trois ou de quatre tout au plus. Deux d'entre eux doivent être les mères et l'autre ou les deux autres tenir le rôle de fils. Et les mères auront à mener la vie de Marthe, tandis que les fils mèneront celle de Marie-Magdeleine. »

©BIUM

Tous ces exemples ne sont pas l'indice d'une haute intelligence. Mais il ne faut pas leur ajouter trop de valeur. Son humilité lui inspirait sur lui-même des jugements d'une rigueur excessive. Et il ne s'entêta pas dans sa résistance aux réformes qui assurèrent la pérennité de son ordre.

Quant à l'impudeur de ses scènes de nudité on est mal renseigné pour l'estimer. Le sentiment de la pudeur naît en grande partie des mœurs de la collectivité. Or en quelques années on voit varier son objet. Les jeunes filles les plus chastes, de corps et d'esprit se livrent aujourd'hui, sous l'œil indifférent du public, à des exhibitions qui eussent valu à leurs mères, quand elles avaient le même âge, l'assaut galant des hommes, la huée des femmes et la rigueur des lois. L'appoint individuel possible dans ce sentiment est proportionnel au degré de conscience de l'instinct sexuel. Adam et Eve ne furent gênés de leur nudité qu'après la faute, et l'enfant innocent est impudique. Tout ce que l'on peut déduire de ces faits se borne à confirmer notre précédente affirmation, de l'indifférence sexuelle de ce saint.

Une anomalie à apparence plus pathologique que l'on pourrait peut-être identifier est une tendance au doute. Ses redoublements d'ascétisme avaient pour but, non pas la domination d'une chair exigeante, mais l'acquisition de la certitude d'être dans la bonne route, de ne pas entraîner les autres dans l'erreur. Souvent il consultait sainte Claire, ses disciples ou quelqu'autre personnage sur l'opportunité de continuer sa tâche. On peut considérer comme l'expression d'une inquiétude outrée de ne rien omettre, les énumérations extrêmement détaillées de quelques-unes de ses compositions. C'est le cas de l'hymne, très beau par ailleurs, qui termine la *Regula Prima*. Il y cite « tous ceux qui veulent servir Dieu dans la sainte Eglise catholique, tous ceux qui vivent dans l'état ecclésiastique, tous les prêtres, diacres, sous-diacres, acolytes, exorcistes, lecteurs, ostiaires et tous les clercs, tous les moines et toutes les nonnes, et tous les enfants, petits garçons et petites filles, et tous les pauvres et nécessiteux et les rois et les princes,

©BIUM

etc. ». Et il y en a pendant quatorze lignes. Une autre semblable kyrielle est destinée aux habitants du Paradis. Pareille abondance laisse derrière elle celle des litanies et rappelle « le scrupule » au sens médical du mot.

Il est donc bien certain que ce n'est pas dans son intelligence qu'il faut chercher la supériorité de l'homme célébré cette année. On ne lui doit ni idée originale, ni système nouveau. Des cerveaux comme le sien n'eussent résolu aucune des énigmes, ni asservi aucune des forces que nous pose et oppose la nature. Les sciences, les lettres et les arts fussent tombés en décadence. Le monde fût devenu une bergerie comme Fra Angelico nous en a donné de suaves représentations. L'existence y eût été bien fade. Mais hâtons-nous de dire que jamais le pauvre ascète ne prétendit convertir tous les hommes à son genre de vie. Ce serait une grosse faute de diagnostic de traiter de débile mental cet humble qui avait tellement conscience de ses infériorités qu'il les exagérait.

C. Cet article qui ne vise qu'à souligner les particularités mentales d'un mystique, ne saurait comporter la discussion générale du miracle, phénomène d'interpsychologie dont la production résulte du concours du thaumaturge et de l'assistance.

Saint François d'Assise, comme la plupart de ses collègues en sainteté, guérit des malades, des boiteux, des aveugles, des sourds, ressuscita des morts, rendit prolifiques des ménages stériles, chassa des démons, eut des apparitions et entendit des voix. Seul il reçut les stigmates, c'est-à-dire qu'à la suite d'une vision du Christ sur la croix, des traces de plaies se dessinèrent sur les mêmes parties de son corps que les parties blessées du crucifié.

De tous ces miracles on ne retiendra que les trois derniers parce que pouvant être discutés sans égard aux assistants, et par conséquent étant acceptés comme réels.

Ces visions et ces auditions soi-disant surnaturelles se révèlent ici comme l'expression d'une forme particulière du fonctionnement psychique, qui se rencontre chez certains individus et à laquelle Sollier a donné le

©BIUM

nom d'imagination représentative (1). L'image sensorielle adéquate de l'objet accompagne toute représentation mentale de ces sujets. Ils ne peuvent penser à quelqu'un ou à quelque chose sans que leur sens entrent en jeu pour compléter l'évocation par l'apport de leurs impressions spécifiques. L'hallucination n'est chez eux que le paroxysme facilement atteint sous l'influence de l'émotion, d'un phénomène habituel. Or, l'imagination représentative existe surtout chez les êtres sensibles aux spectacles de la nature comme l'était le saint poète. Elle se montre nettement dans certaines circonstances de sa vie comme la suivante. Une nuit qu'il passait en compagnie d'un de ses frères renommé pour la beauté de ses chants, sous le toit du pape, il pria son compagnon de lui fredonner un cantique. L'autre s'excusa de peur de troubler le repos d'une si noble demeure, et le maître se rendit à l'excuse. Mais peu après, celui-ci entendit les chants les plus mélodieux qui jamais eussent frappé ses oreilles. Cette fois, comme les autres, ses prières et ses méditations s'objectivaient en apparition et en voix sous l'influence de l'imagination représentative, imagination que d'ailleurs Mignard appelle objectivante.

Ajoutons encore que ces phénomènes se produisaient surtout pendant les périodes de jeûne, et l'on sait combien jeûnes et intoxications sont favorables à l'hallucination.

Quant aux stigmates, il est à noter tout d'abord que jamais l'humble héros ne se vanta d'en être porteur. C'est son entourage qui découvrit sur ses mains, ses pieds et son côté les augustes traces. Elles sont l'effet d'une sensibilité réactionnelle des vasomoteurs analogue à celle des sens ci-dessus exposée. L'excitation purement mentale produite par la contemplation d'une plaie sur autrui peut-elle suffire à localiser la réaction vasomotrice du contemplateur sur la partie symétrique de son corps ? Certains l'affirment, d'autres le contestent. Ce qui est sûr, c'est qu'une excitation physique de

(1) Sollier et Courbon. — *Sémiologie pratique des maladies mentales*. Masson, 1924.

©BIUM

cette partie symétrique, telle qu'une simple pression des mains, y suffit. Qu'un sujet aux réactions vasomotrices extrêmement dociles, dans l'ardeur de sa contemplation des plaies, porte inconsciemment sa main sur les points de son corps qui correspondent aux points blessés du corps d'autrui, geste tout instinctif, un érythème plus ou moins intense pouvant aller jusqu'à l'ulcération apparaîtra et durera plusieurs heures ou plusieurs journées.

Voici une observation que j'ai rapportée ailleurs (1) avec M. Charon. Un soir, une hémorragie de la région mammaire apparue soudainement en pleine classe chez une institutrice provoqua une émotion énorme parmi les élèves. Le lendemain, à la douche, on constatait un gonflement et une rougeur extrêmes du sein de l'une d'elles âgée de 15 ans, sans qu'il fût possible de déceler le moindre signe de grattage. Elle avoua avoir été profondément impressionnée par ce qu'elle avait vu la veille et nia, avec raison sans doute, s'être touché volontairement le sein. Vraisemblablement elle se l'était comprimé inconsciemment en vertu de l'impulsion mimétique qui fait adopter par tout spectateur d'une scène très émouvante l'attitude de ses acteurs. On pare instinctivement sur soi-même le coup dont on voit un autre se défendre.

Enseignements de saint François d'Assise à la psychiatrie. — L'analyse psychologique de saint François et l'observation de sa conduite mettent en évidence des faits dont le psychiatre doit faire son profit.

Tout d'abord son cas est une preuve de la valeur relative de beaucoup de vérités psychiatriques. Il démontre notamment que les constellations de caractères décrites comme autant de types ne sont pas d'une rigidité indéformable.

Il est très vrai que mysticisme et érotisme marchent habituellement de pair, mais nous voyons là qu'il n'en est pas perpétuellement ainsi. Ne nous acharnons donc pas toujours à chercher, autour des systèmes d'idées mystiques de nos malades, une comète érotique qui

(1) *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, mars 1913.

©BIUM

éventuellement n'existe pas. Que la psychanalyse désireuse de guérir le scrupule de naïves filles leur épargne les éclaboussures de sa scholastique pornographique qui ne pourraient qu'aggraver leur désarroi !

Il est vrai également qu'amour de la nature et amour sexuel soient souvent réunis, mais là encore nous constatons leur séparation. La capacité de volupté n'est pas toujours alliée à la capacité des autres jouissances. Tout en reconnaissant la justesse de la théorie de la sublimation pour certains individus qui dérivent sur une direction immatérielle leurs aspirations charnelles, ne la généralisons pas. Considérons comme incomplets les réfractaires à cette attirance voluptueuse des sexes, qui sans relâche précipite dans les abîmes de l'agitation la plus inquiète et lance sur les cimes les plus sublimes de l'ivresse, l'esclave qu'une tremblante reconnaissance soumet à son implacable tyrannie. Plaignons-les, mais ne prétendons pas les reconstruire en les déformant.

L'enseignement le plus fructueux que donne aux psychiatres cet humble, pauvre en esprit, mais regorgeant de richesse par le cœur, est celui de la suppléance de l'intelligence par l'affectivité. Sans avoir pâli sur les philosophes de tous les temps, sans avoir médité sur les révolutions des empires, sans presqu'aucune instruction, il a découvert par intuition affective des vérités que méconnurent de savants penseurs et que l'on est encore mal venu d'affirmer dans certains milieux.

Il a trouvé l'inégalité des hommes, non pas en les analysant, mais en les aimant. A ses frères qui rivalisaient d'ardeur pour se mortifier il criait : « En vérité chacun a le devoir de prendre conseil de sa propre nature. Il y en a quelques-uns parmi vous qui peuvent se maintenir en vie avec moins d'aliments que d'autres. En conséquence, je veux que celui qui a besoin de plus d'aliments ne se croit pas obligé d'imiter les autres. » Nous avons déjà reproduit des citations analogues. — Dans les facultés intellectuelles il reconnaissait la même inégalité que dans les forces physiques. Il respectait la supériorité de la véritable science : « Tous les théologiens et tous ceux qui nous servent en nous expliquant la parole de Dieu, nous devons les honorer

©BIUM

et les estimer très haut, car ils nous donnent l'esprit et la vie... Pour ce qui est de moi, tout ce que je sais, est Jésus-Christ le pauvre et le crucifié, et cela me suffit. » Mais il se méfiait du faux savoir et n'était pas dupe des prétentions injustifiées, comme le prouve sa métaphore : « Il y a une grande différence entre un mouton qui bêle et un mouton qui paît, car en bêlant le mouton ne rend de service à personne et en paissant il se rend service à lui-même. » Même acceptation des inégalités sociales. « Ceux-là aussi ont Dieu pour maître et il peut, quand il lui plaît, les rappeler comme les autres et les rendre justes et saints », disait-il des grands de la terre vivant dans le luxe.

Conséquence de cette connaissance des différences entre les hommes, il savait les prendre, leur être utile et les utiliser. Pour prêcher aux gens du monde il commençait par assister gaiement à leurs fêtes, et pour se faire entendre des malfaiteurs voici la façon d'opérer qu'il donnait à ses disciples : « Allez et procurez-vous du bon pain et du bon vin et portez cela à ces pauvres gens dans le bois où ils se tiennent ; et appelez-les et criez-leur : « Frères brigands, venez sans crainte ici ; nous sommes les petits frères et nous vous apportons du bon pain et du bon vin. » Alors ils viendront tout de suite ; et vous, vous étendrez une nappe sur le sol et vous leur mettrez le couvert et vous les servirez humblement et gaiement pendant qu'ils mangeront. Puis quand ils auront fini de manger, vous leur direz la parole de Dieu et enfin vous leur demanderez de vous accorder à leur tour une faveur : à savoir, qu'ils vous promettent de ne jamais tuer personne et de ne jamais infliger à personne aucun mal corporel. Car si vous leur demandiez tout d'une seule fois, sûrement ils diraient non... Puis le lendemain, pour les remercier de leur bonne promesse, vous irez leur porter avec du pain et du vin, encore de bons œufs et du bon fromage, et de nouveau vous les servirez pendant qu'ils mangeront. Et quand ils auront mangé vous leur direz : « Nos frères, pourquoi restez-vous ici toute la journée à souffrir de la faim et à supporter maintes misères et puis aussi à compromettre le salut de vos âmes ? Vous feriez bien

©BIUM

mieux de servir le Seigneur, car il ne manquerait point de vous accorder ce dont vous avez besoin ici-bas, sur la terre, et en même temps il sauverait vos âmes. »

Quelle fine leçon de diplomatie sous cette touchante naïveté ! Quelle anachronique sagesse fait comprendre à ce mystique d'une époque qui allait bientôt inventer l'inquisition, que l'apprivoisement du corps est parfois le meilleur moyen d'attraper l'âme.

On a déjà souligné ici le caractère éminemment pratique de l'institution du Tiers-Ordre qui satisfait les aspirations de l'individu avec le minimum de dérangement social. Ses frères, quand ils furent assez nombreux, il les divisa en prêcheurs, orateurs et travailleurs, suivant leurs aptitudes. Et c'est encore d'après celles-ci qu'il les affectait aux missions des divers pays.

En écoutant simplement son cœur, cet inculte vagabond avait donc, en dépit des entraînements du mysticisme vers l'absolu, acquis un peu de ce sens de la mesure que l'occident doit aux maîtres de la pensée antique dont il ignorait jusqu'au nom. Sachons être nous aussi un peu mesurés dans l'application de notre science, encore conjecturale sur bien des points. Sachons surtout varier nos méthodes de thérapeutique suivant les exigences inégales des malades toujours dissemblables qui ont à faire à nous.

L'exemple de cette suppléance de l'intelligence par l'affectivité, de la raison par le sentiment est très instructif. Il éclaire l'action de l'affectivité dans le jugement et marque l'opposition qui existe entre juger et raisonner. Le « petit frère » eût fait un mauvais raisonneur et eût manqué d'habileté pour défendre des jugements dont l'excellence des résultats prouvait la valeur. Nous savons par nos malades, dont quelques-uns raisonnent comme des gens normaux tout en agissant follement, que le raisonnement est pour peu de chose, tandis que le jugement est tout dans la direction de la conduite. Nous avons la démonstration inverse de cette même vérité dans ce réalisateur qui sans raisonner jugeait sainement. Le succès de ses consolations auprès de tant de malheureux nous explique la faible importance de la dialectique en psychothérapie. Etant de si

©BIUM

peu d'utilité pour soulager ceux dont l'intelligence est lucide, elle ne saurait en avoir beaucoup sur ceux dont l'intelligence est troublée.

De plus cet ascète, malgré toutes les mortifications qu'il s'infligeait, nous enseigne toute une politique de la joie. Quoique expectant le ciel, il ne diffame pas la terre ; bien au contraire, il nous prépare aux splendeurs de l'au-delà, en nous faisant goûter quelques-unes d'ici-bas. Il nous force à reconnaître que la nature est belle, qu'il est agréable de la contempler, que la vie peut et doit même être joyeuse. Il ordonnait à ses disciples, nous l'avons vu, la gaieté comme une vertu. Bien des siècles plus tard, cette apologie de la joie sera reprise par un penseur d'une envergure autrement vaste que la sienne et de mœurs aussi pures : « La joie, conclut Spinoza, est le passage de l'homme d'une moindre à une plus grande perfection. » Gardons le souvenir de cet accord de deux esprits aussi différents et que le commandement d'être gai soit l'un des premiers préceptes de toute hygiène mentale.

Enfin, le saint ignorant du Moyen Age avait découvert sept cents ans avant qu'ils ne fussent érigés en système philosophique, les principes auxquels obéissent plus ou moins inconsciemment tous les meneurs d'hommes. « La science livresque est non seulement inutile mais nuisible. C'est par leur action que les hommes doivent prêcher. Il n'y a de science vraie et digne d'être recherchée que celle qui conduit à des actions. » Ces paroles qu'il prononça sont autant de sentences qu'on croirait formulées par le pragmatisme d'aujourd'hui. Traduites en langage psychiatrique, elles proclament la supériorité de l'observation clinique sur la spéculation théorique.

CONCLUSIONS. — Saint François d'Assise, d'après les documents plus légendaires qu'historiques que l'on possède, semble pouvoir être résumé ainsi. D'une intelligence relativement médiocre et non cultivée, mais d'une affectivité extrêmement développée, il dépassa en jugement sur certains points de grands penseurs : reconnaissance de l'inégalité des hommes et de la supériorité

©BIUM

de la pratique sur la théorie, sens de la mesure, fondation du Tiers-Ordre, apport des moyens de satisfaire quelques-unes des aspirations de son temps. C'est ce qui explique son succès auprès de toutes les classes sociales.

Mystique sans érotisme, poète mais non artiste, ascète apologiste de la joie de vivre, il n'est aucunement justiciable du psychiatre qui ne lui découvre rien de mentalement pathologique. Mais la psychiatrie ne saurait se désintéresser de lui, à la fois parce qu'il lui apprend une méthode pour conduire les hommes et parce que c'est elle qui a enseigné à la psychologie le mécanisme naturel de quelques phénomènes caractéristiques des mentalités comme la sienne : c'est-à-dire la production des apparitions et des voix par le jeu de l'imagination représentative, celle des stigmates par l'hypersensibilité réactionnelle des vasomoteurs.

Tout ce que la science dans son impartialité terre-à-terre puisse faire devant une figure aussi originale, c'est de la classer à égale distance des malades et des normaux dans le groupe des anormaux, groupe dont la formation, ainsi que l'on s'efforce de le démontrer ailleurs (1) par un parallèle entre la pensée mystique et la pensée morbide, est indispensable, sous peine de ranger injurieusement parmi les fous tous les gens supérieurs à la majorité de leurs contemporains.

Paul COURBON.

---

(1) COURBON. — La pensée mystique et la pensée morbide. *Journal de Psychologie*, (à paraître).

©BIUM

CRIMES ET DÉLIRES PASSIONNELS

Par J. CAPGRAS

Les psychoses raisonnantes et passionnelles provoquent encore des controverses médicales, tant pour la justification de l'internement que pour l'appréciation de la responsabilité. Afin de supprimer ces divergences d'opinion, on ne saurait apporter trop de documents. Je vais donc résumer et commenter brièvement quelques observations de paranoiaques.

On me permettra tout d'abord de souligner une fois de plus deux caractères essentiels : la lucidité, la clarté d'esprit, la fermeté de caractère de ces malades et l'impassibilité, la satisfaction du paranoiaque criminel devant le cadavre de sa victime. Cette « inhumaine sérénité », dit-on, fermerait à la pitié le cœur des jurés si indulgents pour les crimes passionnels.

Non seulement le public, mais des magistrats et des médecins restent rebelles à la compréhension de ce symptôme paradoxal qu'avec M. Sérieux nous avons appelé un symptôme négatif parce qu'il paraît être la négation même d'un trouble mental, alors qu'il ne manque jamais dans les délires d'interprétation et de revendication. On ne peut tenir pour aliéné quiconque parle et écrit correctement, quiconque raisonne logiquement. Cette erreur est si profondément enracinée dans l'esprit des magistrats que les experts les plus qualifiés ne réussissent pas toujours à l'arracher. Paul Garnier et Marandon de Montyel firent ici, en décembre 1894, une communication retentissante sur ce sujet. Un persécuté-jaloux qui avait blessé sa femme d'un coup de revolver, interné après ordonnance de non-lieu, fut mis en liberté par le tribunal, malgré plusieurs certificats des médecins traitants, malgré un rapport de Magnan, attendu, disait le texte même du jugement, que cet homme « n'est pas et n'a jamais été

©BIUM

aliéné ». Je rappellerai également le cas célèbre d'Hersilie Rouy indemnisée après un long internement (1).

De cette méconnaissance d'un symptôme essentiel des Psychoses systématisées, je citerai deux nouveaux exemples qui s'ajouteront à ceux d'aliénés méconnus et condamnés déjà publiés.

Le premier appartient à la Schizophrénie plus qu'à la Paranoia. Il n'en est pas moins intéressant au point de vue médico-légal. C'est une dégénérée à très lourde hérédité, internée dans mon service à 46 ans, en novembre 1923, à la suite d'un non-lieu pour tentative de meurtre. A 14 ans voleuse placée en maison de correction, elle fut internée de 16 à 18 ans à l'asile d'aliénés de Saint-Yon. A 20 ans, elle tua son amant d'un coup de couteau pour un motif futile. Condamnée à trois ans de reclusion, six jours après sa libération, en 1903, elle fut internée neuf mois à Maison-Blanche pour délire mélancolique hallucinatoire avec négativisme et impulsions dangereuses. Pendant vingt ans ensuite elle se conduisit bien, se maria, éleva trois enfants. En 1923, une hallucination impérative la poussa à poignarder un garde municipal devant le Palais de Justice pour venger son père défunt que ses voix accusaient d'avoir été le complice du premier meurtre. Actuellement c'est une schizophrène, peu hallucinée, peu affaiblie, mais bizarre : soliloques fréquents, rires, chants, danses, maniérisme, menaces, violences, courtes crises d'agitation. Longtemps réticente, elle est encore peu loquace mais elle ne cache pas entièrement ses idées de grandeur qui supplantent peu à peu d'anciennes idées de persécution. Elle descend de Napoléon, elle possède des milliards, elle gribouille des dessins informes qui représentent ses châteaux.

Il est vraisemblable qu'au moment du premier meurtre, commis entre deux internements, cette femme était irresponsable. A vrai dire, la société n'eût pas été mieux protégée par le séjour à l'asile, car on n'aurait

(1) P. SÉRIEUX et J. CAPGRAS. — Roman et vie d'une fausse princesse. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, mai et juin 1910.

©BIUM

sans doute pas maintenu vingt ans cette séquestration. Ce cas pourrait néanmoins appuyer l'opinion de Christian qui, plaçant avant tout l'intérêt social, soutenait qu'il ne faut jamais laisser sortir un aliéné criminel parce qu'on n'a aucune garantie contre la rechute. Il citait l'exemple d'un jaloux meurtrier qui se remaria au bout de vingt-trois ans et tua de nouveau sa femme et son enfant comme la première fois.

Cette question d'internement prolongé se pose également à propos de ma seconde malade. Pour celle-ci, la méconnaissance du délire eut des conséquences certainement évitables sans cela. En février 1924, une couturière de 39 ans tira au hasard des coups de revolver sur les passants, boulevard de la Madeleine, blessa trois personnes et fut internée aussitôt. Persécutée depuis sept ans, elle avait déjà, deux ans auparavant, tiré deux coups de revolver sur son ami qu'elle accusait de vouloir l'étrangler. Devant le tribunal cet ami déclara qu'elle ne jouissait pas de toutes ses facultés. Elle ne fut pourtant pas soumise à un examen médico-légal et fut condamnée à quatre mois de prison. A Saint-Lazare, hallucinations auditives et interprétations persistèrent sans attirer l'attention du personnel. « Ce cas, note le Docteur Henri Colin, à la fin de son certificat, est un exemple frappant de la nécessité de soumettre les prévenus et les détenus à un examen mental confié à des médecins qualifiés. »

Si le juge n'a pas, cette fois-là, fait appel à l'expert, c'est qu'il n'a pas soupçonné la psychose en raison de l'entière lucidité de la malade et de la dissimulation du délire. Cette femme, en effet, était extrêmement réticente et l'est encore. Quelques jours après son entrée dans mon service, elle n'était plus hallucinée, regrettait son acte qu'elle qualifiait d'abominable et rectifiait en partie ses idées de persécution, déclarant qu'il y avait « un peu de vérité, mais beaucoup d'imagination ». Depuis lors, elle est toujours restée lucide, calme et polie. Pour justifier la prolongation de l'internement, je ne dispose que d'éléments rétrospectifs et de quelques signes d'une constitution paranoiaque. Je me crois cependant autorisé à maintenir une crimi-

©BIUM

nelle récidiviste, malgré sa guérison apparente, parce que la Clinique enseigne qu'un délire d'interprétation avec bouffées hallucinatoires, qui dure depuis sept ans, s'apaise quelquefois mais ne guérit jamais.

Toutefois c'est pour des cas pareils que l'on déplore l'insuffisance de la législation relative aux aliénés criminels. On a beau se répéter que ces longues rémissions cachent un délire latent, qu'elles laissent le malade aussi dangereux que par le passé, on trouve dans son expérience personnelle des objections sérieuses et parfois des faits contraires. J'ai longtemps gardé à Maison-Blanche une persécutée lucide, à système très limité, sans aucune extension, mais fort exaltée et absolument convaincue. Elle aussi avait tiré des coups de revolver sur un concierge, son ennemi, et, loin de regretter son acte, elle s'en glorifiait. Elle ne cessait de réclamer sa sortie et je ne pouvais pas la proposer. Transférée en province, elle obtenait bientôt après sa mise en liberté. Il y a de cela cinq ans et depuis cinq ans elle est garde-malade à Paris à l'entière satisfaction de ses employeurs, sans manifester la moindre idée de persécution, la moindre intention de vengeance. Il existe donc des paranoias frustes, petits systèmes délirants sans évolution progressive, dont le défaut de rectification n'implique pas la persistance de réactions violentes et que l'on ne saurait par conséquent condamner à une séquestration perpétuelle. Ne pourrait-on pas aller plus loin et se demander si ces petits paranoiaques, capables de résister à leurs penchants et souvent intimidables, ne seraient pas, en se plaçant exclusivement au point de vue de la défense sociale, mieux traités par la prison que par l'asile. On hésite à répondre affirmativement parce qu'il répugne à notre conception de la justice de punir un acte insensé, aussi atténué soit-il. L'hésitation cesserait sans doute si l'on éliminait du Code pénal les notions de responsabilité et de châtiment qui le dominent pour retenir seulement celles de nocivité et de curabilité.

Dans l'état actuel des choses, le problème médico-légal se complique encore si du Délire d'interprétation on passe à cette autre forme de Paranoia, que d'au-

©BIUM

cuns considèrent comme la Paranoia type, le Délire de revendication. — Psychose à idée prévalente caractérisée par une idée fixe qui se suffit à elle-même ou se fortifie par un petit nombre d'interprétations, mais s'associe à une exaltation continue et nettement polarisée de l'affectivité et de l'activité, à ce titre, très exactement dénommée Délire passionnel par G. de Clérambault, le Délire de revendication constitue un groupe pathologique qui paraît un des plus homogènes de la nosographie psychiatrique. Y prennent place, on le sait, processifs, persécuteurs hypocondriaques, politiques, mystiques, érotomanes, jaloux, réformateurs, inventeurs et tous ces fanatiques à la recherche de l'absolu que Dide a marqués du terme bien choisi d'idéalistes passionnés. Or, peut-on dire que cette maladie mentale, bien décrite, bien définie, des formes les plus accusées aux formes les plus frustes, ait une valeur médico-légale spécifique ? Peut-on poser l'équation Délire de revendication = irresponsabilité et internement, comme on le ferait pour un crime de dément précoce.

Strictement on le devrait, car nul ne conteste que le Délire de revendication soit un état psychopathique. En pratique, on n'y réussit pas toujours parce qu'on ne possède pas des raisons décisives pour différencier absolument la passion de la folie, pour séparer radicalement le crime passionnel pur relevant de la cour d'assises, du crime passionnel délirant relevant de l'asile d'aliénés. Souvent ces raisons décisives existent, mais elles sont tirées de particularités du syndrome dont l'appréciation peut varier avec les experts.

Dans certains cas, le crime passionnel apparaît morbide, non pas en lui-même, mais en raison de la constitution pathologique tout entière qui l'a déterminé. Cette passion ne présente pas les caractères du Délire de revendication, mais elle s'est développée chez un individu que son profond déséquilibre mental rend irresponsable.

Un exemple fera comprendre ma pensée. Le 1er avril 1923, entre dans mon service, à l'occasion d'un non-lieu, une femme de 40 ans qui a tué son amant d'un

©BIUM

coup de revolver le 21 août 1922. Une longue période s'est écoulée entre le crime et l'internement ; il a fallu une longue observation pour élucider ce cas difficile. C'est qu'en effet, d'après le récit qu'en fait la malade et que l'enquête a confirmé, ce meurtre fut la conséquence de soupçons légitimes, d'une jalousie justifiée, d'une exaltation exclusivement passionnelle et non point délirante à proprement parler. — Une amie écrit à cette femme que son amant la trompe et va se marier. Bouleversée par la crainte de cet abandon qui la laisserait dans le dénuement, elle court aussitôt à la poursuite de cet homme, architecte dans les pays dévastés, interroge plusieurs personnes, croit reconnaître la maîtresse ou la fiancée, rentre à Paris, menace son amant, l'accompagne dans ses déplacements, parle de se suicider, se bat avec lui, fait tant et si bien que celui-ci, exaspéré, lui annonce qu'il va la quitter. Le lendemain, après une nouvelle scène, elle prend un revolver et tire, puis affolée, elle va demander du secours au commissariat. L'exaltation passionnelle avait duré une dizaine de jours. Peut-on dire de cet état mental qu'il fut plus délirant que passionnel : cet accès de jalousie fut-il véritablement pathologique ? Je ne sais quelle a été tout d'abord l'impression des experts. La mienne fut qu'il s'agissait surtout d'une déséquilibrée impulsive, d'une jalouse dominée par sa passion. Je ne constatai, en effet, aucun signe net de délire. Une observation de dix-huit mois n'a point modifié ma manière de voir sur la nature de la jalousie, mais néanmoins elle a entièrement corroboré les conclusions des experts. Cette femme est une dégénérée dont toute la vie fut remplie de syndromes plus ou moins durables : délire de revendication chronique à propos d'un premier amant à qui elle réclamait une forte indemnité pour contamination spécifique, fréquentes bouffées de délires de persécution. A maintes reprises, durant son séjour à Maison-Blanche, j'ai constaté des accès de délire polymorphe avec idées d'empoisonnement, idées hypocondriaques, récits imaginaires, confusion mentale, anxiété, refus d'aliments, tout cela séparé par de longs intervalles lucides où se

©BIUM

révélaient seulement les signes d'une constitution paranoiaque. Chez cette déséquilibrée, la notion d'irresponsabilité se justifie, en conséquence, non point par l'examen de l'épisode passionnel et du meurtre, mais plutôt par la connaissance des antécédents de l'inculpé et la constatation de divers troubles mentaux sans relation avec le crime.

La valeur médico-légale d'un crime passionnel ne se déduit donc pas uniquement des caractères de la passion. Même si ces caractères restent quasi-physiologiques, l'acte peut avoir une origine morbide décelée par la conduite et la vie tout entière de l'individu. De pareils cas ne sont pas tout à fait assimilables au Délire de revendication, encore qu'ils en représentent peut-être des bouffées. Ils s'en rapprochent par le fond commun de déséquilibre mental.

Chez d'autres criminels le Délire de revendication apparaît avec tous ses signes et son évolution caractéristiques : l'idée prévalente, la longue rumination, les petites interprétations, la suractivité, la ténacité. On trouve le syndrome au complet. Toutefois, pour conclure à l'irresponsabilité, on cherche certains signes, accessoires pour le diagnostic, mais capables de rapprocher le trouble mental du délire systématique plus que de la passion simple.

La couleur des conceptions délirantes, le contenu du thème, l'extravagance des revendications fournissent des arguments décisifs. Certaines variétés de délires passionnels sont tellement connues, tellement caractéristiques que l'irresponsabilité s'impose pour ainsi dire d'emblée : on pourrait citer nombre de persécuteurs processifs, hypocondriaques ou mystiques.

Cependant, même pour ce type de revendicateur qu'est le processif, la discussion commence dès que la psychose a pour point de départ un fait exact, ce qui arrive neuf fois sur dix. On l'a constaté ici-même en octobre 1924 à propos d'une communication où M. Trénel fit allusion à Hersilie Rouy. Très justement M. Arnaud critiqua l'emploi du mot délire ; cette psychose, en effet, est moins un délire qu'un état passionnel morbide, nous l'avons dit avec M. Sérieux. Mais il

©BIUM

n'est pas toujours commode d'apprécier la morbidité de cette passion. Je viens d'en avoir tout dernièrement la preuve. J'ai reçu au Dispensaire de Prophylaxie mentale la visite d'un employé de chemin de fer qui demandait un certificat de bonne santé mentale. Porteur d'un volumineux dossier, il me conta pendant près de deux heures ses démêlés avec l'administration qui durent depuis deux ans. Tout d'abord il eut à défendre sa mère, garde-barrière, laquelle n'avait reçu qu'une modique pension pour un accident du travail. Il la fit examiner par d'éminents chirurgiens, poursuivit la Compagnie et obtint en appel le doublement de la pension. Atteint lui-même d'appendicite chronique, constatée sur sa demande par les plus grands chirurgiens de Paris et de l'Ouest, il ne put se faire opérer par le médecin de la Compagnie, mais fut signalé comme atteint de troubles psychiques. On lui retira donc le service de sécurité dont il était chargé depuis longtemps pour le verser à la comptabilité. Incapable d'écrire par suite d'une névrite du cubital consécutive à un accident du travail, il fit encore constater cette infirmité par les plus éminents neurologistes de Paris et protesta contre son déplacement. Finalement on le réforma pour troubles mentaux. Aussitôt, suivant son mode de réaction, il s'adresse aux médecins spécialistes pour faire établir l'intégrité de ses facultés et c'est dans cette intention qu'il vient au Dispensaire. Un psychiatre lui a déjà délivré sur papier timbré un long certificat de quatre grandes pages entièrement remplies d'une fine écriture, éloquent plaidoyer en même temps que discussion serrée de ce cas, duquel il résulte que cet homme est une victime, qu'il n'a jamais présenté les signes du Délire de revendication ou d'interprétation, ni même ceux de la constitution paranoiaque, et qu'il a simplement manifesté à bon droit de nobles qualités d'énergie et d'intelligence. Le principal argument de ce confrère très averti est l'absence de toute conception délirante et la réalité des dommages.

Est-ce suffisant pour éliminer la psychose ? Ce qui constitue la morbidité de cet état passionnel ce n'est

©BIUM

point l'inexactitude de l'idée prévalente ni l'abondance des interprétations — celles-ci sont au contraire peu nombreuses et très exceptionnellement délirantes — c'est la polarisation de l'affectivité, l'aveuglement, la ténacité, l'acharnement, bref l'hypersthénie et, point capital, une hypersthénie excessive. Pour affirmer la psychose, en effet, il faut constater des disproportions évidentes : disproportion entre le mobile invoqué et la suractivité dépensée, disproportion entre le dommage subi, petit ou grand, et l'effet colossal recherché, disproportion enfin entre la médiocrité de l'ouvrier et la grandeur de l'entreprise. Tout processif porte en lui un orgueilleux, un ambitieux, un mégalomane. Mais ce dernier ne s'extériorise pas du premier coup ; pour le dévoiler il faut avant tout se garder d'éveiller sa méfiance par des objections mais plutôt partager sa foi et stimuler son ardeur combative. On est alors surpris de la transformation qui s'opère. Le cheminot de tout à l'heure qui longtemps exposa avec une clarté parfaite, une entière sincérité et un calme imperturbable ses griefs bien fondés, ses multiples démarches auprès de personnages politiques et de sommités médicales, montrant les nombreux certificats qu'il a soigneusement classés et qu'il sait par cœur, cet homme d'aspect si pondéré s'animait enfin et s'écriait : « J'ai commis un crime de lèse-majesté en m'attaquant à la Compagnie, en la faisant condamner par le Tribunal. Les représailles commencent, je ne les crains pas. Je ne veux point m'adresser aux syndicats, je n'en ai pas besoin. Je vaincrai seul l'iniquité, comme la première fois. On m'a parlé de la lutte du pot de terre contre le pot de fer, on ne m'intimidera pas. Je lutterai jusqu'au bout, rien ne m'arrêtera. Je ne défends pas seulement mon intérêt. Ma cause a une autre importance. J'abattrai la tyrannie, l'arbitraire de la toute-puissante administration ! » Ainsi parlait ce modeste employé, et derrière lui, m'a-t-il semblé, se profilait la silhouette du redresseur de torts, de l'apôtre en marche vers le Délire de revendication.

Plus que les quérulants, les amoureux ont fait l'objet d'expertises contradictoires. Grâce aux travaux de

©BIUM

G. de Clérambault, à ses descriptions minutieuses et objectives, on connaît un syndrome, l'érotomanie, qui échappe désormais à toute controverse. Il y a là un ensemble de symptômes, de telles erreurs de jugement, surtout en ce qui concerne la manière constante d'interpréter « la conduite paradoxale de l'objet », une telle certitude des réactions futures qu'on ne saurait hésiter à ordonner l'internement.

Reste à rechercher si le syndrome de Clérambault est la seule forme d'amour délirant. Un avocat qui a publié un ouvrage intéressant sur la passion criminelle, Ernest Charles, note que l'ancien droit français, si rigoureux, admettait des circonstances atténuantes pour les crimes passionnels, « car cette passion est comparée à la folie et à l'ivresse ». « L'avenir, ajoute-t-il, résoudra ce problème de savoir si l'amour au degré qui le fait criminel n'est pas proprement une folie. »

D'ailleurs, quelquefois, la passion conduit au délire : tel délinquant passionné, reconnu responsable aujourd'hui, sera demain interné comme aliéné. Naguère, remplaçant mon collègue et ami Leroy, je reçus dans son service une étrangère qui, d'abord réticente, ne tarda pas à manifester un Délire d'interprétation des plus actifs. L'année précédente, elle avait voulu tuer l'ambassadeur de son pays, par haine du gouvernement qu'il représente. A ce moment, déséquilibrée, exaltée mais non aliénée, elle fut expulsée, après expertise médico-légale. Voilà donc une passionnée qui en quelques mois s'est transformée en une interprétatrice. Peut-on assurer que ce Délire ne germait pas au moment de la tentative de meurtre, au moment où seule une haine politique, sans caractère morbide, semblait armer le bras de cette déséquilibrée ?

Difficultés identiques pour ce corollaire de l'amour et de la haine qu'est la jalousie avec sa manie d'interpréter les gestes, de dénaturer les actes, de préparer longuement, sournoisement sa vengeance. A quoi reconnaît-on ce délire de jalousie, comment le différencie-t-on de la passion ? Ici encore les signes essentiels de la psychose à idée prévalente ne suffisent pas, car ils se retrouvent dans la passion : il y faut autre

©BIUM

chose. C'est tout d'abord l'absurdité du thème : certains jaloux, ce sont surtout des séniles ou des alcooliques, lancent contre leur conjoint des accusations tellement fantastiques et invraisemblables qu'elles dénotent un affaiblissement intellectuel. Dans d'autres cas, les interprétations restent plausibles, mais elles se multiplient, elles s'enrichissent de preuves obtenues par des procédés de surveillance méticuleuse, elles s'étendent et se coordonnent à tel point que l'expert conclut au Délire d'interprétation et à l'irresponsabilité.

Si l'on s'en tient au délire passionnel de jalousie où comme chez tout revendicateur, quelques rares interprétations s'associent à l'idée fixe et à l'exaltation, en dehors de l'absurdité possible mais exceptionnelle du délire, on peut constater le signe important que j'ai déjà signalé chez le processif : la disproportion et notamment l'énormité, la monstruosité de l'accusation et de la vengeance.

Je m'explique, toujours par un exemple. Il y a dans mon service, depuis le 8 avril 1922, une femme de 55 ans qui ne présente aucun trouble mental apparent, aucun délire, pas la moindre interprétation, pas la plus légère exaltation. Toujours calme, parfois souriante, plus souvent l'air fatigué ou attristé par ce long internement contre lequel elle proteste maintes fois mais toujours sans colère, elle se montre douce, serviable, empressée même auprès du personnel dont elle a la confiance, un peu plus distante à l'égard de ses compagnes dont les divagations l'importunent. Pour un profane cette personne si parfaitement lucide, dont la conversation et la conduite ne révèlent rien d'anormal, serait incontestablement la pitoyable victime d'une séquestration arbitraire. Mais parle-t-on à cette femme de sa fille, aussitôt sa figure s'assombrit. Car, sa fille, elle la hait. Elle la hait d'une haine implacable qui, depuis longtemps se nourrit d'elle-même, qu'aucune interprétation nouvelle n'alimente. Elle hait sa fille parce que celle-ci est la maîtresse de son père, affirme-t-elle. Regards, gestes, baisers, chuchotements et surtout quelques taches sur une serviette hygiéni-

©BIUM

que l'ont éclairée une fois pour toutes. Pendant douze ans ensuite elle a vécu entre les deux complices, sûre de leur inceste, les épiant, cachant son dégoût, ruminant sa vengeance. Un jour enfin cette femme, aujourd'hui si douce, remplit un saladier d'essence, le renverse sur sa fille, allume les vêtements et, impassible, regarde la malheureuse flamber comme une torche. « Psychose à idée prévalente. Irresponsabilité. Internement nécessaire », déclare l'expert et il fonde ses conclusions sur les caractères spécifiques bien connus de la maladie. Mais l'argument capital, celui qui force la conviction, c'est l'aspect contre-nature du thème délirant. De la part d'une mère à l'égard de sa fille, il est monstrueux en effet de baser une accusation d'inceste sur des riens : un regard, un baiser, un chuchotement, une tache ; et il est monstrueux aussi d'exécuter froidement un attentat aussi effroyable.

Toutes les haines familiales morbides n'atteignent pas à ce degré d'horreur et il devient parfois malaisé de mettre en évidence leur caractère pathologique dont les études récentes de Heuyer et de Gilbert Robin ont cependant révélé nombre de traits. Liées à une psychose, délire hallucinatoire ou schizophrénie, leur diagnostic s'impose. Quand elles constituent le fonds même du trouble mental elles donnent prise à la discussion. On n'a pas assez dégagé à leur endroit, spécialement chez les vieilles femmes, un syndrome analogue à celui du Délire raisonnant de dépossession, décrit par Régis, où l'hypertrophie de l'instinct de propriété engendre la méconnaissance systématique des jugements, des ventes ou des expropriations et l'opposition violente à leur exécution. De même l'amour maternel hypertrophié, avec le sentiment d'autorité qui l'accompagne, n'abdique jamais et ne se laisse point découronner sans châtier le coupable.

J'ai observé dans mon service, chez une femme de soixante ans, un cas de jalousie et de haine maternelle tout à fait comparable à ce délire de dépossession. Il était caractérisé d'abord par l'idée fixe d'empêcher le mariage d'une fille de trente ans, mariage dépossédant la mère puisqu'il rompait une communauté de vie

©BIUM

estimée définitive, puis par des interprétations plausibles des faits et gestes de cette fille, enfin par une excitation malicieuse se traduisant par des taquineries, des chantages, des menaces, des coups et par la simulation d'une pendaison. Tout cela si adroitement effectué que les voisins, prenant le parti de la malade, lancèrent une pétition pour protester contre son internement.

En de semblables circonstances, l'observation directe ne suffit pas. Seuls les renseignements nous éclairent. J'ai examiné dernièrement dans le service de prophylaxie mentale une femme jalouse qui s'exprime en un langage précis. Elle accuse son mari de la tromper, elle l'aurait pris en flagrant délit, de jouer aux courses, de communiquer cette passion à son fils et de s'affilier à une bande de bookmakers. Elle soupçonne, d'après certains malaises, son mari de l'empoisonner. Il la maltraite, elle a fait constater ses ecchymoses par un certificat en bonne et due forme. Il veut la faire passer pour folle. Il l'a montrée à un spécialiste qui a conseillé l'internement mais, de son côté, elle a consulté un autre spécialiste qui a donné un avis différent. Grâce à l'existence d'un service ouvert pour psychopathes on a pu mettre cette femme en observation. J'ai l'impression qu'elle délire, mais on n'interne pas sur une impression. Il faut réunir un faisceau de preuves et, à cet effet, poursuivre l'enquête et prolonger l'observation.

C'est donc toute une série de témoignages qu'il faut contrôler. Et tout bien pesé, pour établir un diagnostic irrécusable, on manque souvent de l'élément essentiel: la durée. Les simples passionnés, en effet, ceux de l'amour comme ceux de la haine, et les criminels surtout, sont à la fois des obsédés, des exaltés et de petits interprétateurs, c'est-à-dire possèdent tous les symptômes du délire de revendication, mais d'un délire de revendication transitoire. Le délire passionnel morbide est un état hypersthénique qui, contrairement à celui des passions dites normales, ne se calme jamais si ce n'est par un crime ou par l'internement.

©BIUM

Devant une passion ardente et interprétative qui, depuis dix ans se traduirait par la même hantise et la même frénésie, sans doute conclurait-on au délire de revendication. Peut-être la réserve serait-elle encore prudente, si j'en crois un procès dont j'ai eu l'occasion de connaître et qui a empoisonné la retraite d'un de nos collègues les plus distingués. Pendant plus de vingt ans, de 18 à 39 ans, une déséquilibrée mystique entretient contre ses parents, surtout contre sa mère, une haine pathologique éveillée par la découverte de sa bâtardise. Pendant vingt ans elle se livre à toutes sortes d'actes agressifs ou extravagants, tant et si bien qu'enfin on se décide à l'interner. Le médecin du service dans lequel elle est placée la remet en liberté au bout d'une quinzaine de jours. Aussitôt la malade réagit comme ses pareilles : elle poursuit devant les tribunaux sa famille ainsi que le spécialiste éminent qui a rédigé le certificat d'internement. En première instance elle obtient un demi-succès : parents condamnés, médecin disculpé. Mécontente, elle fait appel : le second jugement confirme le premier. Les magistrats de Bretagne ne reconnaissent pas l'existence de ce Délire de revendication que cinq experts, particulièrement qualifiés, ont longuement décrit dans leurs rapports. Eblouis par la lucidité de cette femme, cependant peu intelligente, ils n'admettent pas l'état passionnel morbide, malgré les interprétations, les écrits et le comportement délirants et malgré une évolution progressive de vingt ans.

Est-ce à dire que le Délire de revendication serait la création chimérique d'esprits trop spécialisés ? Des faits multiples répondent qu'on le décore de noms variés mais qu'on ne saurait mettre en doute sa réalité et ses dangers. A de rares exceptions près, la psychiatrie sait marquer la limite entre la passion physiologique et ce Délire passionnel, mais elle manque de signes persuasifs, d'un critérium entraînant la certitude immédiate. Ce n'est qu'après coup, à distance, à très longue distance, que ses diagnostics s'illuminent. On le sait aujourd'hui, les littérateurs le proclament, nombre de régicides — Ravaillac, Damiens, Louvel, pour ne citer

©BIUM

que les plus fameux — furent des obsédés, des exaltés, des revendicateurs, des aliénés. Mais de leur temps, que devinrent-ils tous ces idéalistes passionnés que nous rassemblons dans le même syndrome : persécuteurs politiques ou religieux, inventeurs, réformateurs, prophètes ou thaumaturges ? L'Histoire nous l'apprend. Malgré l'identité de leur psychose, ils eurent des fortunes diverses : les uns échouèrent à l'asile ou à la prison, d'autres montèrent à l'échafaud ou au Capitole. Et si l'un d'eux se présentait à nous maintenant ? Pourrait-on démontrer d'une manière évidente qu'il s'agit bien d'un Délire de revendication, d'un Délire passionnel ? Le cri de la foule anéantirait, je le crains, la voix de l'aliéniste.

En résumé, d'une longue expérience on peut conclure ceci. Tant que le revendicateur n'a commis aucun délit, tant que ses conceptions et ses actes ne heurtent pas trop le sens commun, on ne l'interne pas, tout en le sachant dangereux, parce que la description classique de la psychose ne réussit pas à convaincre de la morbidité d'une passion lucide. L'on voit même des médecins se laisser assassiner par des persécuteurs hypocondriaques plutôt que de susciter une mesure de protection incompatible avec le respect de la liberté individuelle. Il se trouve aussi des aliénistes qui, en dépit des avis les plus autorisés, guidés par le souci très légitime d'éviter des poursuites judiciaires, n'admettent pas un internement préventif qu'ils ne croient pas pouvoir justifier suffisamment. Parfois, le médecin s'opposant à la sortie, c'est le tribunal qui l'ordonne. Enfin si l'internement se prolonge, des campagnes de presse émeuvent l'opinion publique.

Le crime accompli, on comprend que ce même revendicateur soit examiné non seulement à la lumière des vérités scientifiques, mais aussi avec des préoccupations juridiques. Or, ce point de vue médico-légal ne concorde pas avec celui des enseignements cliniques. La psychiatrie, en effet, a progressé et s'est modifiée au cours du dernier siècle, la lettre et l'esprit du Code sont restés immuables. La tâche de l'expert a grandi en importance mais aussi en difficultés d'accommodation.

©BIUM

« La science, écrit Genil-Perrin dans son beau livre sur les Paranoiaques, la science établit des rapports généraux entre les phénomènes. La justice prononce des sentences applicables à des cas particuliers. Il y a donc entre les deux, pour le moment du moins, discordance absolue de méthode et cette discordance durera tant que le Code pénal n'admettra pas la sentence indéterminée et l'individualisation de la peine. »

Obligé de se soumettre aux lois de notre époque, l'expert doit donc envisager à la fois le trouble mental et la sanction éventuelle. Souvent alors les cadres nosographiques se brisent sous la pression des exigences sociales. En théorie, le Délire de revendication est une espèce autonome, quelle qu'en soit la forme, riche ou pauvre, absurde ou plausible, égocentrique ou altruiste. En pratique médico-légale, mieux vaut considérer simplement le revendicateur criminel comme un déséquilibré dont les anomalies plus ou moins marquées sont susceptibles de présenter tous les degrés de responsabilité : nulle, entière ou atténuée. Et pour l'apprécier, dans les conditions présentes, cette responsabilité d'un Délire passionnel, il faut suivre le conseil pragmatique de Rogues de Fursac : « Toutes les fois que la défense sociale ne peut être assurée par des mesures d'ordre médical et que l'indulgence risque d'augmenter la nocivité du sujet, laisser la répression pénale avoir son plein effet, même si le sujet apparaît plus ou moins taré mentalement. »

Cependant, malgré l'incertitude de quelques diagnostics, bien des conclusions changeraient pour s'adapter à la seule objectivité des faits le jour où les inculpés pourraient être soumis à une observation continue dans un service de psychiatrie, le jour où seraient créés des asiles de sûreté et un régime spécial pour les aliénés criminels, le jour enfin où les notions de morbidité et de nocivité remplaceraient totalement celle de responsabilité toujours entachée de subjectivisme. C'est au législateur qu'il appartient de concilier les intérêts de la société, les principes du droit et les données de la science.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1926

Présidence : M. LEGRAIN, vice-président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. H. COLIN, secrétaire général, annonce que le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

Il fait part à la Société d'une délibération du Conseil municipal allouant à la Société Médico-Psychologique une subvention de 5.000 francs. Cette subvention a éte accordée sur un rapport présenté par M. le Dr Calmels au nom de la 5e Commission. Le secrétaire général propose à la Société de voter des remerciements au Conseil municipal de Paris et en particulier à M. le Dr Calmels, bien connu de tous les membres de notre spécialité pour l'appui si bienveillant et si efficace qu'il a bien voulu donner à la demande de subvention formulée par le Bureau. (*Adopté*).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — L'ordre du jour de l'assemblée générale porte : addition à l'article 5 des statuts (membres d'honneur).

L'article 5 est ainsi conçu : « La Société peut conférer le titre de membre honoraire aux membres résidants après dix ans d'exercice et lorsqu'ils en font la demande. »

La question posée à la Société est de savoir s'il y a lieu de créer des membres d'honneur et de créer ainsi un titre qui pourrait être décerné aux personnalités ayant rendu des services éminents à la Société.

Mais il importe de faire remarquer que cette addition comporterait une modification des statuts qui devrait

©BIUM

être soumise à l'autorisation de l'autorité supérieure, la Société étant reconnue d'utilité publique.

Après un court débat, la Société décide d'ajourner la question qui est renvoyée au Bureau pour étude.

ELECTIONS

Il est procédé au renouvellement du Bureau.

En remplacement de M. LEGRAIN, vice-président, qui devient de droit président de la Société pour 1927, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election du vice-président

Nombre de votants : 21

M. le Dr Leroy, 19 voix; M. Rogues de Fursac, 1 voix; bulletin blanc, 1.

M. le Dr Leroy est élu vice-président de la Société pour l'année 1927.

Réélection du secrétaire général

Nombre de votants : 21

M. le Dr Henri Colin, 18 voix ; M. le Dr R. Charpentier, 1 voix ; bulletin blanc, 1 ; bulletin nul, 1.

M. le Dr H. Colin est réélu secrétaire général.

Réélection des secrétaires des séances

MM. Guiraud et Bussard sont réélus secrétaires des séances à l'unanimité des 21 votants.

Réélection du trésorier

M. le Dr Raymond Mallet est réélu trésorier par acclamation à l'unanimité des membres présents.

SÉANCE ORDINAIRE

Mme Minkowska, MM. Abély, Collet, Demay, Minkowski, Petit, Santenoise, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 29 novembre.

©BIUM

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — MM. Sollier, président, et Semelaigne se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance. La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le Dr Courbon, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ; une lettre de M. le Dr Revault d'Allonnes s'excusant auprès de la Société de ne pouvoir assister aux séances pendant plusieurs mois par suite de son départ pour Buenos-Aires où il va prendre la direction technique d'un établissement neuro-psychiatrique, le *Sanatorio Open Door*.

Rapport de Candidature

M. DE CLÉRAMBAULT, au nom d'une commission composée de MM. Trénel, Mallet, de Clérambault, lit un rapport sur la candidature de M. le Dr Logre.

Le Dr Logre, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, membre correspondant de notre Société, sollicite de devenir membre titulaire. — Licencié en philosophie, ancien interne des Hôpitaux, ancien Chef de Clinique, reçu premier au concours de l'Adjuvat des Asiles (1914), médecin-chef-adjoint de l'Infirmerie spéciale depuis 1920, notre confrère possède, en sus de tous ces grades, un titre spécial, celui d'avoir été pendant des années le collaborateur du Prof. Dupré. Comme tel, il a participé à la rédaction de travaux déjà classiques : son nom restera lié notamment à l'étude du délire imaginatif. La caractéristique de notre confrère, comme de notre maître Dupré, est la réunion de disciplines variées : connaissances approfondies en pathologie générale, facilités égales pour l'analyse subtile et pour les plus larges vues d'ensemble, dons d'exposition hors ligne. Les directives de ses travaux semblent être, d'une part la recherche des faits organiques subtils concomitants aux faits psychiques, d'autre part la reconnaissance des causes organiques au seul vu de leur traduction psychologique. — De là, d'une part ses descriptions des phénomènes physiologiques de tout ordre chez les anxieux, ses descriptions des phénomènes vasculaires et des troubles céphalo-rachidiens chez les commotionnés ; de là l'étude du réflexe galvano-psychique ; de là

©BIUM

la notion originale des accès vasculaires comme concomitance ou substratum de l'épilepsie psychique, etc. — De là, d'autre part, le souci d'arriver à un diagnostic étiologique par l'analyse différentielle des thèmes et formules du délire, cela dans les intoxications et dans les infections elles-mêmes : travail artiste et néanmoins de toute première nécessité en l'absence de toute anamnèse et de toute donnée de laboratoire. La pratique de l'Infirmerie spéciale exige et favorise sans cesse cette sorte de gymnastique intellectuelle. — Dans ses études sur les délires d'influence symptomatiques, seul ou en collaboration avec Heuyer, Logre a montré encore son souci de chercher en arrière des processus psychiques d'autres processus plus concrets, en l'espèce troubles psycho-moteurs. J'omets à regret les travaux relatifs à la neurologie et à la pathologie interne. De même, j'omets les mises au point, publiées dans divers traités, de questions discutées ou obscures, que le sens critique de notre confrère éclaire, rectifie et réduit. Dans quelques instants, le Dr Logre sera des nôtres, et il vous semblera à tous qu'il l'était déjà depuis longtemps.

Election. — A la suite de ce rapport, M. le Dr Logre est élu membre titulaire de la Société par 20 voix et un bulletin blanc sur 21 votants.

Rapport de Candidature

M. DE CLÉRAMBAULT, au nom d'une commission composée de MM. Semelaigne, Colin, de Clérambault, lit un rapport sur la candidature de M. le Dr Heuyer.

Le Dr Heuyer, chevalier de la Légion d'honneur, titulaire de plusieurs citations, sollicite le titre de membre correspondant. Ancien interne des Hôpitaux, ancien Chef de Clinique, Médecin des Hôpitaux, récemment déclaré admissible à l'Agrégation de Psychiatrie, le Dr Heuyer exerce son activité psychiatrique également dans l'ordre sociologique et dans l'ordre scientifique : Médecin-Inspecteur des Ecoles et Titulaire du Service Annexe de Neuro-Psychiatrie infantile, il a pour programme journalier ces tâches sociales : examen des écoliers, réglementation de l'éducation, orientation pro-

©BIUM

fessionnelle, examen de l'enfance délinquante, dépistages divers, prophylaxie, eugénique. Comme médecin de l'Infirmerie spéciale, il contribue énergiquement à la sécurité publique. — Il a puisé dans ce service celles de ses observations qui intéressent le plus notre Société : Caféisme (Société Clinique de M. M., juin 1922), Délires de Rêverie (Société de Psychiatrie, juin 1922), Délire d'Influence et Manie (Strasbourg, 1920), Paranoïa (Société de Psychiatrie, déc. 1921), etc. — Nous retiendrons spécialement ses observations d'Automatisme Mental présentées à la Société de Clinique Mentale (déc. 1924) et à la Société de Psychiatrie (déc. 1924, Epilepsie et A. M. ; février 1925, D. de Rêverie et A. M. ; avril 1925, Perplexité et A. M. ; janv. 1926, A. M. et Syphilis ; nov. 1926, A. M. et Obsessions). Récemment il présentait à notre Société un cas d'A. M. post-onirique chez un enfant, et actuellement paraît dans les *Annales* une étude sur le Devinement de la Pensée, forme d'Automatisme découverte et décrite par lui. — Neurologiste par ses origines et psychologue par expérience, le Dr H. a toujours été spécialement préoccupé de déceler les substratums organiques des faits psychiques. De là, sans doute, sa prédilection pour les encéphalopathies de l'enfance, les chorées, l'épilepsie, les réactions méningées avec délire et tous autres processus psychiques à caractère pour ainsi dire expérimental. — En devenant des nôtres, le Dr H. apporterait à nos discussions l'appoint d'une expérience précieuse.

Election. — A la suite de ce rapport, M. le Dr Heuyer est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité des 19 votants.

Rapport de Candidature

M. Raoul Leroy. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Marchand, Trénel et Leroy, rapporteur, je viens vous exposer les titres de M. le Dr Bouyer, médecin de l'asile de Grenoble, qui pose sa candidature comme membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

Ancien interne des asiles de la Seine, médecin des

©BIUM

asiles publics, M. Bouyer est lauréat de la Faculté de médecine (prix de thèse 1921) et vous lui décerniez cette même année le prix Moreau de Tours. Notre confrère n'a pas seulement fait œuvre scientifique ; esprit cultivé, lettré délicat, il a passé sa licence ès lettres (philosophie générale et psychologie), et nous retrouvons dans ses écrits cette beauté de la forme qui sera toujours en honneur parmi nous.

Sa thèse inaugurale porte le titre de *Contribution à l'étude clinique des réticences chez les aliénés,* sujet peu étudié, malgré la fréquence du fait. Après avoir isolé la réticence pathologique de la réticence normale et de la dissimulation, l'auteur en fait un véritable syndrome germant sur un terrain de prédisposition spéciale. Deux communications à la Société clinique de Médecine mentale ont retenu notre attention. Dans l'une, *Eruption zootériforme de la fesse droite chez un paralytique général,* il s'agit d'un zona à topographie non radiculaire avec réflexe rotulien droit très vif, observation remettant en faveur l'ancienne théorie médullaire de l'herpès. Dans l'autre, *Délire d'espérance chez une débile interprétante,* nous voyons une malade, persécutée et hypocondriaque, abandonner son délire pour ne plus avoir d'autre pensée que celle d'attendre depuis 3 ans — sans affaiblissement intellectuel — la visite d'un prince charmant dont elle ignore le nom et l'adresse, incarnation probable de tendances amoureuses refoulées jadis et ressurgissant aux approches de la ménopause.

En tant que psychologue, M. Bouyer a, depuis quelques années, orienté ses recherches vers l'*Etude des hallucinations* surtout visuelles. Le philosophe et le psychiâtre se retrouvent en lui pour donner à ses travaux une forme originale. Il montre la difficulté et la complexité du problème, examine les influences respectives de l'état organique et du psychisme, le rôle de l'imagination et donne au fond mental une importance particulière, souvent défigurée par le symbolisme. Les *hallucinations lilliputiennes* ont été l'objet de plusieurs communications.

Notons enfin un livre des plus importants l'*Hygiène*

©BIUM

mentale et nerveuse individuelle, en collaboration avec le Dr Martin-Sisteron, de Grenoble. Cet ouvrage constitue un traité complet d'hygiène mentale dans l'enfance, l'école, le mariage, la famille et l'âge mûr. Il passe en revue les précautions à prendre et les règles de conduite à suivre chez tous les psychopathes, et même dans les maladies aiguës du système nerveux et de l'esprit. L'œuvre très documentée, très intéressante au point de vue médical et social, se fait encore remarquer par une haute tenue morale.

Notre confrère est un travailleur, un clinicien distingué, un fin psychologue, de forte culture intellectuelle, aussi votre commission le recommande-t-elle unanimement à vos suffrages.

Election. — A la suite de ce rapport, M. le Dr Bouyer est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité des 19 votants.

Rapport de Candidature

M. Legrain, au nom d'une commission composée de MM. Claude, Colin, Legrain, rapporteur. — Messieurs, notre collègue suisse le Dr Bersot, directeur de la Clinique Bellevue, près de Neuchâtel, sollicite le titre de membre associé étranger.

Ce n'est pas un inconnu pour ceux qui fréquentent dans nos Congrès, et l'on put prendre contact avec lui au dernier Congrès de Genève. Il fait partie de cette distinguée pléiade de neuro-psychiatres qui honore la Suisse et dont l'activité laborieuse a déjà doté notre spécialité de tant de travaux marqués au coin de la patience, de l'originalité et de la probité scientifique.

Mais le Dr Bersot nous est surtout connu par des travaux nombreux qui ont certainement retenu votre attention.

Clinicien averti, mais aussi physiologiste, il s'est livré tout particulièrement à l'étude du réflexe plantaire. Depuis six ans, il a réuni plusieurs mémoires importants sur ce phénomène. Je note : la variabilité du réflexe plantaire en 1919 ; en 1920, nouvelle étude de ce réflexe et ses corrélations organiques ; puis en 1921, le réflexe plantaire dans les cas de lésion du sciatique ; le

©BIUM

développement réactionnel et le réflexe plantaire étudié de l'enfant né avant terme à celui de deux ans. En 1923, à propos de ce même réflexe, étude de troubles organiques et de troubles fonctionnels ; comment concevoir le réflexe plantaire. Cette étude permet à l'auteur des considérations plus générales sur les réactions volontaires et involontaires, sur les psycho-réflexes et les réactions réflexes proprement dites (1924). Il envisage encore ces phénomènes chez les aliénés. En 1925, c'est encore un mémoire sur l'évolution de ce même réflexe dans les cas normaux et pathologiques.

Cet ensemble dénote une rare persévérance, qualité bien précieuse pour un chercheur, en ce qu'elle est une garantie de l'honnêteté et de la prudence de ces recherches.

On ne saurait en quelques mots donner une idée de ces travaux ; nous soulignerons seulement le caractère élevé qui s'en dégage. Ce n'est point le réflexe plantaire qui importe, c'est toute la réflexologie dont l'étude minutieuse permet de rejoindre la recherche psychologique. Les réflexes sont très variables et ils subissent, plus qu'on ne croit, les influences du psychisme. Le réflexe doit être étudié dans ses rapports avec les autres symptômes organiques ; les réflexes d'ordre sympathique renseignent précieusement sur les troubles du système nerveux végétatif et des glandes à sécrétions internes, si importants chez les aliénés.

Les études de M. Bersot sur ce chapitre sont vraiment une contribution considérable que l'on trouve condensée dans un très gros mémoire paru à Zurich en 1920 et qu'a couronné l'Université de Lausanne.

Bien nombreux encore, mais plus dispersés, sont les travaux de notre confrère. Il s'est beaucoup appesanti sur les problèmes d'éducation basés sur la psychologie et le développement de l'être humain. Je voudrais retenir surtout le volume qui l'a consacré, en collaboration avec M. de Montet, privat-docent, *Sur la psychologie et le développement de l'enfance à la vieillesse*. Dans ce livre, l'auteur aborde le problème du développement de l'activité psychique à l'aide d'un très gros matériel d'observations recueillies chez les enfants, les adoles-

©BIUM

cents, les adultes et les vieillards. Etude progressive très captivante, ayant suscité des tentatives difficiles de classement, tentatives qui ont peu satisfait l'auteur, tant qu'il put constater que la catégorisation des cas ne faisait que refléter notre propre psychologie. Et il est fort difficile, du reste, de déterminer une conception fondamentale, sorte de type étalon duquel on rapproche pour les comparer entre eux tous les cas observés. Finalement le classement doit s'exclure de toute interprétation individuelle pour s'objectiver dans la nature même des faits de conscience. Tout ce développement est une abstraction rigoureuse qu'il est impossible de suivre élément par élément dans un bref compte rendu. Il en est de même de toutes les déductions pédagogiques que l'auteur en tire. Dans ce travail, l'auteur se hausse à des conceptions d'une psychologie raffinée, témoin d'une très large culture d'esprit et de méditations prolongées.

Mentionnons encore divers travaux sur la paralysie générale et la malariathérapie, le rôle de la musculature dans le développement du petit enfant et divers mémoires sur l'hygiène mentale.

C'en est assez, non pas pour rendre un hommage suffisant à un labeur de tout premier ordre, mais pour mettre en juste valeur les mérites de notre confrère.

Nous avons été témoins des hésitations du Dr Bersot à demander son admission parmi nous, tant il doutait de ces mérites. Cette modestie l'honore, car beaucoup pourraient jalouser un aussi beau bagage de travaux scientifiques.

Votre commission composée de MM. Claude, Colin et Legrain, rapporteur, est unanime à vous proposer l'admission de M. Bersot. C'est un honneur pour nous de nous associer un travailleur dont l'âge nous permet d'escompter encore une productive collaboration. C'est en même temps pour nous une heureuse occasion de resserrer les liens qui déjà nous unissent si étroitement à nos distingués et aimés confrères de la Suisse.

Election. — A la suite de ce rapport, M. le Dr Bersot est élu membre associé étranger par 19 voix et un bulletin blanc sur 20 votants.

©BIUM

Sur l'intuition délirante. Sa signification

Par R. TARGOWLA, A. LAMACHE et H. DAUSSY

L'observation suivante nous a paru présenter un certain intérêt au point de vue de l'étude analytique de la pensée délirante.

Marie L..., 27 ans, domestique, entre le 5 octobre 1926 dans le service de la Clinique, à Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Il n'y aurait eu aucune manifestation psychopathique dans sa famille. Père mort à 72 ans, non alcoolique. Mère morte à 41 ans après couches. Elle est la plus jeune de onze enfants dont trois tués à la guerre ; les deux aînés sont morts à 5 et 7 ans (méningite ?).

Antécédents personnels. — Aurait marché et parlé tôt. N'aurait pas eu de convulsions, ni de maladies infantiles.

A 21 ans, maladie durant un mois, mal déterminée, la laissant affaiblie pendant plusieurs semaines.

D'après elle, pas d'autre incident pathologique à signaler jusqu'à l'année 1926.

Histoire résumée de la malade. — Née à Gléguerec (Morbihan), le 17 août 1899, d'une famille de paysans, est allée à l'école jusqu'à 12 ans ; avait, dit-elle, des « capacités » mais ne s'est pas présentée au certificat d'études.

Enfant, n'était pas triste mais avait tendance à extérioriser peu ses sentiments, à se reployer sur soi-même. Elle a perdu sa mère de bonne heure et a souffert, dit-elle, de ne pas avoir une affection maternelle.

Jusqu'à 23 ans, elle demeura à la ferme de ses parents et s'employa aux travaux des champs. Elle aurait eu quelques amitiés, peu poussées, sans aventure sentimentale notable. Pas d'onanisme.

Elle quitta son pays à 23 ans pour venir à Paris afin de gagner un peu plus. Successivement bonne à tout faire, cuisinière, femme de chambre, elle entra comme fille de salle à l'Hôpital des Enfants-Assistés en mars 1923 ; mais quelques mois après on l'envoya à la Maternité de Boucicaut. « Là, dit-elle, j'étais effrayée par les cris des femmes et j'ai senti que je ne pourrais pas m'accoutumer à cette vie. »

Elle redevint domestique et fit diverses places ; les chan-

©BIUM

gements, d'après elle, n'étaient motivés que par son désir de gagner davantage ; progressivement elle gagna ainsi de 150 à 300 fr. par mois. Ses maîtres, dit-elle, étaient satisfaits de ses services.

Depuis l'âge de 8 ou 10 ans, elle aurait eu assez souvent, la nuit et même pendant son sommeil, ce qu'elle appelle des « pensées » et qu'elle différencie des rêves en disant : « Un rêve, ce n'est pas clair, tandis que ces pensées c'est bien comme si cela existait réellement ». Elle en gardait le souvenir au réveil, quand elles étaient tristes ou angoissantes, elles la faisaient se réveiller en sursaut. Elle savait de la sorte à l'avance beaucoup d'événements importants qui devaient survenir dans sa famille et connaissait des faits passés, mais qu'elle ignorait et qui l'intéressaient. C'est ainsi, par exemple, que la troisième nuit qu'elle passa aux Enfants-Assistés elle apprit que son père allait mourir. Une telle « pensée » ne signifie d'ailleurs pas que la mort va venir immédiatement mais qu'elle est assez prochaine. Toutefois, elle est prévenue, et la mort de son père qui surviendra dans le cours de l'année 1923 ne la surprendra pas.

De ces « pensées » elle continue à ne parler à personne. C'est un don qu'elle a, croit-elle, dont elle ne se félicite pas, mais qui va cependant peu à peu l'enorgueillir plus qu'elle ne veut l'avouer.

En juin 1926, elle entre dans une nouvelle place comme cuisinière. Depuis quelque temps, elle se sent fatiguée, bien qu'elle accomplisse encore son travail assez correctement. Elle est logée au sixième étage, dans une chambre voisine de celle d'une autre cuisinière avec laquelle elle lie connaissance et qui devient sa camarade.

Peu de jours après son entrée, en sortant faire son marché, elle croise dans l'escalier un locataire de la maison, M. de Besançon, « jeune homme d'une quarantaine d'années qui habite là avec ses parents ». Celui-ci la fixe et la suit, et ce manège va se reproduire chaque jour : ce monsieur la suivra à distance et même quand elle ne le verra pas, elle sentira qu'il est là. Jamais il ne lui adressera la parole, jamais il ne lui dira un seul mot ; cependant elle a su par ses « pensées » qu'il l'aime et veut l'épouser.

Par ses « pensées », la nuit, elle apprend qu'il a fait faire des enquêtes sur elle pour s'assurer de sa moralité ; ces enquêtes sont favorables et il va faire prendre à son village, en Bretagne, son acte de naissance, afin que tout soit prêt pour le mariage.

©BIUM

Cependant, malgré tous ces faits qu'elle connaît, elle ne veut pas s'offrir à lui, ni lui parler la première, alors qu'il voudrait qu'elle se déclare ; elle le fera d'autant moins qu'il y a dans l'immeuble deux jeunes gens, deux frères, Charles et Richard, qui sont assidus auprès d'elle et lui montrent qu'ils sont amoureux d'elle ; elle n'est pas, elle l'avoue, indifférente à leurs sentiments. Du reste, elle les a rencontrés, comme d'autres locataires, dans l'escalier ; ils ne lui ont jamais adressé la parole, ni fait savoir qu'ils s'intéressaient à elle ; elle connaît leurs sentiments intimes par « ses pensées ».

Vers cette époque, de plus en plus fatiguée, elle doit garder le repos et la cuisinière, sa voisine de chambre, la soigne. Cette maladie est une vengeance de M. de Besançon et elle ne guérit pas rapidement parce que la cusinière, sa soignante, est complice ; il se l'est attachée avec de l'argent.

Les aliments ont des goûts bizarres : ce sont des drogues qu'ils contiennent, drogues destinées à l'attirer à lui. Cela va plus loin, « la substance de cet homme très passionné lui est mise dans ses aliments ». Ce moyen serait infaillible ; il a un résultat fâcheux, il lui communique la syphilis de ce triste individu.

Ses serviettes de toilette sont trempées dans l'urine de ce monsieur. Elle le voit sur les serviettes qui ont une teinte jaunâtre d'urine, et elle le sent à l'odeur infecte qu'elles dégagent.

Il peut la pénétrer par tous les orifices pour la faire sienne : de ses matières fécales sont introduites dans sa poire à lavement et elle ne s'en aperçoit que le jour où cette poire étant bouchée, il lui faut la démonter.

Malgré ces interprétations, les « pensées » lui viennent toujours nombreuses et lui révèlent le complément des faits. Elle apprend ainsi les « crimes » déjà commis.

Bien que le médecin ne soit pas venu, elle se sent de plus en plus fatiguée par toutes ces actions et une nuit, prémonition, « la pensée lui vient » qu'on va se débarrasser d'elle en la tuant, puisqu'on ne peut pas l'asservir. Cette fois elle se décide et s'enfuit chez une amie qui ne va pas tarder, elle aussi, à entrer dans le complot par vénalité.

C'est alors que Charles et Richard, dans la coulisse jusqu'ici, vont intervenir. Charles, celui qu'elle devait épouser, vient pour la voir à son nouveau domicile ; l'amie refuse de le recevoir, parce qu'elle est de connivence avec de Besançon. Il part désespéré, écrit son testament par lequel il lui lègue onze cent mille francs, et se tue. Son frère

©BIUM

Richard vient à son tour, ne peut entrer et lui aussi se suicide ; mais avant de mourir il tue M. de Besançon.

Elle a su ces événements au fur et à mesure par ses « pensées ». Ils ont paru dans les journaux, ainsi que sa photographie. Elle ne les a pas vus, mais elle a connu par ses « pensées » que cela s'était passé ainsi.

Avec une mémoire très précise, elle ajoute que, excédée de tout cela, elle fuit à nouveau et se réfugie chez une fruitière du quartier où les agents la cueillent pour la mener à l'Infirmerie spéciale du dépôt.

Mais l'affaire n'est pas finie ; « ses pensées » continuent à l'avertir de ce qui se passe. Elle le raconte aisément, avec une amabilité souriante, sans troubles de l'attention pouvant être mis en évidence.

Le père de Besançon a pris la suite ainsi que le père des deux jeunes gens et la lutte continue ; mais les forces ne sont plus égales ; le père des deux jeunes gens va l'emporter et la faire triompher elle-même. En effet, de Besançon dans son testament a promis cent mille francs à qui l'amènerait morte dans son cercueil, auprès de lui. Son père cherche à exécuter ce testament ; mais son « bon papa » à elle (le père des deux jeunes gens) la protège. « Si je tiens et mon bon papa aussi, dit-elle, cela s'éclaircira. J'espère aller vivre avec ma nouvelle famille, avec ma mère (la mère des deux jeunes gens) et mes deux sœurs. »

Les « pensées » continuent de venir pendant le sommeil. Mais ce sommeil devient fort agréable et elle se couche assez souvent dans la journée et s'assoupit. Dans ce demi-sommeil ne lui viennent plus seulement des « pensées », mais elle est visitée successivement par les deux jeunes gens suicidés, qui ont avec elle des rapports sexuels fréquents (bien qu'elle soit vierge). Cela ne lui est certes pas désagréable ; elle préférerait la réalité ; mais puisqu'on lui impose cela, elle l'accepte, bien que cela la fatigue, dit-elle.

En réalité, elle multiplie les occasions d'être couchée ; elle somnole, les yeux fermés, la tête cachée sous ses couvertures, s'isolant le plus possible du monde extérieur. Elle présente maintenant des tendances à la masturbation qu'elle traduit comme des actes imposés, des hallucinations psychiques et des représentations visuelles immobiles ou animées « comme du cinéma » des personnages de son roman : elle les voit « comme de très loin », même quand « ils la violent en pensée ».

©BIUM

Il s'agit ici d'un état psychopathique qui paraît rentrer dans le cadre de la schizophrénie telle que la conçoit le professeur Claude : tendances schizoïdes existant dès le jeune âge, s'affirmant plus tard par le don de divination des faits passés ou à venir que s'était reconnu la malade, enfin rétrécissement progressif mais rapide du champ de l'activité pragmatique apparemment destiné à favoriser l'épanouissement de la rêverie autistique (ainsi d'ailleurs que l'automatisme de certains processus psychiques) comme chez les sujets étudiés par Borel et Robin.

Le contenu de cette rêverie a toutes les apparences d'un syndrome imaginatif. Il ne s'agit pas cependant d'un délire d'imagination, tel que l'ont décrit Dupré et Logre ; il manque en effet, d'une part la mythomanie, le terrain de déséquilibre imaginatif sur lequel se développe électivement le délire d'imagination et, d'autre part, le signe diagnostique capital, qui est « la constatation immédiate de la création imaginative sous forme de fabulation extemporanée ».

L'absence de ce dernier caractère ne permet pas de rattacher purement et simplement notre cas au « délire de rêverie » décrit par Heuyer et Borel comme une forme clinique du syndrome de Dupré-Logre. Il s'en différencie encore par des troubles de l'activité et de l'affectivité qui n'existaient pas dans le cas princeps d'Heuyer et Borel et par l'évolution (début caractérisé par des interprétations délirantes, quelques phénomènes oniriques avec réactions anxieuses et panophobiques, accompagné d'une atteinte indéterminée de l'état général ; apparition tardive d'éléments complémentaires du syndrome d'automatisme mental).

Quoiqu'il en soit, l'intérêt de ce cas, au point de vue sémiologique, réside dans les facteurs constitutifs du délire. A l'exception de quelques éléments contingents et au moins pendant un stade de l'évolution, on ne peut déceler chez ce sujet ni phénomènes interprétatifs, ni hallucinations, ni pseudo-hallucinations. Le délire est un délire d'intuition et d'imagination dont le mécanisme mérite d'être analysé. Le roman délirant s'est constitué rapidement, le processus imaginatif prenant une impor-

©BIUM

tance croissante, favorisé par la rêverie constante du sujet, renforcé aussi par un syndrome fruste d'automatisme ; mais les données initiales sont dues à un phénomène particulier, nettement reconnu comme personnel et endogène par la malade, le plus souvent hypnagogique et qu'elle appelle « ses pensées » : il s'agit d'idées survenant brusquement, s'imposant d'emblée avec la force de l'évidence, qu'elle distingue du rêve et qui ne sont ni des hallucinations vraies, ni des hallucinations psychiques, ni des interprétations. Elle ne les rapporte à aucune intervention extérieure; c'est un don qu'elle a. Cette intuition, appliquée d'abord à la révélation de certains faits accomplis ou futurs, a diffusé peu à peu et a fini par se confondre dans l'activité imaginative et onirique ; mais, comme nous l'avons vu chez d'autres sujets, elle est ici d'abord spontanée et involontaire, incoercible, bien délimitée et entraîne la même conviction que les symptômes de l'automatisme mental (le syndrome d'automatisme s'est d'ailleurs partiellement complété par la suite).

Cette croyance délirante à la réalité des « intuitions », identique à celle qu'entraînent les hallucinations, mérite d'être rapprochée, dans les cas de ce genre, du rôle que jouent les rêves proprement dits. Conviction intuitive et conviction onirique s'associent et s'intriquent le plus souvent, qu'il s'agisse de délires polymorphes ou d'états à base schizophrénique. Il y a là un mode d'activité mentale morbide qui rappelle la pensée primitive, telle que l'a décrite M. Lévy-Bruhl (Storch, Halberstadt ont déjà insisté d'ailleurs sur le caractère primitif et prélogique des phénomènes schizophréniques). Les malades ne se méprennent point sur la donnée psychique elle-même (intuition, rêve), mais ils ne distinguent plus essentiellement, comme le sujet normal, le phénomène subjectif de la réalité objective, en raison même de la valeur mystique qu'ils lui accordent ; celle-ci domine aussi, du reste, au moins dans le cadre du délire, leur perception du monde extérieur.

Cette régression vers le mode de pensée mystique des primitifs apparaît, au point de vue psycho-pathologique, comme différente de la régression vers les compor-

©BIUM

tements infantiles que l'on observe dans les états hébéphréno-catatoniques. A vrai dire, il semble qu'il existe ici un processus comparable à la loi de régression de la mémoire : l'état pathologique exerce d'abord son influence sur la « mentalité logique », la plus récemment différenciée, obnubilant ou troublant les faculté de réduction critique et laissant ainsi reparaître dans l'individu des modes de pensée primitifs, d'autant plus aisément qu'il s'agit souvent de sujets frustes et débiles mentaux ; un stade régressif plus accentué conduit aux manifestations de type infantile que l'on trouve dans l'hébéphréno-catatonie. L'évolution de certains cas d' « hébéphrénie délirante » passant par les deux étapes est, à cet égard, caractéristique.

En résumé, nous avons voulu attirer l'attention sur la place que prend parfois l'intuition parmi les éléments constitutifs des délires. Elle est souvent négligée, bien que Dupré et Logre lui aient fait jouer un rôle de premier plan dans les délires imaginatifs (sans, du reste, la définir) et que quelques auteurs aient plus récemment entrevu son importance dans le mécanisme de certains processus psycho-pathologiques (Kretschmer, G. Heuyer, R. Targowla, P. Schiff). Les phénomènes intuitifs présentent les caractères propres aux éléments du « syndrome d'automatisme mental » (de Clérambault) et s'intriquent souvent avec eux. D'autre part, l'idée morbide qu'ils entraînent met en évidence les caractères mystique et prélogique de la « mentalité délirante », caractères qui l'apparentent à la « mentalité primitive » (Lévy-Bruhl). Il semble même que ce mode de pensée soit nécessaire à la production du délire, le syndrome d'automatisme ne pouvant à lui seul le réaliser ; toutefois, conformément à l'opinion de M. Blondel, cela n'implique point qu'il soit la cause de la psychopathie : il en apparaît, au contraire, comme une manifestation que l'analyse clinique dissocie artificiellement et qui est, au même titre que les symptômes d'automatisme, la conséquence d'un processus morbide organique.

©BIUM

Histoire médico-administrative d'un paranoïaque revendiquant

par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Achille DELMAS

Les réactions d'ordre particulièrement familial de certains paranoïaques nous paraissent à l'ordre du jour. Ce n'est pas spécialement au cas de Mme Lefèvre, jugé il y a peu de temps devant la Cour de Douai, que nous faisons allusion, mais bien plutôt aux publications récentes de MM. Claude et Robin sur les « Haines familiales », de M. Heuyer sur les « Bourreaux domestiques » et à la présentation que M. Robin a faite à l'avant-dernière séance de la Société de Psychiatrie et qui fut suivie d'une importante discussion.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous rapporter l'histoire d'un malade du même genre.

⁂

M. Pierre est actuellement âgé de *60 ans* environ. C'est un homme très bien doué au point de vue intellectuel, qui s'est fait une situation professionnelle brillante et très honorifique et qui compte des amitiés fidèles parmi des hommes éminents de la politique, de la magistrature, des lettres et des arts. Le milieu familial où il vit se compose de sa femme et de plusieurs enfants ou majeurs ou proches de l'être.

Dans le passé M. Pierre aurait toujours été d'un caractère un peu autoritaire et difficile, mais c'est surtout depuis deux ans que les troubles et les discussions familiales ont pris un caractère aigu. M. Pierre s'est montré progressivement et de plus en plus à l'égard de sa femme et de ses trois enfants, exigeant, coléreux et violent. Au point de départ, une idée prévalente de forme nettement morbide qu'il nous a lui-même exposée et qui est la suivante : sa femme est devenue une malade mentale par troubles post-encéphalitiques, les

©BIUM

parents de sa femme sont tous des malades mythomanes, quant à ses trois enfants ils sont subjugués et fascinés par leur malheureuse folle de mère et tout ce monde s'est ligué en un véritable complot contre lui. Ce qui est exact, c'est que tout l'entourage est unanime pour affirmer le caractère quérulant et pathologique de M. Pierre; celui-ci a dressé contre lui tous ses enfants, même celui de ses enfants, qui est d'un premier mariage. Les réactions paranoïaques de M. Pierre en rapport avec les convictions morbides que nous venons d'indiquer ont été les unes tâtillonnes, mesquines, mais insupportables: suppression de tout argent aux siens, défense aux fournisseurs de livrer quoi que ce soit à d'autres qu'à lui-même, fermeture à clef de tous les meubles, suppression des vêtements nécessaires aux siens pour sortir, etc... ; les autres au contraire sont devenues de plus en plus graves : querelles, injures, scènes, violences, coups et blessures et enfin, en dernier lieu, port ostensible d'un revolver et menaces répétées de s'en servir. Entre temps il y avait eu des scènes scandaleuses au dehors, dans la rue, plusieurs plaintes et plusieurs interventions aux deux commissariats voisins. L'un de nous qui suivait le malade depuis près de deux ans et l'avait notamment examiné quelques mois avant avec le Dr Séglas, a reçu de M. Pierre lui-même la déclaration qu'il avait son revolver en poche et était prêt à s'en servir contre les siens. C'est alors qu'en raison de l'imminence d'une réaction homicide, et sans que l'urgence des circonstances lui permît une nouvelle consultation avec un confrère, il a rédigé le certificat d'internement suivant : « ...certifie avoir examiné aujourd'hui chez lui... et chez moi M. Pierre... et avoir constaté chez lui des signes d'aliénation mentale : délire paranoïaque à idées prévalentes de revendication et de persécution avec réactions violentes contre sa femme, ses filles, son fils. Mme X. qui a été à son service m'a affirmé l'avoir vu donner un coup de tisonnier sur la tête de sa femme. J'ai constaté ce matin sur Mme Pierre deux ecchymoses à la jambe droite et deux morsures aux mains. M. Pierre reconnaît en être l'auteur et avoir été alors en état de légitime défense. Pour se défendre à l'occasion contre

©BIUM

ses persécuteurs, il m'a dit porter sur lui un revolver. Dans ces conditions, M. Pierre étant dangereux pour lui-même et pour les autres, il y a lieu de l'interner dans un établissement spécial pour qu'il y soit surveillé et traité. »

L'internement ayant été effectué, le certificat des 24 heures a été ainsi rédigé : « M. Pierre présente un thème à forme de délire de persécution : sa femme serait atteinte de troubles mentaux qu'il pense consécutifs à une encéphalite ; tous les parents de sa femme seraient également atteints de mythomanie (*sic*) ; ses enfants seraient subjugués et fascinés par leur mère et la famille de celle-ci et tous ces gens auraient machiné un complot contre lui, dans un dessein qui reste mal défini. Depuis près de deux ans, scènes, querelles et rixes familiales répétées, scandales dans la rue, plusieurs plaintes soit de M. Pierre, soit de ses enfants. M. Pierre allègue des provocations, des dettes exorbitantes, des désordres divers de la part de sa femme et de ses enfants, pour justifier les mesures qu'il a prises telles que de supprimer tout argent aux siens, d'interdire aux fournisseurs de servir sa femme, de fermer tous les meubles à clef, d'enfermer même les vêtements des siens pour qu'ils ne puissent sortir, etc. Dans ces derniers temps, M. Pierre a déclaré qu'il porterait et a effectivement porté un revolver pour se défendre contre ses ennemis. Dans une rixe récente très violente, M. Pierre nous avoue que sa femme lui a arraché son revolver et qu'il l'a lui-même mordue au poignet. Il explique que ses violences ont été provoquées par les attaques de ses persécuteurs. Par ailleurs, il se montre très lucide et proteste vivement contre son internement. A observer plus longuement. A maintenir. »

Heuyer a écrit à propos des « Bourreaux domestiques » : « Dans leur profession, dans leur vie sociale, ces individus sont normaux ; ils sont respectés par leurs voisins, par leurs collègues, par leurs amis ; ils ont une situation qui leur attire une considération souvent méritée pour leur travail, par leurs bienfaits même..... Mais dans la famille, l'homme à l'égard de sa femme et de ses enfants ou la femme à l'égard de son mari et des

©BIUM

enfants se comporte comme un bourreau qui s'irrite, qui harcèle, qui menace, qui bat, qui tyrannise et terrifie. » Tel était aussi notre malade.

De même Heuyer écrit : « ...Interné, le bourreau se fera doux comme un agneau et se présentera comme un martyr de sa famille... » Tel a été, en effet, le comportement de notre malade.

C'est pourquoi, les amis influents qu'il possédait, prévenus par la femme de l'internement intervenu, sont aussitôt entrés en campagne et ont pressé de réclamations et de protestations et le parquet et la Préfecture de police. Le médecin-inspecteur est alors intervenu automatiquement comme le veut la loi et a donné un avis motivé. Il l'a fait sous la forme suivante : « Idées morbides de persécution. Conviction absolument gratuite, ne reposant sur aucune raison paraissant valable, que sa femme est atteinte d'une maladie mentale. Réactions vexatoires et violentes contre l'entourage, d'après les renseignements de la famille. Coup de tisonnier sur la tête de sa femme (fait rapporté par un témoin au Dr Laignel-Lavastine). Port d'un revolver non chargé aux fins d'intimidation, assure-t-il. Actuellement calme ; prend l'engagement formel de ne plus porter aucune arme. Ne paraît pas susceptible de se livrer à une réaction homicide volontairement. Ce malade pourrait vivre en liberté à la double condition suivante : 1° de vivre en dehors du milieu familial ; 2° qu'une personne autorisée prenne la responsabilité de ses faits et gestes et accepte d'exercer sur lui une direction morale efficace. Il y a lieu, du reste, de faire des réserves sur la possibilité du retour d'épisodes réactionnels de l'ordre de celui qui a amené à prendre vis-à-vis de M. Pierre une mesure d'internement et de nature à faire envisager la nécessité d'une mesure identique. »

Ces conditions imposées par le médecin inspecteur et à mettre en œuvre par la Préfecture, le malade ne voulait pas d'abord les accepter et il a fallu la pression instante de l'amitié pour l'y décider.

C'est ainsi que M. Pierre a pu être remis en liberté, le septième jour après son internement, avec des garanties et sous conditions.

©BIUM

Tel est le cas que nous avons voulu brièvement vous rapporter. Nous n'ajouterons que quelques commentaires.

Pour les raisons que nous avons dites, l'internement de tels malades lucides, raisonnants et, en dehors de leur vie familiale, parfaitement raisonnables, est toujours appelé à soulever les protestations de profanes aussi incompétents que de bonne foi. Le médecin a toujours en pareil cas le devoir de temporiser le plus possible. Il doit prévenir l'entourage de la nature morbide des réactions du sujet et tâcher qu'il soit ménagé avec la prudence et la modération dues à un malade. Par contre, il doit se servir de son autorité pour en imposer le plus possible à son patient et pallier les inconvénients des réactions trop préjudiciables. C'est ainsi que l'un de nous est intervenu à plusieurs reprises pour amener M. Pierre à modérer sa tyrannie et le décider soit à donner l'argent indispensable, soit à rendre les vêtements sans lesquels l'entourage devait rester claustré. Mais il peut venir un moment où la temporisation serait criminelle de la part du médecin ; il ne peut notamment laisser aller les choses jusqu'à l'imminence d'une réaction homicide. Dans le cas de M. Pierre, dès qu'il a ostensiblement porté sur lui un revolver et qu'il a voulu mener les siens sous la menace de cette arme, la mesure de l'internement s'imposait. L'événement a montré après coup que le revolver n'était pas chargé, c'est vrai ; mais il eût pu l'être et en tout cas il pouvait le devenir d'un moment à l'autre. La responsabilité du médecin serait terrible si, au courant de l'imminence de la réaction homicide, il laissait celle-ci se produire sans indiquer et faciliter la mesure préventive.

Dans la discussion de la dernière séance de la Société de Psychiatrie, les orateurs qui sont intervenus ont indiqué que l'internement était en pareil cas légitime et nécessaire. Ils ont montré que cet internement était non seulement une mesure de sauvegarde et de protection, mais encore une mesure de thérapeutique: 1° parce que l'internement agit comme une sanction propre à intimider d'emblée le malade — l'événement

©BIUM

l'a montré pour le nôtre —, 2° parce que, dans les cas un peu rebelles, l'isolement et le temps, quelques semaines à quelques mois, sont deux facteurs de sédation efficaces contre ces sortes d'états passionnels pathologiques. Le déséquilibre reste, mais l'épisode de revendication passe.

L'internement ainsi compris est une mesure de sauvegarde immédiate, d'apaisement rapide et d'orientation plus sûre pour le mode de vie ultérieur. Il peut n'être par là-même qu'une mesure transitoire qui, si elle ne garantit pas contre des récidives possibles, amène cependant des rémissions susceptibles de durer très longtemps.

D'autre part, il n'existe pas d'autre mesure utile. Les procès en séparation ou en divorce ne sont que de nouveaux aliments à l'activité revendicante du sujet malade ; les mesures répressives au correctionnel ou au criminel ne peuvent intervenir que quand le mal à éviter est fait.

C'est pourquoi les amis qui interviennent pour protester contre l'internement et luttent pour le faire lever, agissent pour le plus grand dommage de celui qu'ils croient secourir ; ils empêchent qu'il soit calmé, assagi, et remis en état de reprendre une vie plus probablement exempte de souffrances ou de malheurs parfois irréparables.

Discussion

M. J. Rogues de Fursac. — Je ne parlerai pas du cas particulier dont MM. Laignel-Lavastine et Delmas viennent d'entretenir la Société. J'en retiendrai seulement ceci, c'est que, bien que les mesures préconisées par le médecin traitant d'une part et le médecin inspecteur d'autre part aient été différentes, elles ne sont pas cependant contradictoires. Le médecin traitant s'est trouvé en présence d'un malade excité et d'une situation qui justifiait toutes les craintes, puisque le malade s'était livré à des voies de fait sur sa femme et était porteur d'un revolver. Il est évident que le médecin ne pouvait pas deviner que ce revolver

©BIUM

n'était pas chargé. Le médecin inspecteur a trouvé un malade calmé ; il a pu se rendre compte que ce malade n'était pas susceptible de se livrer à une réaction homicide ; il s'est trouvé en présence d'amis du malade qui ne demandaient qu'à être utiles à celui-ci. Dans ces conditions il a cru pouvoir proposer sa sortie sous certaines garanties. Il apparaît donc bien qu'il n'y a pas eu le moindre conflit. C'est d'ailleurs ce qui se produit, en règle générale, chaque fois que deux médecins, connaissant leur métier, et dont ni l'un ni l'autre n'est systématiquement malveillant, diffèrent d'avis au sujet d'une mesure d'internement : les avis différents s'expliquent par des situations différentes.

Je voudrais faire une remarque au sujet des réactions des paranoïaques, plus particulièrement au sujet de l'influence que l'entourage exerce sur ces réactions. Il ne paraît pas douteux que l'attitude et le comportement de l'entourage jouent parfois un rôle non négligeable dans la genèse des scènes violentes, éventuellement des drames, qui se déroulent au foyer du paranoïaque. Cela ne saurait surprendre *a priori*. L'entourage du paranoïaque est en général fait de ses proches : souvent ce sont ses parents, ses enfants, ses frères et sœurs. On ne saurait s'étonner, si l'on croit à l'hérédité, que parmi tout ce monde il se rencontre quelques éléments anormaux. Et, de fait, on peut y trouver des individus irritables, des individus taquins, des pervers, et aussi des paranoïaques. Il arrive même quelquefois que poussés par le désir de se débarrasser du malade — qui est souvent, il faut en convenir, parfaitement intolérable — certains membres de la famille laissent volontiers naître les incidents et au besoin les provoquent.

Cette interpsychologie comporte une indication évidente : séparer le paranoïaque de son milieu, ce qui sans doute ne suffira pas à le guérir — je n'ai aucune illusion sur ce point — mais évitera les réactions violentes et dangereuses et permettra peut-être à tout le monde de vivre à peu près en paix.

L'internement répond à cette indication. Mais il faut le considérer comme un pis-aller. Certes, il est

©BIUM

légitime et nécessaire d'y recourir quand on peut redouter un drame, quand le malade parle de couteau et de revolver et surtout quand on apprend qu'il est réellement armé, ce qui était le cas pour le malade de MM. Laignel-Lavastine et Delmas. Le devoir du médecin est ici de courir au plus pressé et d'intervenir utilement avant que l'irréparable se soit produit, quitte ensuite à faire cesser l'internement si les circonstances le permettent.

Mais quand on ne se trouve pas devant un cas d'urgence, il convient, à mon avis, d'examiner s'il n'existe pas quelque autre moyen de réaliser la séparation du paranoïaque et de son milieu.

L'internement doit en effet être évité, toutes les fois que cela se peut, dans l'intérêt du malade. L'internement est pour le paranoïaque une simple mesure de défense sociale, non une mesure de traitement, car, en dehors de l'action intimidatrice — qui, du reste, peut être obtenue par un internement très court —, il n'exerce aucune influence salutaire sur le malade ; tout au contraire il l'aigrit, l'exaspère et alimente son délire de nouveaux griefs pathologiques. L'internement ne sert pas toujours beaucoup mieux les intérêts de la famille. Il ne faut pas croire, en effet, que celle-ci puisse se considérer comme parfaitement tranquille, une fois qu'elle est séparée du malade par les murs de l'Asile. C'est alors, en effet, la période des protestations, des accusations d'internement arbitraire, non seulement de la part du sujet, mais souvent de la part d'amis ou de parents de celui-ci qui désapprouvent la mesure prise. Ce sont les explications à fournir à la Justice, éventuellement les campagnes de presse. On a vu dans ces derniers temps des campagnes de presse en faveur de paranoïaques, aussi délirants que possible et internés depuis des années, aboutir à la sortie des malades et, consécutivement, à des procès intentés aux personnes qui les avaient fait interner.

Un autre point est encore à envisager. Le paranoïaque, en dehors de son délire, est souvent un sujet intelligent, actif, qui exerce parfaitement sa profession. Il n'est évidemment de l'intérêt de personne, ni

©BIUM

du malade, ni de sa famille, ni de la Société, d'en faire, par l'internement, une non-valeur, vivant à la charge soit des siens, si ceux-ci ont des ressources, soit, s'il appartient à une famille indigente, de la communauté. Cette raison de le laisser en liberté, quand on le peut sans inconvénient sérieux, a bien aussi sa valeur et mérite d'être considérée.

Il faut donc s'efforcer de réaliser la séparation du paranoïaque et de son milieu sans recourir à l'internement. Je reconnais que ce n'est pas toujours facile et que ce sera parfois impossible. Cependant il y a un cas — qui est fréquent — où une mesure légale parfaitement adéquate à la situation peut être essayée : c'est quand les idées pathologiques et les réactions du paranoïaque ont pour objet unique, ou du moins principal, son conjoint. La mesure toute indiquée est alors le divorce, éventuellement la séparation de corps. Je l'ai vue réussir plusieurs fois. Dans un cas, le succès fut tout à fait remarquable. Il s'agissait d'un paranoïaque typique, présentant un délire de jalousie conjugale, avec interprétations morbides très nettes : chaque matin, pendant un temps, il inspectait le papier de l'entrée de son appartement, cherchant quelque signe par lequel le garçon boucher ou le garçon boulanger aurait donné rendez-vous à sa femme.

Ce malade, parfaitement lucide, intelligent, se comportant normalement en dehors de son délire, estimé dans sa profession, occupant une situation d'une certaine importance, était considéré, cela va de soi, comme normal par tout le monde, sauf par sa femme et les médecins que celle-ci avait consultés. Il avait été vu notamment par Dupré qui, bien entendu, avait fait le diagnostic de sa constitution paranoïaque et de son délire, mais qui, néanmoins, s'était toujours refusé à l'interner, estimant que cette solution n'était conforme ni à son intérêt ni à l'intérêt de sa femme. Ultérieurement, je fus appelé à le voir deux fois dans la ville de province qu'il habitait. Je déconseillai moi aussi l'internement et je dis à sa femme que la meilleure solution serait à mon avis le divorce — les faits d'injure grave qu'elle pouvait invoquer étant largement suffi-

©BIUM

sants pour l'obtenir. Elle temporisa. De nouvelles scènes se produisirent. Elle fit appeler un médecin, professeur dans une Faculté voisine, qui fit interner le malade. L'internement dura quinze jours, au bout desquels le paranoïaque fut mis en liberté. Sa femme se décida alors à demander le divorce. Elle l'obtint en sa faveur. Ses enfants lui furent confiés. Le malade alla vivre de son côté, travailla, contribua largement, par la pension que le Tribunal l'avait condamné à payer, à l'éducation de ses enfants. Il restait bien entendu paranoïaque et gardait une foi absolue dans son délire. De temps en temps il écrivait à sa femme et à ses enfants des lettres dépourvues d'aménité. Il ne se montra pas toujours facile dans les règlements de compte. Néanmoins, rien de grave ne se produisit et sa femme vécut à peu près tranquille. Il a fini par se remarier et il laisse maintenant sa première femme tout à fait en paix — peut-être, penserez-vous, parce qu'il en a une autre à qui faire supporter son tempérament pathologique. C'est bien possible. Néanmoins, je crois que le divorce s'est montré, dans le cas particulier, une bonne solution, infiniment supérieure à l'internement.

Je sais bien que tous les cas ne seront pas aussi heureux. Je sais bien que parmi les paranoïaques il s'en trouvera qui, le divorce prononcé, refuseront d'accepter la décision des juges et continueront à persécuter gravement leur ci-devant conjoint. Il faudra bien alors, si tous les moyens juridiques échouent, recourir à l'internement. Mais il n'en reste pas moins qu'avant d'en venir à cette mesure que je considère, dans le cas du paranoïaque, comme extrême, il conviendra d'essayer du divorce, parce que c'est un moyen qui peut être efficace et qui, quand il réussit, est, beaucoup plus que l'internement, conforme à l'intérêt de tous.

M. Delmas. — Il est exact, comme le fait remarquer M. de Fursac, que le milieu dans lequel vit un paranoïaque a une certaine importance. Mais je me demande si le pire n'est pas pour lui de se trouver au

©BIUM

milieu de personnes qui se soumettent et obéissent à ses exigences et à ses caprices. Dans le cas en question je crois que la résistance du milieu n'a fait que retarder les réactions excessives du sujet.

La durée de l'internement me semble avoir plus d'importance que ne le croit M. de Fursac. Le changement brusque de milieu, la discipline de l'établissement sont un facteur de calme et de réflexion pour l'avenir.

Reste la question de la séparation et du divorce. Dans les cas légers, c'est une solution possible ; mais souvent elle n'est pas pratique parce que le paranoïaque s'y oppose, veut garder son autorité, régenter sa famille. Le divorce est possible quand il n'y a pas d'enfants, sinon le malade les demande avec son tempérament de revendicateur.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — M. de Fursac insiste avec raison sur la question délicate du témoignage à propos des internements. Il est possible que la famille forme une sorte de bloc contre un paranoïaque et exagère quelque peu, mais d'autre part on rencontre aussi des groupes de parents et d'amis qui soutiennent le malade avec passion et apportent des renseignements dont la vérité n'est pas cristalline.

Dans le cas particulier, j'ai constaté personnellement que les membres de la famille étaient obligés d'emprunter de l'argent à la cuisinière, ce qui me paraît une démonstration suffisante de l'avarice morbide. Cette avarice était de plus liée à des idées de revendication sur une part d'héritage.

Pour le divorce, le malade l'acceptait mais voulait garder la direction de ses enfants.

Il eût été préférable de décider l'internement par consultation avec un collègue, mais la décision devait être prise d'urgence.

M. DE FURSAC. — Je n'entends nullement discuter la conduite de M. Laignel-Lavastine et je ne cite pas d'exemples s'appliquant à un malade en particulier, mais aux paranoïaques en général.

©BIUM

Crimes et Délires passionnels

par J. CAPGRAS (1)

La Société décide de maintenir à l'ordre du jour de sa prochaine séance la question posée par les communications de MM. Delmas et Capgras.

MM. G. PETIT et DAUSSY présentent un jeune garçon de 12 ans atteint de troubles mentaux (perversions, défauts de caractère), à la suite d'une encéphalite épidémique fruste et méconnue.

M. LE PRÉSIDENT déclare la vacance de deux places de membres titulaires de la Société par suite du décès de MM. Mignard et André Collin.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances,
BUSSARD, GUIRAUD.

---

(1) En raison de son étendue, cette communication est publiée à titre de mémoire distinct dans le corps des *Annales*. Voir page 32.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

L'Avenir médical et social des blessés du Cerveau. *Etude des grandes fonctions cérébrales dans les traumatismes anciens de l'encéphale,* par le Dr Molin de Teyssieu. (1 brochure in-12, 74 pages. A. Destout, édit., Bordeaux, 1926).

Ce travail, préparé dans le service de neuro-psychiatrie de la 18e région au cours des sept dernières années, repose sur l'examen d'un millier de blessés du cerveau dont la lésion initiale remontait à dix ans au plus. M. Molin de Teyssieu étudie successivement les caractères et la nature des blessures du cerveau, et leur répercussion sur les fonctions motrices et d'équilibration, les fonctions sensitives et sensorielles, les fonctions mentales (syndrome psychique fonctionnel, accidents mentaux d'origine comitiale, états pseudo-démentiels encéphalitiques), et sur la fonction sociale des blessés du cerveau.

Dans toute atteinte du cerveau par l'action même localisée d'un agent extérieur intervient un élément commotionnel déterminant immédiatement de fines lésions diffuses, points de départ ultérieur d'altérations cellulaires qui conditionneront les divers éléments du syndrome résiduel. La blessure locale, même grossière, fait preuve, au contraire, d'une tendance manifeste sinon à se réparer anatomiquement, du moins à se limiter et ce n'est pas tant de son siège que partent les processus histologiques secondaires que des multiples foyers microscopiques contemporains du traumatisme. Le pronostic éloigné est conditionné par trois facteurs : la profondeur des lésions, l'intensité de l'élément commotionnel de la blessure, l'intervention secondaire d'infections intercurrentes, même banales.

Le blessé cérébral est, en réalité, profondément atteint à la fois dans toutes ses possibilités. Toutes les variétés topo-

©BIUM

graphiques de blessure du cerveau, ajoute M. Molin de Teyssieu, réalisent, à plus ou moins longue échéance, le trépied symptomatique constitué par les céphalées, la déficience du psychisme supérieur et l'épilepsie. Et de ces trois éléments, c'est l'épilepsie qui crée la plus lourde menace pour l'avenir ; c'est le facteur le plus important, sinon le seul, de la mortalité élevée qui suit les traumatismes du cerveau.

Cette réduction des possibilités cérébrales, exclusivement quantitative, ne touche pas à l'essence même de la personnalité mentale de l'intéressé qui conserve jusqu'au bout sa physionomie propre, elle respecte la capacité aux actes de conscience, aux gestes juridiques comme à la responsabilité morale et pénale. Cette conclusion est peut-être un peu trop absolue.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les états nerveux et leurs traitements. *Théories psychologiques et directions pratiques aux malades et à leurs familles,* par le Docteur LESTCHINSKI (1 volume in-8°, 312 pages ; Genève, édition Atar ; Paris, Félix Alcan, édit., 1926).

Ce volume, dédié au Professeur Pierre Janet et préfacé par le Professeur Ed. Claparède, est surtout destiné aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens qu'il éclairera sur leur rôle de direction médicale et morale des névropathes et de leur famille. Il réunit, à l'exposé syndromique, la discussion des théories psychologiques et l'étude des divers procédés thérapeutiques.

L'auteur insiste particulièrement sur les beaux travaux du Professeur Pierre Janet et consacre un intéressant chapitre à la description des types psychologiques de Jung. En conclusion thérapeutique, il admet que la diversité des procédés psychothérapiques est la démonstration évidente qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de méthode toujours supérieure aux autres. Si l'analyse psychologique simple ne parvient pas à extérioriser un complexe subconscient tenace, on doit s'adresser à la psychanalyse.

Dans une intéressante *préface,* le professeur Ed. Claparède signalant les horizons nouveaux qu'ouvrent aux psychopathologistes les théories et les découvertes récentes psychologiques et biologiques s'exprime ainsi : « Quelque lumineux que soient tous ces éclairs qui découvrent à la

©BIUM

curiosité du chercheur des pays nouveaux, il faut avouer cependant que, du point de vue clinique, c'est-à-dire du point de vue du classement et de la délimitation des maladies, nous n'y voyons pas beaucoup plus clair qu'autrefois. Ce que l'analyse des symptômes a gagné en profondeur, la description des psychonévroses l'a perdu en clarté.

« Et la psychothérapie ? Si elle a gagné en richesse, n'a-t-elle pas perdu en certitude ?.....

« Nous cheminons donc sur un sol mouvant, un peu inconfortable, il est vrai, pour le praticien, qui ne sait de quel côté s'orienter, mais dont l'instabilité même est passionnante d'intérêt pour l'homme de science qui pressent, derrière ce maquis de contradictions, de profondes vérités à mettre en lumière. »

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Rabelais notre Maître, son œuvre, sa doctrine, le Pantagruélisme par le Dr William NICATI (Alcuin Miliait).

Dans cet ouvrage, le Dr William Nicati dévoile le symbolisme de Rabelais. Les contemporains de Rabelais parlaient déjà d'énigme rabelaisienne. En 1587, le médecin poitevin Boulanger dédiait une épitaphe latine à « ce diseur de bagatelles qui sera une énigme pour la postérité... il n'y avait plus savant que lui alors que laissant la raillerie, il lui plaisait d'aborder les choses sérieuses ». Un livre plaisant digne qu'on s'y amuse, avait dit de son œuvre, Montaigne. Le premier des bouffons, telle est l'opinion de Voltaire. La Sorbonne qui voulait à diverses reprises le brûler, l'avait déclaré contempteur de la foi chrétienne. C'est aussi la manière de voir de M. Abel Lefranc, professeur au Collège de France et promoteur d'une édition critique, en cours de publication. Pour lui, la généalogie de Gargantua serait une parodie de celle de l'Evangile et le récit de la tête coupée d'Epistémon, une parodie de deux miracles du Nouveau Testament.

Pour le Dr Nicati l'énigme de Rabelais est inaccessible à la critique littéraire, « il appartient à la pénétration psychologique d'en sonder le mystère », et médecin comme lui, dit-il, et appliqué à l'interprétation du phénomène mental humain, c'est à la fin de son exploration qu'il l'a rencontrée et en contemplant à Montpellier sa statue qu'il a lu, dans son sourire, cet aveu : « C'est moi l'explorateur qui vous précède. Les siècles n'ont cessé de chercher dans

©BIUM

l'après-vie la clef des choses humaines; médecin, je situe l'humaine comédie dans la vie. » L'épopée rabelaisienne est comparable à la *Divine comédie* de Dante.

Il est difficile d'analyser brièvement un livre aussi riche en aperçus personnels. Qu'il nous suffise de donner quelques exemples des interprétations symboliques de l'auteur. Pantagruel et Panurge composent un seul et même personnage qui représente l'esprit humain aux visées sans limites, servi par le plus fragile des instruments. Sa soif insatiable est celle de l'esprit humain, sa taille gigantesque, c'est l'immense étendue de l'esprit humain. Pantagruel est l'idéal solide de l'homme, Panurge en a toutes les défaillances, il est effondré devant la tempête et au bruit des bombardes. L'épisode des Moutons de Panurge contient en germe toute la théorie de l'imitation. Par sa discussion relative aux dettes, Panurge, « outil et laboratoire d'expériences », établit le principe universel de relativité.

Frère Jean des Entommeures est la doublure de Gargantua, « il en représente le bras viril ».

Thélème est l'école suprême de la morale sociale et la conception de la vie à l'abbaye révèle en Rabelais un moraliste qui veut harmoniser les volontés en vue de la bonne entente sociale.

L'ouvrage se termine par un complément qui s'adresse « aux médecins à l'esprit assez ouvert pour passer outre aux traditions de l'école et aussi aux psychologues et aux philosophes, dont le palais par deux mille et quelques cents ans de gloses, enduit, pavé, esmaillé est par les décrottoires de Dame Bacbuc rendu à la sensibilité gustative. » Il faut lire cette quatrième partie dont une brève analyse ne donnerait qu'une notion trop incomplète des vues si originales de l'auteur.

F. PACTET.

Affectivité et Intelligence. *Etude psycho-pathologique,* par le Dr Louis PAGÈS. (1 vol. in-8°, 208 pages. Félix Alcan, édit., Paris, 1926).

Dans une *première partie,* le Dr Louis Pagès examine les arguments empruntés à la psychiatrie et mis en avant pour prouver la spécificité du phénomène de sensibilité morale et sa distinction essentielle de l'intelligence. Aucun d'eux ne lui paraît suffisant, bien qu'il ait choisi les faits psychologiques lui paraissant le plus susceptibles de fournir des arguments à la dissociation idéo-affective étudiée successivement chez les déments, les déments précoces, les fous

©BIUM

moraux, les maniaques, les mélancoliques, les hypocondriaques, les cetatiques, les dépersonnalisés.

La *seconde partie* de cet ouvrage est consacrée à l'analyse du phénomène affectif chez les dépersonnalisés. Le dépersonnalisé ne peut éprouver de phénomènes affectifs tant qu'il est incapable de s'attribuer un état psychique, tant que son moi est incapable de former un jugement subjectif. Cette notion de l'intervention du moi et de la subjectivité dans la formation du fait affectif met en évidence les relations nécessaires de l'acte de connaissance avec la production de ce phénomène.

Et après avoir, dans une *troisième partie*, examiné l'hypothèse d'états affectifs insoupçonnés du moi, l'auteur conclut que si le jugement n'est pas la seule cause du phénomène affectif, il en est cependant une condition essentielle, et l'on peut vraiment affirmer que le fait psychique agréable ou pénible ne peut se concevoir sans l'intervention de l'intelligence.

René CHARPENTIER.

La vie et la mort des instincts chez l'homme, par le Dr A.-H. HESNARD (1 vol. in-12, 232 pages, *in* Bibl. La Culture Moderne, Librairie Stock, édit., Paris, 1926).

Dans ce nouveau livre, que M. Hesnard dédie au Professeur S. Freud « avec le désaveu de ses injustes critiques et l'hommage de sa pure admiration », il étudie l'évolution des instincts à l'aide surtout de faits empruntés à la psychologie pathologique et dans le but « de contraindre l'homme de science à pénétrer enfin dans un domaine jusqu'ici illégitimement réservé à l'artiste ».

Dans un premier chapitre intitulé la *naissance des instincts*, l'auteur passe en revue les formes embryonnaires de l'instinct de conservation, les appétits végétatifs, la volupté du sein maternel, l'égotisme fondamental du jeune être, sa destinée et son rôle constitutionnel dans la formation de l'esprit, et les premières relations de l'égotisme et de l'instinct sexuel, la présexualité infantile. Ce chapitre se termine par un tableau dans lequel M. Hesnard établit un classement chronologique des manifestations instinctives chez l'enfant depuis la naissance jusqu'à 14 ans.

L'auteur expose ensuite comment se fait la *croissance des instincts*. Il donne de nombreux exemples du développement des attractions et répulsions parentales, de la socialisation des instincts, de la genèse de la conscience morale et

©BIUM

montre l'importance du rôle des tendances familiales dans la détermination du caractère et de la vocation.

Les *métamorphoses affectives de l'adolescence*, détachement du milieu familial, affirmation de l'instinct érotique, premières rencontres de l'érotisme et de la tendresse, sont décrites ensuite par M. Hesnard et l'amènent à exposer une psychologie de l'acte sexuel et les manifestations de la *maturité des instincts :* épanouissement de l'instinct dans la virilité et la féminité, interréaction des instincts adultes, évolution instinctive définitive dans la procréation.

C'est dans les mille incidents de la vie intime que se traduisent les *vicissitudes de l'instinct adulte*. L'instinct est irréversible : une fois éveillé, un instinct ne s'éteint jamais complètement, il ne revient jamais en arrière et ne meurt vraiment qu'avec l'individu lui-même. Un certain nombre de faits, exemples de conflits affectifs, illustrent les conséquences heureuses de ces conflits dans les transformations affectives, et leurs conséquences malheureuses dans les déceptions de la vie intime, le rôle aussi des conflits affectifs dans la formation des tempéraments artistique et mystique, dans la genèse de l'irréalisme.

Enfin, se produit la *sénescence des instincts* après des paroxysmes tels que la poussée affective de l' « âge critique » ou celles qui peuvent survenir dans la période de présénilité. La sénilisation de l'instinct se caractérise essentiellement par un retour à l'égotisme, une certaine exaltation des émotivités de surface et, dans le domaine de la sensualité, une pruderie chatouilleuse ou parfois un appétit sexuel purement cérébral, dégradé et inférieur.

De cette intéressante étude de l'*évolution instinctive*, M. Hesnard conclut à la toute-puissance de l'Instinct. « L'Instinct domine et mène l'homme. Il façonne sa pensée, sa vie morale tout entière même, comme probablement il modèle sa structure et sa forme matérielle... L'Instinct est comme l'envers de la Pensée ; il est la base unique de la psychologie, conçue objectivement en tant que science biologique... » Et M. Hesnard exalte la part selon lui réservée à l'Instinct dans l'art, la morale et l'éducation. « La morale et la pédagogie de l'Instinct sont celles de l'avenir... L'Instinct est peut-être la seule vérité, la seule certitude ; tout le reste en dérive. Telle est la philosophie de l'Instinct. » Nous avons tenu à rapporter ici les propres phrases de l'auteur. Ces conclusions décisives indiquent clairement l'importance qu'il attache à ce livre.

René CHARPENTIER.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 Décembre 1926

Présidence de M. SEGLAS, président

Accès dromodipsomaniaques et psychose périodique, par L. MARCHAND et J. PICARD. — Une malade, déjà internée quatre fois, a présenté au cours de son existence un nombre considérable d'accès mentaux, plus ou moins complets, mais dont les diverses phases se succèdent suivant un ordre chronologique constant : Après une période de dépression insomnique avec hallucinose surviennent des impulsions dromomaniaques suivies de dipsomanie et une phase d'excitation intellectuelle pouvant aller jusqu'à l'agitation maniaque. Cet état constitue une phase de transition entre l'état dépressif du début de l'accès et l'excitation intellectuelle terminale. Guérison complète entre les accès. Il s'agit donc d'un nouvel exemple montrant qu'à côté de la dromomanie et la dipsomanie, considérées en tant qu'impulsions constitutionnelles, il y a lieu de réserver une place à celles qui appartiennent à la psychose périodique.

Traumatisme et démences syphilitiques, par J. CAPGRAS et R. BRIAU. — Observations de trois malades, toutes trois syphilitiques, toutes les trois victimes d'un accident d'automobile. La première, tabétique ancienne, fait, quatre mois après le traumatisme, une P. G. à marche galopante. La seconde, aussitôt après le choc, manifeste une amnésie rétro-antérograde, s'étendant jusqu'à son enfance avec perte totale de la mémoire de fixation : apathie extrême et indifférence complète; dysarthrie inappréciable, formule humorale positive, lymphocytose discrète. La troisième, après le traumatisme, souffre d'abord d'algies variables, de vertiges et d'insomnie puis de diplopie, de céphalées et de vomissements et au bout de deux mois organise un délire d'influence systématique avec automatisme mental, hallucinations auditives verbales, euphoriques, rares hallucinations visuelles, troubles de la sensibi-

CEIUM

lité générale ; on constate une très légère dysarthrie. Formule humorale positive dans le L. C.-R., B.-W. négatif dans le sang.

Fractures spontanées chez une démente précoce, par X. ABÉLY et PRIEUR. — Démente précoce à antécédents tuberculeux qui a présenté des fractures du bras droit survenant spontanément. Amélioration passagère de l'état mental pendant la période de réparation. Les auteurs se demandent si la catatonie et l'ostéomalacie ne relèveraient pas d'un trouble du métabolisme du calcium par insuffisance thyrosurrénalienne.

Démence profonde survenue rapidement chez une femme de 55 ans, par MM. M. LEROY et LELONG. — Femme âgée de 60 ans, dont l'affection a débuté en 1921 par un délire incohérent de persécution à base d'hallucinations et d'interprétations. Depuis un an, état d'inertie entrecoupé de crises d'irritabilité, d'accès de fureur avec verbigération; stéréotypie des actes, malpropreté sans gâtisme. Cet état rappelle la manie coléreuse, mais l'état démentiel semble évident.

Symptômes physiques importants chez une démente précoce, par MM. M. LEROY et LELONG. — Jeune fille de 22 ans, démente précoce dès l'âge de 18 ans, dont l'affection a débuté par un délire hallucinatoire de persécution et d'influence, et qui est actuellement plongée dans la stupeur catatonique. De plus, on constate une adipose marquée (le poids a augmenté de 22 kilos), des troubles de la menstruation, de l'acrocyanose, du dermographisme, de l'hyperhydrose, une exagération des sécrétions salivaires et sébacées. Pas de glycosurie. Corps thyroïde normal.

Maladie d'Alzheimer à la période terminale, par MM. TRÉNEL et P. CLERC. — Les auteurs présentent ce malade en vue d'une discussion diagnostique. La marche progressive de la maladie, après un début rapide, la démence massive, l'agnosie, les phénomènes paraphasiques, les troubles moteurs forment un syndrome sur lequel on peut rétrospectivement baser un diagnostic de maladie d'Alzheimer. L'état actuel, en raison de la déchéance mentale profonde, est plus difficile à analyser. Il persiste des marques d'agnosie, de la paraphasie, et il s'est établi un état d'hypertonie généralisée, qui rappellent exactement les descriptions d'Alzheimer.

©BIUM

Maladie d'Alzheimer, par MM. G. PETIT et S. NACHT. — Malade de 65 ans chez lequel, depuis plusieurs années, s'est établi progressivement une démence profonde accompagnée d'agnosie, d'apraxie et d'asymbolie actuellement totales. Seuls persistent quelques rudiments d'activité automatique: le langage est réduit à une logoclonie stéréotypée et à des gémissements inarticulés. On ne peut relever par ailleurs aucun autre signe neurologique de lésions en foyer. L'internement a été provoqué par un état confusionnel surajouté, avec agitation, opposition, sitiophobie, etc., qui est actuellement très amélioré.

Maladie d'Alzheimer, par M. X. ABÉLY. — Début il y a 5 ou 6 ans chez une femme qui présente actuellement de l'aphasie motrice avec un certain degré de surdité verbale, de l'écholalie, de l'agnosie, de l'apraxie idéatoire avec sourire stéréotypé.

Troubles des associations des idées, symbolisme chez un schizophrène, par M. P. CLERC. — Malade âgé de 63 ans, interné depuis 1889, pour psychose hallucinatoire chronique. Cette dernière s'est peu estompée mais a laissé des séquelles très accentuées portant surtout sur les troubles des associations des idées, avec une tendance morbide très développée au symbolisme et à la généralisation maladive.

Automatisme mental et asystolie chez une paranoïaque, par MM. VALENCE et BARDOT. — Malade de 43 ans, atteinte à l'âge de 8 ans de crise rhumatismale aiguë compliquée de cardiopathie (insuffisance mitrale) ; crises d'hyposystolie à 4 ou 5 reprises au cours de son existence. La malade présente le 10 décembre 1926 un état d'anasarque et une tachyarythmie avec troubles mentaux, agitation légère, confusion, hallucinations auditives, interprétations délirantes. Traitée énergiquement par ouabaïne intraveineuse, puis digitaline *per os*, la malade évolue en même temps vers une convalescence physique (réduction des œdèmes, régularisation du rythme cardiaque) et mentale (extinction presque complète de l'automatisme mental).

Un nouveau cas d'hématome intra-arachnoïdien avec syndrome de décérébration, par MM. M. TRÉNEL et P. CLERC. — Hémorragie intra-arachnoïdienne bilatérale ayant entraîné la mort en quelques heures, avec un syndrome

©BIUM

d'épilepsie continue, rappelant celui de la décérébration. A l'autopsie, l'hémorragie était déjà enkystée dans une poche fibrineuse, tapissant la cavité arachnoïdienne des méninges. Il existe en outre une petite hémorragie protubérantielle et indépendante. Aucune trace de pachyméningite hémorragique. L'origine de la lésion est purement vasculaire. Une opinion analogue a été récemment exposée par Cushing.

Epaississement pagétique du crâne avec syndrome démentiel, par M. J. PICARD. — Les rapports de la localisation cranienne de la maladie osseuse de Paget avec les troubles mentaux concomitants sont délicats à préciser du fait de l'âge des malades et de leur spécificité fréquente. Dans le cas rapporté, une femme de 72 ans meurt neuf mois après deux ictus n'ayant laissé subsister qu'un état démentiel avec paraphasie. A l'autopsie, épaississement remarquable des os de la voûte cranienne avec hypertrophie plus spécialement marquée du frontal ayant provoqué par compression directe une atrophie généralisée des lobes correspondants ; de plus, athérome des artères sylviennes et du côté gauche où l'épaississement du pariétal est le plus marqué, ramollissement superficiel des circonvolutions temporales.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du Jeudi 16 Décembre 1926

La pilocarpine dans les rétentions d'urine des psychopathes. — MM. MONTASSUT, LAMACHE et DAUSSY signalent les heureux effets de la pilocarpine dans le traitement des rétentions d'urine chez les psychopathes et notamment chez les paralytiques généraux. Il est intéressant d'éviter ainsi les sondages si souvent générateurs d'infection et d'obtenir des effets thérapeutiques qui se sont révélés constants et dépourvus de tout inconvénient. La dose est de un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine.

M. CLAUDE considère les résultats obtenus comme très importants et souhaite que cette méthode se généralise. Les agents pharmacodynamiques ne sont pas seulement des moyens d'exploration du système neuro-végétatif, mais ont une réelle utilité pratique. Dans le cas de rétention d'urine la pilocarpine agit sur le parasympathique pelvien.

©BIUM

Manie d'origine émotionnelle. — MM. G. Robin et M. Cénac rappellent leurs travaux antérieurs sur les états psychopathiques d'origine émotionnelle et apportent deux nouveaux exemples qui montrent la difficulté de différencier un état d'anxiété avec agitation d'un état d'excitation maniaque derrière lequel se laisse deviner un état affectif ayant déterminé la psychose. Les auteurs précisent les symptômes qui permettent d'orienter ce diagnostic: éléments de jeu, anxiété sous-jacente, état confusionnel passager, amnésies atypiques, symptômes des réponses et des gestes à côté, exagérations morbides de caractère parfois un peu théâtral, etc...

M. Arnaud rappelle la formule qu'il a déjà dite et maintes fois répétée : « L'émotion n'est pathogène que chez les malades. »

Schizomanie ou psychose maniaque dépressive. — MM. Courbon et Jean Magnand montrent une malade qui, avec une conservation complète de la mémoire, présente deux signes décrits par les auteurs de la conception schizophrénique: 1° le détachement du réel (oisiveté, désintérêt, insouciance, ambivalence pour le présent et l'avenir) ; 2° la discordance (réactions de joie à des circonstances tristes, gaieté ou ironie coexistant avec de l'inertie motrice et idéative). En l'absence de tout délire, on ne peut affirmer qu'il y ait autisme et par conséquent on ne peut diagnostiquer la schizomanie. Pour l'auteur de la présentation, il s'agirait d'un état mixte de psychose maniaque dépressive et la conclusion serait que le détachement du réel et la discordance peuvent résulter soit d'une déviation de l'activité psychique hors de la réalité, c'est-à-dire d'un autisme, et exprimer une schizose réelle pronostiquant l'incohérence terminale, soit d'une simple paralysie de l'activité psychique et n'exprimer qu'une suspension du contact avec la réalité productrice de dysharmonie et non d'incohérence vraie.

M. Arnaud estime que la malade présentée ressemble beaucoup à une démente précoce.

Elections. — M. Claude est maintenu président. M. Maurice de Fleury est élu vice-président. Sont nommés membres titulaires : MM. Gilbert Robin, Michel Cénac, Montassut ; au titre des hôpitaux et hospices, MM. les professeurs Beaudoin et Papillot. Est nommé membre correspondant : M. Cornil, de Nancy.

André Ceillier.

©BIUM

VARIÉTÉS

CENTENAIRE DE PINEL

SOUS LE HAUT PATRONAGE
DE M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
30 mai-1er juin 1927

La célébration du Centenaire de Pinel, dont la Société Médico-psychologique a pris l'initiative, aura lieu avec un éclat tout particulier dans la dernière semaine du mois de mai 1927. Un Comité d'honneur a été formé ; on y voit figurer, à côté de hautes personnalités politiques et administratives, des représentants de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine, de l'Université, du Collège de France, des Facultés de Médecine et des différentes Sociétés savantes. Le programme, dont une partie seulement a été définitivement arrêtée, est ainsi fixé :

Lundi 30 mai, 10 h. 1/4 : Réunion à la Salpêtrière, amphithéâtre de la Clinique Charcot (service de M. le Prof. Guillain). Visite des loges (service de Pinel) de la Force. Hommage à la statue de Pinel.

16 h. : Séance solennelle de la Société Médico-psychologique.

21 h. : Cérémonie dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Mardi 31 mai : Banquet par souscription offert aux délégués étrangers.

Mercredi ou jeudi : Réception à l'Hôtel de Ville.

La célébration du Centenaire de Pinel coïncidera avec celle du Centenaire de Vulpian, qui aura lieu le samedi 28 mai, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, avec la réunion de l'Amicale, et sera suivi des Journées neurologiques, où la question du sommeil et celle de l'équilibre, d'un si haut intérêt pour les aliénistes, seront traitées cette année.

Le Comité d'organisation du Centenaire de Pinel est ainsi composé :

Président : M. le Dr SEMELAIGNE, 59, boulevard de Montmorency, Paris, 16e.

Vice-Présidents : MM. les Drs SOLLIER, SÉGLAS, CLAUDE, LEGRAIN, LEROY.

©BIUM

Secrétaire général : M. le Dr Henri COLIN.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr René CHARPENTIER.

Membres du Comité : MM. les Drs BUSSARD, GUIRAUD, ARNAUD, ROUBINOVITCH, MARIE, SÉRIEUX.

Trésorier : M. le Dr Raymond MALLET, 22, avenue Mozart, Paris, 16e.

Prière d'envoyer les adhésions et communications à M. le Dr Henri COLIN, 22, rue Gay-Lussac, Paris, 5e.

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

La XXXIe Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à Blois, du 1er au 6 août 1927.

Président : M. le Professeur RAVIART, de Lille.

Vice-président : M. le Professeur Henri CLAUDE, de Paris.

Secrétaire général : M. le Docteur OLIVIER, médecin-directeur de la Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIe session.

PSYCHIATRIE : *L'Automatisme mental.* — Rapporteurs : M. le Docteur LÉVY-VALENSI (de Paris) et M. le Docteur NAYRAC (de Lille).

NEUROLOGIE : *Les Tumeurs des ventricules latéraux.* — Rapporteur: M. le Docteur JUMENTIÉ (de Paris).

MÉDECINE LÉGALE : *Le Divorce des Aliénés. Sa Jurisprudence. Son application, ses résultats.* — Rapporteur : M. le Docteur BOVEN (de Lausanne).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr OLIVIER, *secrétaire général* de la XXXIe session, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher).

Le prix de la cotisation est de 50 francs pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le mois de juin 1927 recevront les rapports dès leur publication.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'Honneur. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'Honneur :

M. le Dr DUPAIN, médecin en chef honoraire des asiles de

©BIUM

la Seine, ancien président de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr ALLAMAGNY, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Vacances : Un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse) par suite du départ de M. le Docteur Legrand.

Un poste de médecin-chef préposé responsable à l'Asile d'aliénés de la Providence, à Niort (Deux-Sèvres) par suite du décès de M. le Docteur Dezwarte.

Nominations. — M. le Dr LEGRAND, à l'asile de Lommelet (Nord), poste créé ; M. le Dr BAUER, à l'asile de Naugeat ; M. le Dr HYVERT, à l'asile de Vauclaire (Dordogne) ; M. le Dr CARRIAT, à titre définitif à l'asile de Dury-les-Amiens (Somme).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Chefs de Clinique : MM. Noël PÉRON et THÉVENARD (Clinique des maladies nerveuses, Salpêtrière) ; MM. BARUK et LAMACHE (Clinique des maladies mentales, Ste-Anne).

MINISTÈRE DES PENSIONS

Instruction interministérielle pour l'application de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919

La loi du 31 mars 1919, article 55, règle les conditions dans lesquelles doivent être internés les anciens militaires pensionnés pour aliénation mentale.

Aux termes de cet article 55, la pension définitive ou temporaire allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public, sera employée à due concurrence à acquitter les frais de son hospitalisation.

Toutefois, en cas d'existence de femmes ou d'enfants, l'administrateur des biens de l'aliéné ou son tuteur doit avant tout autre prélèvement verser dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, à la femme ou au représentant légal des enfants, les majorations d'enfants et une somme égale à une pension de veuve du taux de reversion.

©BIUM

La présente instruction a pour objet d'uniformiser les modes d'application des dispositions légales ci-dessus rappelées, d'assurer au mieux l'utilisation de la pension en faveur des internés et de placer leurs intérêts moraux et matériels sous le contrôle et la surveillance de personnalités qualifiées.

Autorités chargées de veiller sur le sort des internés

La loi du 30 juin 1838 dispose par ses articles 2 et 3 que les établissements publics et consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique et, dans son article 4, énumère les personnalités administratives chargées d'assurer cette surveillance.

La loi du 30 juin 1838 permet en outre de compléter l'action de l'autorité publique par la désignation d'un administrateur aux biens et d'un curateur à la personne de tout aliéné non interdit. Il importe de faire jouer systématiquement ces dispositions en faveur des anciens militaires internés pour aliénation mentale.

En conséquence, tout interné au titre de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 (1) doit être pourvu :

1° d'un administrateur provisoire à sa pension ;

2° d'un curateur à sa personne.

I. — DÉSIGNATION DE L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

a) L'aliéné est interné dans un asile public :

Dans ce cas l'administrateur provisoire est désigné par la commission administrative de l'asile public, conformément aux dispositions de l'article 31 de la loi du 30 juin 1838 ;

b) L'aliéné est interné dans un asile privé faisant fonction d'asile public :

Dans ce cas, la loi de 1838 prévoit, par son article 32, la désignation éventuelle d'un administrateur provisoire, après réunion du conseil de famille.

Pour éviter une telle procédure qui entraîne des frais et des lenteurs hors de proportion avec les intérêts en cause, il convient que sur simple requête présentée au président du Tribunal civil du lieu d'internement par le préfet d'accord avec le curateur, soit désigné un administrateur *ad hoc* dont les pouvoirs seront, le cas échéant, renouvelés ou régularisés ; le mandat de cet administrateur sera strictement limité à la gestion de la pension et du boni, à l'exclusion de tous autres actes d'administration.

(1) Sauf dans les rares cas d'aliénés interdits qui sont pourvus d'un tuteur.

©BIUM

Il est désirable, dans l'intérêt bien compris des malades et des services administratifs, que tous les bénéficiaires de l'article 55, internés dans un même asile privé faisant fonction d'asile public, soient pourvus du même administrateur *ad hoc*.

Mais certains internés se trouvent déjà pourvus d'administrateurs provisoires qui n'ont pas été désignés dans l'esprit de la présente instruction. Dans le cas où l'intérêt des malades ne serait pas servi par certains de ces administrateurs, il appartiendrait au préfet, d'accord avec le curateur, de s'opposer au renouvellement de leur mandat, lequel en général est renouvelable tous les 3 ans, et de demander la désignation d'un administrateur *ad hoc*. Le ministère public joindra son action à celle du préfet et du curateur dans l'intérêt tant moral que matériel des anciens militaires internés.

Le mandat d'administrateur *ad hoc* étant un mandat gratuit, il importe que les désignations soient faites par des personnalités d'une autorité morale incontestée et qui, de préférence, aient donné des témoignages de sollicitude en faveur des victimes de la guerre.

II. — Désignation d'un curateur

L'article 38 de la loi du 30 juin 1838 dispose que le tribunal peut nommer un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés. Le curateur doit veiller :

1° à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ;

2° à ce que l'aliéné soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet.

En application de ces dispositions, il convient qu'un curateur soit immédiatement désigné d'office à la personne de tous les aliénés internés non interdits au titre de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919. Ce curateur sera choisi de préférence parmi les membres du comité départemental des mutilés et sur avis du préfet. Le Tribunal sera saisi à la diligence du préfet du département où se trouve l'asile d'aliénés (asile public ou asile privé faisant fonction d'asile public). Il est désirable que tous les bénéficiaires de l'article 55 internés dans un même asile aient le même curateur.

MM. les procureurs généraux attireront d'une façon toute particulière l'attention de leurs substituts sur l'importance de ces dispositions.

©BIUM

Boni constitué par les arrérages non employés de la pension ; amélioration du sort de l'aliéné et du sort de sa famille

Conformément aux dispositions de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919, le tuteur ou l'administrateur des biens doit verser à la femme ou au représentant légal des enfants, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre :

les majorations d'enfants ;

une somme égale à une pension de veuve du taux de reversion.

Dans la grande majorité des asiles, la somme restante est plus que suffisante pour subvenir à l'entretien du malade.

Il appartient au curateur, d'accord avec l'administrateur provisoire, d'utiliser la pension, compte tenu des charges dont elle est légalement affectée, à l'internement de l'aliéné dans les meilleures conditions de bien-être compatible avec son état de santé et les prescriptions médicales.

Lorsque le paiement du prix de journée et le versement éventuel de la somme revenant à la femme ou au représentant légal des enfants n'absorbent pas la totalité de la pension, le boni constitué par le reliquat des arrérages non employés doit recevoir les destinations suivantes :

a) une moitié doit être réservée ;

b) l'autre moitié peut être éventuellement utilisée, d'accord entre l'administrateur et le curateur, pour améliorer par priorité le sort :

1° de l'aliéné ;

2° de sa femme ;

3° de ses descendants ;

4° de ses ascendants.

En tout état de cause, aucun prélèvement sur le boni ne pourra être effectué avant que ce boni soit au moins égal au montant de deux trimestres de la pension principale et de ses accessoires (allocation spéciale temporaire), sauf les majorations d'enfants et leurs accessoires (majorations supplémentaires temporaires), cette disposition a pour objet de conserver à l'aliéné sortant de l'asile une somme minime destinée à lui permettre de subvenir à ses besoins jusqu'à la plus prochaine échéance trimestrielle.

Bien entendu, la moitié du boni actuellement existant, même dans le cas où il dépasserait le montant de deux trimestres de pension, serait obligatoirement réservé.

D'autre part, il convient que le boni soit géré de façon à ne pas rester improductif ; étant donné qu'il est constitué par des fonds appartenant en propre aux aliénés, il sera,

©BIUM

conformément aux instructions en vigueur, soit déposé à la caisse des dépôts et consignations ou aux caisses d'épargne, soit placé en rentes sur l'Etat (circulaire de la comptabilité publique des 18 juin 1889, 24 août 1907 et 11 juillet 1925 ; lettre commune de la comptabilité publique du 17 décembre 1923).

Mais quelques asiles absorbent et au delà l'intégralité de la pension. Il appartient, dans ce cas, au curateur, d'accord avec l'administrateur et le médecin traitant, après consultation de la famille, de rechercher l'asile d'un prix de journée moins élevé qui réunit les meilleures conditions de soins et de bien-être et, autant que possible, à proximité du domicile des plus proches parents (femmes, ascendants et descendants du 1er et du 2e degré et, à leur défaut, frères et sœurs).

Dans l'intérêt de l'aliéné et des siens, à garanties égales de bien-être et de soins, il importe de placer de préférence les bénéficiaires de l'article 55 soit dans un asile public, soit dans un asile privé faisant fonction d'asile public, où le montant de la pension excède le plus largement possible le prix de journée.

Lorsqu'un malade aura dû être placé dans un asile d'aliénés éloigné du domicile de la famille, l'administrateur et le curateur pourront, d'accord, autoriser sur le boni le prélèvement des frais de voyage de la personne ayant la parenté la plus proche.

Dispositions administratives

Dans tous les cas où un bénéficiaire de l'article 55 est interné soit dans un asile public et pourvu d'un administrateur désigné par la commission de l'asile, soit dans un asile privé faisant fonction d'asile public, et pourvu d'un administrateur provisoire ou d'un administrateur *ad hoc*, les titres de pension et livret d'allocation spéciale temporaire aux grands invalides doivent être détenus par le receveur dans les asiles publics et l'économe dans les asiles privés. Les dits receveurs et économes seront seuls chargés du maniement des fonds provenant des perceptions d'arrérages de pension et d'allocation spéciale temporaire.

Ils transmettront également, sur ordre de l'administrateur, les sommes dont celui-ci, d'accord avec le curateur, ordonnera prélèvement sur le reliquat de la pension en faveur de la famille de l'aliéné.

En conséquence, les receveurs et les économes, au moment de l'admission dans leur établissement d'un aliéné non interdit pourvu d'un administrateur provisoire désigné

©BIUM

par la commission de surveillance, conformément à l'article 31 de la loi du 30 juin 1838, ou d'un administrateur *ad hoc* .....
.....

exigeront la remise des titres d'allocation provisoire d'attente, brevets ou livrets de pension et livrets d'allocation spéciale temporaire appartenant au dit aliéné.

Ils consigneront, en outre, sur une fiche, les renseignements suivants :

1° Nom et prénoms de l'aliéné ;

2° Nom, prénoms et adresse de la femme et des enfants de l'aliéné ;

3° Numéro, montant (y compris le supplément de la loi du 13 juillet 1925) et nature de la pension ;

4° Numéro (s'il y a lieu) et montant (y compris le supplément) des majorations pour enfants ;

5° Numéro et montant de l'allocation spéciale des grands invalides ;

6° Montant des majorations supplémentaires temporaires pour enfants.

A chaque échéance, les receveurs et les économes percevront, sur certificat de vie établi par le directeur de l'asile, les arrérages et, s'il y a lieu, transmettront, sur l'ordre de l'administrateur, à la femme et aux enfants de l'aliéné, les arrérages correspondants, pour la même période, d'une pension de veuve au taux de reversion, des majorations d'enfants et des majorations supplémentaires temporaires.

Les instructions qui précèdent seront intégralement applicables lorsque les aliénés seront titulaires d'un titre d'allocation provisoire d'attente ; cependant, il convient de faire observer que les pensions concédées par la direction de la dette inscrite sont quelquefois d'un taux supérieur à celui des allocations provisoires d'attente servies antérieurement aux intéressés.

Lorsque les récupérations effectuées sur les allocations provisoires d'attente sont insuffisantes pour couvrir les frais d'hospitalisation, la somme mise à la charge de l'Etat, en vertu du 4e alinéa de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919, pourra donc, dans certains cas, être diminuée des retenues supplémentaires que l'augmentation du taux de la pension permettra d'effectuer.

En conséquence, les receveurs et économes devront apporter une attention toute particulière à la constatation des concessions de pensions intervenant au profit d'aliénés internés dans leur établissement, en vue d'exercer, sur les

©BIUM

rappels d'arrérages, les retenues supplémentaires qu'il peut y avoir lieu de prélever.

D'autre part, les receveurs ou gestionnaires des asiles ne provoqueront le remboursement des frais laissés à la charge de l'Etat que lorsqu'ils auront la certitude d'avoir été mis en possession de la totalité des sommes récupérables sur la pension de l'aliéné. Il s'ensuit que, dans le cas où les prélèvements effectués sur des allocations provisoires d'attente seront insuffisants pour couvrir les frais d'hospitalisation, le remboursement par l'Etat ne sera poursuivi qu'après concession du titre de la dette inscrite, la pension définitivement accordée pouvant être de taux supérieur à celui de l'allocation provisoire d'attente et donner lieu à une retenue supplémentaire ainsi qu'il a été expliqué ci-dessus.

Quand l'aliéné décède ou quitte l'établissement, les héritiers en cas de décès, l'intéressé ou ses représentants au cas de départ, sont appelés à percevoir les sommes payables sur la pension et les diverses allocations et il peut arriver qu'ils s'abstiennent de rembourser à l'asile les frais d'hospitalisation dus pour la période comprise entre la dernière échéance encaissée par le receveur ou le gestionnaire de l'asile et la date de décès ou de départ.

Chaque fois qu'un aliéné décèdera ou quittera l'asile où il est hospitalisé, le receveur ou gestionnaire de l'établissement fera parvenir au Trésorier-Payeur général un état valant titre de perception et donnant le décompte des frais demeurés impayés. Il sera joint, en outre, une note donnant l'ensemble des renseignements consignés sur la fiche de l'aliéné.

En possession de ces renseignements, le Trésorier-Payeur général prendra toutes mesures utiles pour que le montant des sommes qui auraient été prélevées par le receveur de l'asile, si ce dernier avait conservé le titre entre ses mains, soit récupéré par voie de retenue intégrale, soit sur le prorata d'arrérages trimestriels payés aux héritiers, soit sur les arrérages trimestriels versés à l'intéressé lui-même ou à ses représentants. Le comptable supérieur fera parvenir enfin les sommes recouvrées au receveur ou au gestionnaire de l'asile.

Dans le cas particulier où après le décès ou le départ d'un aliéné titulaire d'une allocation provisoire d'attente, sera intervenue une concession de pension d'un taux supérieur à celui de ladite allocation provisoire d'attente, le Trésorier-Payeur général devra récupérer, dans les mêmes conditions, les sommes qui auraient été retenues par ledit comptable

©BIUM

s'il avait eu en sa possession, non seulement le titre d'allocation d'attente, mais le titre de pension effectivement concédé. Toutefois, le montant de cette récupération ne devra pas dépasser celui des frais dont le remboursement aura été réclamé par l'asile.

Conformément à la règle générale formulée ci-dessus, ce n'est qu'après avoir été mis en possession de la totalité des sommes récupérées par le Trésorier-Payeur général que l'asile provoquera le remboursement sur les fonds de l'Etat de la partie des frais d'hospitalisation qui ne seraient pas couverts par le montant de ladite récupération.

En ce qui concerne le passé, les administrations hospitalières des asiles s'assureront que, pour certains aliénés, il n'a pas été mis à la charge de l'Etat des sommes supérieures à celles dont il aurait dû assumer le remboursement si les présentes instructions avaient été en vigueur. Le cas échéant, elles se mettront en rapport avec les comptables du Trésor pour faire opérer les restitutions nécessaires. Les sommes ainsi récupérées seront versées au Trésor et imputées au chapitre « Recettes accidentelles », à moins, bien entendu, que les écritures des receveurs et économes restent encore à découvert des frais exposés, auxquels cas, lesdites sommes seront employées à réduire ou apurer les prises en charge.

Paris, le 6 juillet 1926.

Le Garde des sceaux, Ministre de la Justice,
Pierre LAVAL.

Le Ministre des Pensions,
JOURDAIN.

Pour le Ministre des Finances et par délégation,
Le Sous-Secrétaire d'Etat,
PIÉTRI.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène,
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,
DURAFOUR.

NECROLOGIE

M. le Dr QUESNEVILLE, agrégé de l'Ecole de Pharmacie, pharmacien en chef honoraire de l'Asile Ste-Anne, vient de mourir à l'âge de 78 ans.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 33.673

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Remarques sur le secret professionnel dans la pratique de la médecine mentale, vis-à-vis du malade et vis-à-vis des tiers.

L'article 378 du code pénal, qui réprime la violation du secret professionnel, vise la révélation à des tiers, des secrets confiés au médecin par le malade.

Mais comme l'ont signalé les auteurs qui ont plus particulièrement étudié la question, l'interprétation juridique de l'article 378 a toujours évolué vers l'extension de plus en plus grande des limites du secret professionnel tendant à se rapprocher, comme le faisait remarquer Brouardel (*Le secret médical*, 1887, page 240), de son interprétation médicale qui est vaste.

Pour nous, écrivait l'éminent Professeur de médecine légale, « le secret est non pas seulement ce qui nous a été confié, mais ce que nous avons vu, entendu, compris à l'occasion de nos fonctions médicales. Le secret de notre client est tellement le nôtre, à nous

©BIUM

médecins, que lui, client, ignore souvent ou son existence ou son étendue ; il ne peut pas nous en libérer parce que lui-même ignore ce dont il nous délie ».

On ne peut en termes plus saisissants laisser entrevoir l'étendue des obligations morales que pose à la conscience du médecin le problème du secret professionnel. Ce n'est pas seulement pour des secrets que lui a confiés le malade, et ce n'est pas seulement vis-à-vis des tiers, que le médecin paraît engagé moralement, c'est pour toutes les constatations résultant de son interrogatoire, de son examen, de sa divination médicale, et c'est aussi vis-à-vis du malade lui-même qui ignore si souvent sa maladie et ses conséquences.

De cette discrétion vis-à-vis de l'intéressé lui-même peut dépendre dans bien des cas la possibilité d'une guérison ou le risque d'une sérieuse aggravation. Un confrère me citait un jour le cas d'une dame, mère de famille, qui, apprenant brutalement de son médecin qu'elle avait la syphilis, se suicida rapidement sous l'empire du désespoir. Il n'y avait eu, dans cette révélation, rien qui pût être en désaccord avec la lettre de l'article 378 ; et cependant n'y avait-il pas eu faute, tant les conséquences furent tragiques, au strict point de vue de la conscience médicale ? N'appartient-il pas en effet à tout médecin de sonder la force de résistance psychique de son client vis-à-vis des révélations qu'il peut être tenté de lui faire, afin de ne pas aggraver son cas ou risquer de déterminer des actes de désespoir qui sont tout à l'opposé de ce que vise l'exercice de la profession médicale dans son but de guérir ou du moins de toujours soulager ?

Etendues en médecine ordinaire, les obligations du secret professionnel sont particulièrement impérieuses en médecine mentale. — C'est que nous avons affaire ici à une catégorie de malades très particuliers parce que la compréhension exacte de leur cas morbide leur échappe toujours et qu'ils ont besoin d'être protégés contre tout ce qui peut aggraver la condition pénible dans laquelle les plongea le Destin.

Nous n'envisagerons pas dans ces quelques lignes les obligations ordinaires prévues par l'article du code civil qui s'appliquent évidemment aux malades

©BIUM

internés ; mais nous voudrions mettre en vue quelques-unes des circonstances spéciales où, bien malgré lui et toujours à cœur défendant, le médecin d'asile risque de violer, sinon directement, du moins par une sorte de complicité imposée, certaines des obligations morales du secret professionnel étendu à la discrétion due par le médecin vis-à-vis du malade lui-même.

Le médecin d'un asile se trouve chaque jour en présence d'une catégorie de malades à qui pèse plus durement l'internement prolongé avec toutes ses conséquences familiales et sociales, malades qui lui réclament, de façon tantôt pressante, souvent impérieuse, parfois menaçante, leur liberté. Antisociaux et parasociaux de tout ordre et à divers degrés, délirants paranoïaques ou hallucinés, processifs, dégénérés amoraux et pervers, intermittents, etc., etc., ces malades apitoyent en général les gens non informés du domaine de la médecine mentale et sont précisément ceux qui feraient courir à la société le plus de risques. C'est vis-à-vis d'eux que le médecin est tenu à une discrétion des plus grandes et des plus délicates, car le moindre mot maladroit risque d'exacerber le ressentiment qui leur vient de la prolongation de leur isolement.

Par ses paroles apaisantes, ses encouragements, son attitude compatissante, son tact, le médecin parvient non pas toujours, mais quelquefois, à procurer à ces malheureux un adoucissement de leurs peines avec l'espérance d'une terminaison possible de leur cruelle séquestration. Que serait parfois la torture de certains de ces malades si le médecin leur révélait la nature réelle de leur affection (qu'ils ne pourraient, hélas ! comprendre, car s'ils pouvaient comprendre et rectifier leur délire, ils ne seraient plus précisément des aliénés dangereux) et les conséquences qui en découlent pour leur avenir ! Mais tout médecin d'asile tient de sa pratique et de son long contact avec ses pensionnaires l'avertissement que chaque cas impose à sa prudence et à sa conscience. Non seulement il évite de prononcer devant l'un de ces malades, qu'il doit encore et toujours protéger dans sa vie et dans ses espoirs, tout en défendant contre ses menaces et ses

©BIUM

sévices la société qui le lui a confié, l'une de ces paroles malheureuses qui ferait allusion à l'essence véritable des troubles de sa maladie, mais il s'efforce de gagner sa confiance en lui laissant entrevoir la possibilité d'un meilleur sort.

Dans certains cas cependant cette discrétion du médecin, pour lui devoir si impérieux, se voit contrariée, violée même par des tiers à qui le médecin s'est vu obligé à révéler certains caractères de l'affection mentale nécessitant l'internement de ses malades, et c'est à parcourir quelques-uns de ces cas que visent exclusivement ces lignes.

Il est des familles qui, par ignorance ou simple intention de se décharger sur le médecin de la nécessité de l'internement, fournissent à leur malade des renseignements d'ordre médical puisés soit oralement soit dans un bulletin de santé auprès du médecin traitant. Les recommandations expresses de ce dernier ne suffisent pas toujours à écarter cette communication d'éléments maladifs qui n'a toujours et ne peut avoir que des résultats défavorables.

Tout autrement graves sont les révélations des certificats et rapports les concernant qui sont communiqués aux aliénés en certaines circonstances. J'ai connu des malades qui, après réclamations aux autorités judiciaires et étant appelés en chambre du conseil du tribunal, ont entendu lire le rapport ou le certificat de leur médecin détaillant les symptômes de leur délire avec l'énoncé des réactions antisociales qui peuvent en être la conséquence.

Parfois, c'est à l'occasion d'une action engagée contre eux, comme conséquence de leur maladie mentale et de leur internement contre lequel ils protestent, que nos malades apprennent par une pièce de procédure qui doit leur être laissée en mains propres, qu'ils vont être interdits, ou que tel ou tel de leurs biens sera mis en vente, etc., etc.

J'ai connu une malade du service d'un de mes collègues contre laquelle une instance en divorce avait été engagée pour des faits relevant sans doute de son état psychopathique (instance contre laquelle mon confrère ne cessa de protester avec toute la vigueur de sa

©BIUM

conscience indignée), à qui l'on mit également en mains la procédure de l'action qui allait la destituer de son rôle d'épouse.

Puisqu'il s'agit ici de malades aliénées, c'est-à-dire étrangères à elles-mêmes du fait de la perturbation qu'a imprimée à leur personnalité sentante et raisonnante le trouble mental, à quoi riment donc ces communications dont le sens, la nécessité et le but véritables leur échappent, et qui n'aboutissent qu'à provoquer des souffrances et des tortures qui exacerbent celles déjà si atroces et si éminemment dignes de compassion de la maladie psychique et de sa conséquence, l'internement. Le condamné à mort criminel ne se voit-il pas accorder, jusqu'à l'aube du jour de l'expiation, le seul espoir qui lui reste, celui de sauver sa tête ? Le condamné à l'isolement ne mérite-t-il pas de conserver lui aussi jusqu'à la fin l'illusion de retrouver son foyer et toutes les affections auxquelles seule l'arracha la maladie que lui réservait l'implacable Destin ? Dit-on à un tuberculeux qu'il va bientôt mourir ? La malade à qui je faisais ci-dessus allusion, au sujet d'une instance en divorce, mourut subitement quelques jours après avoir appris la nouvelle de son divorce réalisé. Mon collègue, soucieux et frappé de cette si tragique coïncidence, et ne voulant pas que plus tard on pût insinuer l'idée d'un suicide ou tout autre accident survenu à cette occasion pénible, demanda au Parquet une autopsie qui fut pratiquée par le médecin légiste. Celui-ci attribua la mort à une aortite. Quelle avait pu être l'influence de l'éréthisme émotif provoqué par une si pénible nouvelle chez une malade au système nerveux déséquilibré (psychose périodique) et atteinte de plus d'affection artérielle grave ?

Toujours soucieux de ne rien faire de son propre gré qui puisse accroître la souffrance des malades qui lui sont confiés, désireux d'adoucir leur sort cruel, ne pouvant bien souvent guérir, obligé de tenir à l'écart de la société ceux qui en troubleraient la sécurité, le médecin d'asile, dont les devoirs sont souvent si pénibles et si délicats à remplir, souffre directement et indirectement des révélations maladroites et inopéran-

©BIUM

tes qui sont faites ainsi à ses malades, bien malgré lui. On devine l'irritation du persécuté qui a appris dans sa comparution au tribunal que son médecin voit en lui un persécuté dangereux ! Quelle confiance aura-t-il désormais en la parole de ce traître qui lui prodiguait chaque matin des paroles d'apaisement et de confiance et qui le maintenait hypocritement enfermé sous le seul prétexte (évidemment) de la persécution ? Finis la confiance et l'entretien correct du médecin et de son malade devenu menaçant, injurieux, ou agressif et violent ! Et qu'aura gagné le malade lui-même à ces révélations, sinon un surcroît d'endolorissement de sa sensibilité maladive avec la désespérance la plus complète !

Que faire pour éviter dans toute la mesure du possible la divulgation de sa maladie mentale à l'intéressé, quand celui-ci doit se trouver en présence de tiers qui tiennent de leur fonction le droit de connaître les caractères de cette maladie ? Ces tiers ne deviennent-ils pas après tout les dépositaires nouveaux du secret professionnel médical avec toutes ses obligations morales impératives, dont celles-là même qui visent l'apaisement de l'esprit et le droit à quelque espoir, si minime soit cet espoir, du pauvre malade que ses troubles mentaux ont prématurément mis hors du monde ? Peut-être la rédaction du rapport ou du certificat médical pourrait-elle porter cette recommandation en forme de post-scriptum : « Certificat délivré à l'autorité X. à titre de renseignements confidentiels relevant du secret professionnel médical, la divulgation de ces renseignements à l'intéressé, qui, du fait de son affection, ne pourrait d'ailleurs en saisir le bien-fondé, étant de nature à aggraver sa maladie. »

Pour les pièces à procédure (telles que citation aux fins d'interdiction du fait de maladie mentale, action aux fins de divorce, de vente de biens, d'immeuble, etc.), la communication à l'intéressé ne devrait en aucun cas être réalisée qu'autant que le médecin, seul juge des conséquences qu'elle peut avoir sur la maladie, aurait attesté qu'elle ne peut aggraver celle-ci. Mais cette attestation ne serait possible en fait qu'autant que la personne serait incapable d'en bien saisir

©BIUM

tout le sens et les suites ; et alors, pourquoi l'administrateur provisoire, chargé de la défense des intérêts matériels de l'aliéné non interdit, comme le médecin est chargé de ses intérêts moraux, ne serait-il pas tout naturellement, et seul, choisi pour le suppléer ?

Nous avons tenté par ces quelques exemples de montrer combien est souvent délicat et ingrat le rôle du médecin d'asile dans certains cas relevant du secret professionnel dont ont le droit de se réclamer ses malades, plus encore que tous autres malades, parce que leurs infirmités, que le plus souvent connaît et comprend seul le médecin qui passe sa vie à leur contact, leur confèrent des droits à une protection et à une assistance humanitaires très particulières.

Par respect pour leur infortune, qui les a exclus du monde, la société a tenu dans bien des établissements consacrés aux malades de l'esprit à substituer au mot Asile le nom moins attristant ou moins humble de maison de santé ou d'hôpital psychiatrique. L'étiquette et l'extérieur sont ici encore de bien peu d'importance, car l'établissement ne vaudra guère que par la nature des soins et l'élévation des égards qu'y recevront les déshérités, et de ces soins et de ces égards le médecin a toujours été et sera toujours le meilleur dispensateur, si on lui accorde généreusement la confiance que son rôle ingrat et ses connaissances en la spécialité paraissent devoir lui faire réserver.

Dr Latapie,
Médecin de l'asile de St-Yon.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME D'AUTOMATISME MENTAL [1]

Automatisme mental associé à un délire mélancolique
Automatisme mental et cénestopathie

Par E. MINKOWSKI

La tendance à dégager les *troubles générateurs* des délires s'accuse de plus en plus nettement dans la psychiatrie contemporaine. Cette tendance est on ne peut plus justifiée. Deux arguments plaident en sa faveur. Le premier est d'ordre psychologique ; il réside dans le besoin de ramener la richesse et la variété des symptômes à quelques troubles élémentaires sous-jacents. Le deuxième a pour fondement le désir d'établir pour les troubles mentaux des rapports organo-psychiques. Pour établir ces rapports, il faut savoir avant tout ce que nous pouvons et ce que nous devons localiser.

Dans chaque tableau clinique il existe une superstructure psychique, sorte de réaction compensatrice à l'égard de la lésion première représentée par le trouble générateur. Vouloir passer directement de cette superstructure au trouble organique revient au fond à faire

---

(1) M. LÉVY-VALENSI (*Les délires*, p. 69) propose de parler de « syndrome de Clérambault ». Nous nous rallions entièrement à son avis. Ce terme met en avant le nom de l'auteur auquel nous devons l'étude systématique du syndrome en question ; il présente en plus l'avantage, par rapport à des désignations telles que automatisme mental et syndrome de passivité (de Clérambault), syndrome d'action extérieure (Claude), syndrome de dépossession mentale (Lévy-Valensi), de ne rien présumer de la nature intime, en grande partie inconnue encore, du syndrome étudié et de n'imposer ainsi en attendant aucune interprétation psychologique.

©BIUM

un saut périlleux dans le vide. Quelles que soient nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par exemple, nous n'arriverons jamais à établir un rapport *plausible* entre ces modifications anatomiques et les idées de grandeur des paralytiques généraux. Entre les deux se place, inconnu encore de nous, le trouble générateur des symptômes mentaux de la paralysie générale, trouble dont les idées de grandeur ne sont qu'un des aboutissants. De même, des notions cliniques, telles que délire d'interprétation ou délire d'imagination ou encore, dans le chapitre des constitutions, des notions comme celles de la mythomanie ou de la tendance à l'intériorisation, sont bien trop complexes pour pouvoir être rapportées directement à des lésions organiques.

Au fond, nous ne connaissons en psychopathologie qu'un seul trouble mental qui paraît directement transposable dans la sphère organique. C'est la perte de la mémoire. Nous ne saurions cependant songer à ramener à ce trouble toute la richesse des tableaux cliniques que nous observons. Bien souvent la mémoire est entièrement intacte. Aussi enregistrons-nous de nos jours de plus en plus souvent des tentatives de dégager d'autres troubles générateurs, tentatives ne s'arrêtant même pas devant la nécessité d'introduire, dans notre science, de nouvelles notions psychologiques ou de nouvelles conceptions psychophysiologiques. Rappelons ici les travaux de Hesnard, sur la néoproductivité; de Toulouse, sur l'autoconduction; de Mignard, sur la subduction mentale et sur l'emprise organopsychique, ainsi que le récent article de Guiraud, sur la pathogénie des délires chroniques (*Encéphale*, novembre 1925). La notion de schizoïdie, base constitutionnelle des troubles schizophréniques, traduit au fond la même tendance de la psychiatrie contemporaine, à condition de n'être pas interprétée comme intériorisation plus ou moins volontaire, mais comme insuffisance foncière du contact vital avec la réalité.

M. de Clérambault (1), dans ses études sur l'automa-

(1) Voir la dernière mise au point de M. de Clérambault dans *La pratique médicale française*, mai 1925 et juin 1926.

©BIUM

tisme mental en tant que trouble générateur de la psychose hallucinatoire chronique, s'est aussi engagé résolument dans cette voie. C'est même à lui que la psychiatrie moderne doit le plus à ce point de vue. En tout cas nous ne saurions que suivre la voie qu'il nous a indiquée dans ce domaine. C'est dans cet esprit que je voudrais apporter ici une contribution à l'étude de l'automatisme mental.

Obs. I. — Cette observation concerne un cas de mélancolie anxieuse avec syndrome d'influence. Malade âgée de 52 ans. Tempérament inquiet, hyperémotif. Pas d'accès antérieurs. Ménopause. Début de la maladie il y a deux mois : tristesse, anxiété, pleurs, idées d'indignité et de culpabilité, appréhensions morbides, crainte de supplice et de châtiments atroces et imminents pour elle et les siens, fugue (se réfugie une nuit chez sa sœur qui habite à 20 kilomètres d'elle), tentative de suicide. Amenée pour cette raison par son mari et ses deux fils à la Maison de Santé. Présente d'emblée, en dehors du syndrome de mélancolie anxieuse, des signes d'automatisme mental : on la fait parler, elle agit sous l'influence d'une force étrangère, on prend et répète sa pensée. Cet état se maintient, avec alternatives de calme relatif et d'agitation anxieuse violente, pendant plusieurs mois. Souvent réveil brusque avec l'idée que ses fils ont été assassinés ; cris, bris de vitres, tentative de défenestration. Implore qu'on les juge, elle et les siens, qu'on mette fin à ses souffrances.

Ces manifestations d'une mélancolie banale se compliquent, comme nous avons vu déjà, de symptômes qui ne cadrent pas avec le tableau clinique habituel de cette affection. Nous nous étendrons un peu plus sur ces symptômes.

Elle était comme hypnotisée, comme si une personne s'était emparée d'elle et lui faisait faire ce qu'elle voulait. Il y avait en elle une force plus forte qu'elle. Ainsi, lors de sa fugue chez sa sœur, elle avait fait la nuit 20 kilomètres à pied, elle qui pouvait faire à peine un kilomètre, quand elle se trouvait dans son état normal. La nuit, elle avait des idées comme si elle était hantée par le démon, comme des choses qu'on l'aurait obligée de croire et de dire. Elle en arrivait à dire des choses qui n'étaient pas vraies, racontait, par exemple, à sa belle-sœur qu'elle avait vu ses fils se battre. Une force invisible la poussait à quitter la maison. Elle sait qu'il est facile d'hypnotiser quelqu'un, un docteur le lui a dit. On lui prend sa pensée pour la répéter ensuite.

©BIUM

Elle ne voyait plus ses enfants comme avant et les croyait influencés également.

Elle avait aussi l'impression qu'on la fouillait, qu'on cherchait en elle tout ce qu'elle avait fait depuis son enfance. Quelqu'un voulait connaître le fond de sa pensée et cherchait en même temps à lui faire du mal. C'était le diable. On lui retourne le cœur avec des affaires qui se sont passées il y a 30 ou 40 ans. Quelqu'un vient chercher au fond d'elle-même des fautes commises. On lui dit : « Tu as fait ça, tu as fait ça », des choses dont elle n'est même pas sûre de les avoir jamais faites. Le soir, il lui semble qu'on la fait causer, qu'on lui fait dire tout le mal qu'elle a fait. Elle leur dit : « Assez ou vous me ferez mourir. » Une force qui est plus forte qu'elle la domine et la traite de tous les noms. Il lui semble qu'on lui arrache le corps, qu'on lui arrache le cœur. La mort vaudrait cent fois mieux.

Etant enfant, il lui semblait déjà qu'elle était influencée. Ainsi les jours où elle avait bien prié, elle faisait moins bien ses devoirs à l'école.

Elle ne sait plus si ce qu'elle dit est vrai ou n'est qu'une hallucination. Elle entend plusieurs voix. Elle entend beaucoup de voix en elle. Elle s'imagine ainsi qu'un de ses fils a commis un assassinat et que l'autre n'est pas en règle avec ses papiers. Elle a l'idée qu'ils iront tous les deux au bagne. La nuit elle a entendu cinq coups de fusil comme si on les tuait.

Elle sait que le médecin vient pour savoir ce qu'elle pense. « Il y a le médecin, mais il y a aussi le juge. Vous savez tout, vous savez tout, mes larmes ne vous atteignent certainement pas. »

Ses fils seront assassinés. C'est la mort de Philippe Daudet qui sera vengée ainsi, son père à elle n'ayant pas eu les mêmes opinions que Daudet. On cherche à les salir. C'est l'Eglise qui a fait ça parce que son mari n'est pas croyant. C'est la politique qui fait ça. L'Eglise marche contre l'Etat. Il y a des haines indomptables. « Pourquoi y a-t-il tant de mal sur terre ? Il y a des choses trop méchantes. Il ne faudrait pas de haine. Pourquoi y a-t-il une fatalité sur moi? »

Il lui semble qu'elle a fait du mal au monde entier. Quand un des malades de la Maison de Santé vient vers elle, elle a l'idée que c'est sa faute s'il est comme ça.

Avant, elle ne voyait pas tout ça, mais un jour vient où on voit clair. A Noël, les cloches ne sonnaient plus comme d'habitude. Elle est allée au cimetière et a ressenti ensuite pendant trois jours une odeur de cadavre. Un jour, à Paris, elle a vu un étranger, un Belge, qui la regardait et qui pre-

©BIUM

nait des notes. Il y a deux ans déjà, quand son fils est parti au régiment, on lui a donné une vareuse qui n'était pas de la même couleur que celle des autres recrues. Pourquoi ? Tout est énigme pour elle, ici comme ailleurs. On a fixé l'espagnolette de la fenêtre avec une épingle à cheveux (exact). C'est sale une épingle. On veut la salir.

Des idées d'influence au cours d'un état mélancolique ont été décrites par Codet (1). Chez son malade ces idées se laissaient aisément concevoir comme trouble « induit », pour employer l'expression de M. Logre, par l'état mélancolique. L'étrangeté de la situation extérieure, déterminée par cet état, paraissait telle au sujet que, comme dit Codet, « à défaut d'incitations extérieures il en est conduit à chercher une autre explication pour *satisfaire au besoin d'enchaînement causal.* Il en déduit ainsi une *hypothèse d'influence* ». Quant à l'interprétation de l'origine de cette force étrangère, elle lui est fournie par la lecture de quelques brochures de vulgarisation sur l'hypnotisme.

Notre malade également, pour justifier ses idées d'influence, nous dit avoir entendu d'un médecin qu'il était facile d'hypnotiser quelqu'un. D'autre part, le besoin causal se manifeste aussi d'une façon nette dans ses dires ; elle se demande comment, vue sa faiblesse. elle eût été en état de faire vingt kilomètres à pied, si elle n'avait pas été mue par une force étrangère plus forte qu'elle. Toutefois les idées d'influence sont accompagnées chez elle, contrairement au cas de Codet, de toute une série de troubles relevant de l'automatisme mental (prise et écho de la pensée, automatisme verbal, hallucinations psychiques auditives et olfatives, etc.) et ces troubles occupent une place tellement importante dans l'ensemble du tableau clinique, que nous ne saurions les envisager comme simple hypothèse explicative forgée par la malade,

Il semble bien davantage qu'il s'agit là d'une véritable *association* de manifestations psychotiques rele-

(1) H. CODET. — Idées d'influence au cours d'un état mélancolique. *Ann. médico-psych.*, mars 1923.

©BIUM

vant de deux troubles générateurs différents, dont chacun conserve dans la pathogénie du tableau clinique sa valeur propre. Cette association concernerait les symptômes appartenant à la mélancolie, d'une part, et ceux relevant de l'automatisme, de l'autre. Et c'est à se demander si la coexistence et l'enchevêtrement ultérieur de ces deux catégories de troubles ne déterminent pas les particularités du cas étudié.

Les affirmations délirantes des mélancoliques se limitent, à l'origine, à la propre personne du malade et se trouvent en connexion étroite avec la notion du temps, et ici de nouveau se rapportent avant tout au passé et à l'avenir, le passé étant représenté par les idées de culpabilité, l'avenir par l'attente du châtiment imminent, atroce mais mérité, châtiment qui, pour être plus sensible, peut s'étendre aux proches du malade et à tout ce qui lui est cher. Le présent, comme enclavé entre les fautes du passé et l'expiation de l'avenir, semble être réduit à néant ; il ne peut qu'être nié dans ces conditions. Aucune expansion dans l'espace du psychisme morbide ne se laisse non plus constater primitivement. Le malade, se plaignant de son impuissance, écarte de lui, d'une façon délirante, sous forme d'idées de ruine, d'indignité ou de négation, toute possibilité de rapports positifs avec les choses ambiantes du présent.

Tout autre est le caractère de l'automatisme mental. Ici le présent et l'espace dominent le psychisme morbide. Les sensations extraordinaires qu'accuse le malade sont prises, pour ainsi dire, sur le vif, dans le présent, au moment même où ils se produisent. Et en même temps la tendance à la « spatialisation », si nous osons nous exprimer ainsi, va si loin que même les facteurs les plus intimes de la vie psychique, comme la pensée ou le sentiment de spontanéité, sont comme projetés, sous forme de prise de la pensée ou encore d'idées d'influence à distance, dans un espace, soit réel, soit imaginaire (1).

Chez notre malade les manifestations délirantes ne

(1) Voir à ce sulet E. Minkowski : « De la rêverie morbide au délire d'influence. *Evolution psychiatrique*, t. II, Payot, éditeur, 1927.

©BIUM

restent pas localisées au bloc « moi-passé-avenir » qui, comme nous venons de le voir, constitue la base du délire mélancolique. Elles s'en détachent, au contraire, d'une façon particulière, atteignent le présent, fusent dans l'espace infini. La malade se sent responsable des malheurs des autres malades qu'elle voit *maintenant* devant elle. Elle crée ainsi, dans le présent, de véritables interprétations mélancoliques. Il lui semble enfin qu'elle fait du mal au monde entier. Nous voyons de plus apparaître des interprétations, présentes et rétrospectives (l'épingle à l'aide de laquelle est fixée l'espagnolette de la fenêtre est sale, on veut les salir ; un étranger la regardait de travers et prenait des notes ; il y a deux ans déjà on avait donné une vareuse d'une teinte particulière à son fils, etc.), des idées délirantes d'ordre impersonnel sur la lutte entre l'Eglise et l'Etat, lutte dont viendrait tout le mal, des lamentations et des propos plus ou moins vagues sur la fatalité, sur la vengeance à laquelle elle et les siens sont en butte, sur les haines indomptables qui s'épanouissent de plus en plus ici-bas, c'est-à-dire des manifestations qui, tout en conservant dans notre cas une teinte mélancolique, s'accordent, quant à leur structure, bien davantage avec l'automatisme mental et avec les interprétations qu'il engendre qu'avec un délire mélancolique habituel.

D'autre part, la malade nous raconte qu'elle avait l'impression qu'on fouillait tout son passé, qu'on cherchait par ce procédé à lui nuire, qu'on lui retournait le cœur avec des affaires qui s'étaient passées il y a des dizaines d'années, que des voix l'accusaient de fautes qu'elle n'était même pas sûre d'avoir commises (ceci à côté d'autoaccusations précises et définies), de sorte qu'on ne peut s'empêcher de penser que des éléments de l'automatisme mental viennent s'associer ainsi au délire mélancolique, suivent dans le passé les idées de culpabilité, arrivent même à les contrecarrer en partie.

Quoi qu'il en soit, nous croyons, après tout ce qui vient d'être dit, qu'il s'agit dans notre cas d'une véritable association de manifestations morbides ressortis-

©BIUM

sant à deux troubles générateurs différents qui, tout en gardant une autonomie relative, s'enchevêtrent et exercent une influence l'un sur l'autre.

La malade a quitté la Maison de Santé après quatre mois, améliorée mais non guérie. Nous n'avons pas pu ainsi, à notre grand regret, suivre l'évolution ultérieure de ce cas, pour voir surtout si le pronostic favorable que nous avions porté en raison de la prédominance des facteurs mélancoliques s'est trouvé confirmé par la suite.

Nous passons maintenant à l'observation suivante. Il n'y sera pas question directement d'automatisme mental. Il s'agit d'une cénestopathe. Mais il en est des troubles générateurs comme de nos entités cliniques. Ils ne deviennent clairs et précis que quand nous arrivons à les comparer entre eux. Ce n'est qu'en établissant des rapports de parenté, de similitude et de dissemblance, que nous parvenons à mettre en relief leurs caractères essentiels, à démontrer l'indépendance de chacun d'eux et à les situer dans l'ensemble de nos conceptions psychopathologiques.

Des hypothèses aussi bien d'ordre physiologique que psychologique ont été émises au sujet de l'automatisme mental. Les examiner ici dépasserait le but de cette éutde. Sans le faire cependant, nous pouvons dire que, dans la conscience du malade, l'automatisme mental atteint avant tout les sentiments de liberté et d'intimité, propres à notre vie intérieure (prise, écho ou vol de la pensée, énonciation des actes, sentiment d'influence, etc.). Cela au fond n'est qu'une simple constatation de fait. Or, il existe dans notre vie un phénomène qui paraît être tout à fait équivalent à cette impénétrabilité pour autrui de notre vie intime, c'est l'impénétrabilité pour nous-mêmes ou tout au moins pour nos sens, comme la vue ou le toucher par exemple, de notre moi corporel. Il s'agit là évidemment non pas d'une insuffisance de nos sens, mais bien davantage d'une particularité foncière de notre structure organopsychique, particularité qui préside aussi bien à la conscience de notre moi corporel qu'à celle de l'orientation vers le monde extérieur de nos sens. L'in-

©BIUM

trospection ne nous mène pas à une connaissance de ce qui se passe à l'intérieur de notre corps, dans le sens physiologique du mot, mais nous met en présence de notre moi intime.

Ceci étant dit, il paraît tout naturel de rechercher dans le vaste domaine des cénestopathies un parallèle avec l'automatisme mental. Au fond, nous pouvons nous attendre à y trouver un trouble équivalent, avec la différence seulement qu'il aurait maintenant pour point d'insertion, si nous osons nous exprimer ainsi, non pas l'impénétrabilité du moi intime pour autrui, mais l'impénétrabilité du moi physique pour mes sens. L'observation suivante nous servira d'exemple.

Obs. II. — Malade âgée de 58 ans. Antérieurement trois accès de dépression à l'âge de 18, de 28 et de 40 ans, accompagnés de phénomènes obsédants et d'hallucinations auditives psychiques. Début de l'accès actuel il y a six ans. Depuis aggravation progressive, en ce sens que si au cours des premières années il y avait encore des périodes de détente relative, ces périodes ne se reproduisent plus maintenant. Les troubles mentaux cependant n'ont pas changé de caractère. Depuis deux ans, immobilisée au lit à la suite d'une fracture du col du fémur non consolidée. Plaintes, gémissements, lamentations constantes. Idées d'incurabilité et de mort prochaine. Désespérance. Reste parfois deux jours sans parler et sans manger ; donne comme raison de cette conduite l'intensité de ses souffrances. Assez bon contact affectif avec l'entourage. Phénomènes cénestopathiques multiples.

C'est sur ces dernières manifestations que nous insisterons ici plus particulièrement. Nous avons observé la malade pendant trois ans ; nous résumons ses plaintes, après les avoir regroupées de façon à éviter des longueurs inutiles :

a) Ça m'arrache tout le corps. Tout remue en moi des pieds à la tête. On ne sait pas si on a encore du sang dans les veines tellement c'est drôle. A tout moment ça me passe dans les dents et s'entortille. Il me semble que je vais tomber en morceaux de tous les côtés. On dirait que je me sens maigrir. J'ai l'impression que mon corps s'en va de tous les côtés. Ça m'arrache *au-dessus* des dents ; avant ça n'arrachait que les gencives. Mes ongles me font mal comme le reste de mon corps.

©BIUM

On dirait que j'ai dix millions de fils fins qui me tirent. On dirait que mes jambes sont en longueur et que ça m'arrache *en dehors* de moi comme s'il y avait des fils qui tireraient dehors.

J'ai l'impression que ma fesse droite se décolle de mon corps. Hier les fesses remontaient très haut dans le dos, jusqu'aux omoplates, jusqu'au cou. Aujourd'hui c'est encore pire qu'hier, les fesses sont aujourd'hui jusqu'au-dessus de la tête. Je me fais l'effet d'avoir une tête comme si la bouche était dans le ventre et mes dents dans les fesses.

Je ne sais plus si c'est un corps, c'est un paquet de douleur. Je ne sais pas si c'est une peau que j'ai, c'est une douleur d'un bout à l'autre. Je n'ai plus de bouche tellement elle me fait mal. Je ne sais plus si j'ai des mains et des jambes ; tout est broyé. Je n'ai plus de gencives, on dirait que c'est arraché complètement.

Quand j'entends une voiture passer, ça fait une drôle d'impression, on dirait que tout est brisé, cassé dans la voiture. Quand j'entends les cloches sonner, on dirait que tout est détraqué dans ces cloches. Tout ce qui remue, tout ce qui bouge, tout fait une drôle d'impression. On dirait que tout est disloqué, cassé, comme mon corps.

b) Un jour sur deux mon corps est *dur* comme du bois. Aujourd'hui mon corps est *épais* comme ce mur (montre le mur). Hier, à tout moment, j'avais la sensation que mon corps c'est de l'eau *noire,* plus noire que cette cheminée (montre la cheminée). On dirait que j'ai de l'eau plein le corps, de l'eau qui *sent mauvais.* Avant-hier, dans la nuit, je brûlais, mon corps était du *feu,* aujourd'hui c'est *froid,* tout ce que j'endure est froid. La peau, c'est si drôle, on dirait une peau *grosse et épaisse.* Mon corps est *sale et noir,* il devient de plus en plus noir. Je me vois des pieds jusqu'à la tête, je me vois *noire* comme cette cheminée (montre). Un jour, je brûlais d'un feu *un peu rouge,* maintenant c'est un feu noir. Le corps semble tout noir, mais par moments j'ai aussi l'impression contraire de pouvoir *voir à travers mon corps.* C'est *noir* mon corps, et ça fait *clair* aussi par moments. Il est difficile d'expliquer ça. J'ai parfois l'impression de voir à travers mon ventre, de le voir *transparent.* Hier, j'avais plus d'aisance dans ma peau, aujourd'hui la peau est *collée* au corps. J'ai l'impression que tout est *bouché* dans mon corps. Hier, la chaleur en moi était *noire, sale, dégoûtante.* Tout est noir en moi, d'un noir mousseux, comme sale. Je *sens* tellement *mauvais* en dedans que je m'en trouve presque mal. Aujourd'hui je suis trop *sèche.* Mes dents sont d'une *épaisseur* comme la paroi de ce

CBIUM

tiroir (montre). L'épaisseur que j'ai dans le ventre, je la ressens aussi dans les jambes. On dirait que tout mon corps est *épais, collé et glissant,* comme ce parquet (montre). Elle a l'impression que son crâne est *d'une blancheur neigeuse.*

c) Hier, mes nerfs étaient trop *longs,* ils s'en allaient de tous les côtés. Hier, j'avais un ventre *énorme,* de la grandeur du lit, et mes fesses étaient aussi beaucoup plus larges. Aujourd'hui j'ai le *petit* ventre et les *petites* fesses. (Les journées du petit et du grand ventre alternent assez régulièrement, elle-même d'ailleurs qualifie les jours d'après la grandeur du ventre qu'elle éprouve, et parle dans ce sens des journées du grand ventre et des journées du petit ventre). Je sens une *profondeur* épouvantable dans la bouche qui va jusqu'au cœur et tous les jours cette profondeur devient plus grande. Le palais paraît *très haut.* Hier, c'était le jour du grand ventre, il y avait comme de *gros* morceaux qui passaient dans le ventre et dans le corps. Aujourd'hui c'est le petit ventre et tout est *fin* en moi, si fin, si fin. Ça tape aussi des petits coups dans la tête, tandis qu'hier c'étaient des gros coups. Le jour du grand ventre, les jambes, les épaules, tout est plus gros. Le jour du gros ventre, j'ai l'impression que les bras, les doigts s'allongent, le jour du petit ventre, au contraire, tout semble rentrer en moi, comme si ça allait dans le ventre. Hier, la tête faisait *gros* sur l'oreiller, elle paraissait plus grosse qu'en réalité, aujourd'hui elle fait *fin.* Mon corps est tout *plat.* Aujourd'hui, je n'ai pas l'impression d'être *plate* comme l'autre jour, mais au contraire d'être d'une *profondeur* épouvantable. Hier, on aurait dit que la figure et la bouche étaient si *larges,* et aujourd'hui elles sont si petites et resserrées. Ma bouche me fait l'impression d'être tout *en long,* et non *en large.* Jamais je n'ai eu un ventre *en longueur* comme hier, mais il était tout *étroit.* Aujourd'hui il est *court.* Aujourd'hui les dents sont *grandes, grandes,* hier, au contraire, elles étaient *fines, fines.*

Les plaintes cénestopathiques de la malade rendent l'analogie avec les modifications du moi, visées par la notion d'automatisme mental de de Clérambault, plausible. Cette analogie cependant demande à être précisée davantage. Guidés par le caractère des troubles qu'accuse la malade, nous sommes tout naturellement portés à situer d'emblée tout le problème sur le plan des manifestations organiques et de les attribuer à une « cénesthésie » plus ou moins problématique, créée de

©BIUM

toutes pièces pour le besoin de la cause (de même d'ailleurs qu'il est question d'un sentiment d'appropriation dont l'existence est plus que douteuse dans le psychisme normal, quand il s'agit d'expliquer les manifestations de dépossession mentale qu'accusent les malades présentant les signes du syndrome de Clérambault). Mais le problème n'est pas épuisé de cette façon. Loin de là, tout le côté psychologique, tout le côté *mental* se trouve ainsi, d'une façon arbitraire, éliminé de la discussion. Car, en dehors du malaise cénestopathique dont se plaint la malade, il y a encore la façon particulière dont elle l'exprime. Cette façon de l'exprimer semble constituer un trouble à part, ou tout au moins un côté essentiel du trouble-générateur qui entre en jeu ici.

Certes, nous pouvons dire que tous les qualificatifs employés par la malade pour caractériser ses sensations bizarres ne sont que des *comparaisons,* destinées à traduire une situation à peine définissable. Mais le « grand luxe d'images et de comparaisons », mis en relief par Dupré, dès ses premiers travaux sur les cénestopathes, ne serait-il pas justement le signe révélateur du côté mental de l'affection désignée du nom de cénestopathie, n'en constitue-t-il pas même le trouble primitif ? Pourquoi notre malade ne se contente-t-elle pas de dire qu'elle ressent des malaises fort pénibles et indéfinissables ? D'où lui vient cette manie de vouloir exprimer à tout prix des choses qui ne se laissent guère exprimer ? Pourquoi cette prodigalité de comparaisons allant au fond loin au delà du but poursuivi, la menant à parler de la transparence ou de l'opacité de son corps, de l'eau mousseuse qu'elle a dans le ventre, de la blancheur neigeuse de son crâne ? Pourquoi emprunte-t-elle les comparaisons aux caractères sensoriels du monde extérieur qui sont entièrement étrangers à la prétendue cénesthésie normale ? D'où ce besoin d'indiquer les objets extérieurs avec lesquels elle compare incessamment ses sensations, comme poussée par un besoin impérieux ? Pourquoi au lieu de dire qu'elle n'arrive pas à localiser la douleur qu'elle ressent, la localise-t-elle en dehors d'elle-même dans le monde extérieur ? Incriminer unique-

©BIUM

ment le travail imaginatif de la malade ne paraît guère fournir d'explication suffisante. Il est difficile d'admettre que la cénestopathie éveille régulièrement à tel point l'imagination et l'engage dans la voie spéciale que nous venons d'indiquer. D'ailleurs la malade, interrogée bien des fois à ce sujet, ne considère aucunement les termes employés par elle comme de simples comparaisons. Elle écarte énergiquement une telle interprétation. « Quand je mets les mains sous la couverture, nous répond-elle, je les vois noires, noires comme cette cheminée. » Pour le reste c'est la même chose ; il ne saurait être question de comparaisons pour elle.

Il y a, chez notre malade, des troubles cénestopathiques, je le veux bien, mais il y a certainement en outre *la tendance pathologique* de garnir, pour ainsi dire, *ces troubles d'éléments sensoriels et spatiaux, et d'effacer ainsi la place spécifique qui revient dans notre conscience au moi corporel par rapport au monde extérieur.* La douleur, phénomène essentiellement subjectif, fuse en même temps et dans la même mesure dans l'espace ambiant.

Notre malade dit (groupe de plaintes *a*) que son corps s'en va en morceaux de tous les côtés; elle accuse une dislocation extraordinaire des parties de son corps, les unes par rapport aux autres, allant même jusqu'à la sensation que les fesses se trouvent *au-dessus* de la tête. La douleur qu'elle ressent envahit tout son corps, atteint les ongles et se propage même plus loin, sous forme d'arrachement *au-dessus* des gencives et de tiraillement par fils invisibles en « *dehors du moi* ». La sensation de dislocation interne est même projetée plus loin dans le monde ambiant : tout paraît détraqué dans les cloches qui sonnent, dans les voitures qui passent, comme dans son propre corps. Et dans la même mesure que la douleur tend à fuser au dehors, en effaçant les limites entre le moi et le non-moi, nous voyons la conscience du moi physique s'imprégner littéralement de caractères sensoriels d'ordre visuel, tactile, olfactif, spatial, etc., qui, au fond, lui sont entièrement étrangers (plaintes *b* et *c*).

Ainsi la conscience du moi corporel subit ici des

©BIUM

modifications comparables et analogues à celles qui caractérisent l'automatisme mental par rapport au moi intime. Nous aurions presque envie de dire que si dans l'automatisme mental le malade accuse un viol de l'intimité mental, dans certains cas de cénestopathie, du point de vue *psychologique,* l'intimité du moi physique est violée par le sujet lui-même.

Ce parallèle devient encore plus saillant, si nous complétons maintenant notre observation, en décrivant un groupe de troubles que présente notre malade et dont nous n'avons pas parlé jusqu'à présent.

d) Mes nerfs me causent, ils me disent que demain ça sera encore pire.. Quelquefois les nerfs ne font que bredouiller, je ne les comprends pas alors. Mais il y a un an je les entendais et je les voyais, je les voyais en hommes et en femmes au pied du lit et ils me disaient qu'ils étaient mes nerfs. C'est en dedans de moi qu'ils causent. Ça dit en moi : il n'y a pas de bon Dieu, car autrement elle ne souffrirait pas ainsi. Est-ce moi-même qui me cause ainsi ? Je ne le crois pourtant pas. Hier, mes pauvres nerfs me causaient encore, ils me disaient ce que j'allais faire une fois guérie. Je me demande s'ils ne se fichent pas de moi. Un petit nerf parlait avec une petite voix douce. (En souriant). C'est idiot mais c'est comme ça. Mes nerfs se rappellent beaucoup mieux de mon passé que moi-même. Ils me parlent de mon mariage, me rappellent ma jeunesse. Hier, mes nerfs me disputaient, ils me disaient qu'il ne fallait pas m'étendre. Au début, je croyais que ces voix venaient du ventre, mais maintenant elles viennent de partout, d'un bout à l'autre du corps. Avant c'étaient des voix douces, maintenant ce sont des voix qui vous font peur. Sont-ce mes propres pensées, je n'en sais rien. On dirait que tout ce que je touche, mes draps, ma chemise répètent ce que me disent mes nerfs. Les tramways qui passent en font autant.

Les nerfs font dans mon ventre la même chose que moi. Les nerfs ont une bouche dans le ventre. Je vois dans mon ventre une femme qui marche en boitant comme moi.

Nous voyons ainsi chez notre malade des troubles comparables à tout point de vue à l'écho de la pensée, et peut-être aussi à l'énonciation des actes. La seule différence qui existe consiste en ceci qu'au lieu de se

©BIUM

concrétiser sous forme de conversations mentales dans un espace situé, pour ainsi dire, de l'autre côté du moi intime, ils prennent la direction contraire, ont un caractère centrifuge, se localisent à l'intérieur du corps, dans les nerfs et dans le ventre, se propagent même plus loin, à tout ce que touche la malade, sont attribués aux tramways qui passent et s'extériorisent même enfin, sous forme d'hommes et de femmes que la malade voit au bord de son lit.

L'analogie avec l'automatisme mental devient ainsi on ne peut plus complète. Nous serions portés à croire qu'il s'agit au fond du même trouble qui a pour siège tantôt la conscience de l'intimité mentale, tantôt la conscience de l'intimité particulière du moi corporel.

Cette analogie n'est évidemment pas une explication. La nature intime aussi bien de l'automatisme mental que des cas de cénestopathie comparables au nôtre, reste mystérieuse comme par le passé. (D'ailleurs nous n'avons pas encore d'explication satisfaisante pour ces manifestations psychotiques ; ni la cénesthésie, ni la dissociation du moi, ni le sentiment d'appropriation, transpositions pures et simples dans le psychisme normal des faits observés dans le psychisme morbide, sans souci des caractères essentiels de celui-là, ne sont guère susceptibles de la fournir). Le parallèle relevé n'en présente pas moins un certain intérêt. Il met en évidence l'existence d'un trouble particulier qui, s'il détermine d'une part un sentiment de malaise physique ou de dislocation intérieure, est en même temps, de l'autre, dans les deux cas, un trouble *mental* par sa tendance à se traduire, dans la conscience morbide, par une violation particulière des *limites naturelles* du moi (impénétrabilité du moi intime pour autrui et impénétrabilité du moi corporel pour moi-même) qui mène à un envahissement de ces « zones réservées » par des facteurs d'ordre sensoriel, rationnel et spatial qui, dans le psychisme normal, leur sont entièrement étrangers.

La portée du syndrome décrit et étudié par M. de Clérambault n'en devient que plus grande.

©BIUM

Il semble permis également de formuler maintenant au sujet du dernier cas quelques conclusions :

Il paraît justifié de situer, dans l'ensemble des troubles mentaux, certains cas de cénestopathie, comme celui de notre malade, à côté non pas de la neurasthénie ou de la psychasthénie, mais des psychoses à base d'automatisme mental, c'est-à-dire avant tout de la psychose hallucinatoire chronique de l'école française. L'évolution chronique des deux affections, ainsi que la présence fréquente de troubles cénesthésiques dans la psychose hallucinatoire chronique plaident en faveur de cette conception. (De même, sur un autre plan, comme le montrent les recherches psychologiques et généalogiques, des liens étroits semblent exister entre certains délires hypocondriaques et les formes paranoïdes de la schizophrénie ; la seule différence consiste ici de nouveau en ce que dans le premier cas la « douleur physique » prend, dans les élaborations délirantes du malade, la place qu'occupe, dans le second, « l'hostilité de l'ambiance »).

Du point de vue de la psychopathologie générale, nous serions portés à voir dans les manifestations morbides mises en relief par le parallèle décrit plus haut, le type du trouble psychique générateur d'ordre *lésionnel* (nous employons ici en attendant « lésionnel » uniquement dans un sens psychologique) qui, contrairement aux troubles d'ordre *constitutionnel*, ne saurait, en aucun cas, être ramenés, par degrés insensibles, à une prédisposition correspondante. Nous croyons être ainsi d'accord avec M. de Clérambault qui, dans ses analyses cliniques, a toujours insisté sur les facteurs d'origine constitutionnelle pouvant venir s'ajouter aux manifestations de l'automatisme mental.

NOTE DE LA RÉDACTION. — La question de l'Automatisme mental ayant été mise à l'ordre du jour du Congrès de Blois, nous publions en annexe à ce numéro le résumé des différents travaux de M. de Clérambault (v. p. 193).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 31 JANVIER 1927

Présidence : MM. SOLLIER et LEGRAIN, Présidents

Mme Minkowska, MM. Minkowski, Collet, Abély, Beaudouin, Demay, Lautier, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 27 décembre 1926.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Logre, Heuyer, Bouyer et Bersot qui remercient la Société de les avoir nommés respectivement membre titulaire, membres correspondants, membre associé étranger.

2° Des lettres de MM. Petit et Santenoise qui posent leur candidature aux places vacantes de membres titulaires.

La Société nomme une Commission composée de MM. Claude, de Clérambault, Dupouy, Marchand, Mignot.

Allocution de M. Sollier, *Président sortant*

M. Sollier. — Mes chers collègues, en quittant le fauteuil de la présidence, je tiens à vous remercier encore du grand honneur que vous m'avez fait en m'y appelant, et à remercier également les membres du bureau qui m'ont rendu ma tâche des plus faciles, et en particulier notre secrétaire général, mon vieil ami le Dr Colin, qui est la cheville ouvrière de notre Société.

Avant de céder la place à notre nouveau président le Dr Legrain, il me reste à jeter un coup d'œil sur la vie de notre Société au cours de l'année 1926..

©BIUM

Nous avons eu à déplorer la mort de deux de nos collègues, encore jeunes et pleins d'activité, Mignard et André Collin, dont je salue la mémoire.

M. Courbon, membre correspondant, a été élu titulaire ; MM. Carrette, Cénac, Montassut ont été élus membres correspondants ; M. le professeur Viggo Christiansen et M. Trétiakoff, auxquels nous souhaitons la plus cordiale bienvenue, ont été nommés correspondants étrangers.

Le prix Aubanel de 1926 n'a pas été décerné, faute de concurrent, quoique le sujet proposé « Les états anxieux » fût des plus intéressants.

Deux manifestations commémoratives ont eu lieu, l'éloge du professeur Ball et le centenaire de Pinel, qui donnèrent à notre collègue Semelaigne l'occasion de montrer son érudition et le charme de sa parole. Le centenaire de Pinel, dont la mémoire avait été honorée au Congrès de Genève, devait être célébré au mois de décembre dernier. Mais par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nous avons dû le remettre au mois de mai prochain, au moment de la semaine neuro-psychiatrique.

Au point de vue scientifique proprement dit la question qui a dominé dans nos séances a été la schizophrénie et les problèmes et controverses qu'elle soulève. Malgré les nombreuses communications s'y rapportant, de MM. Guiraud, Abély, Dupouy, Mallet, Laignel-Lavastine, Minkowski, et surtout le remarquable rapport de M. Claude au Congrès de Genève, cette question ne paraît pas beaucoup plus avancée et plus claire, ce qui n'a pas lieu de surprendre, l'auteur de la schizophrénie lui-même ayant déclaré qu'il était incapable d'en donner une définition précise. Il paraît assez difficile, dans ces conditions, de discuter d'une façon claire.

Parmi les autres questions ayant donné lieu à des discussions suivies d'ordres du jour, je citerai celle de la délivrance des médicaments hypnotiques, de l'examen des chauffeurs d'automobiles et des mécaniciens de chemins de fer, question que les psychiâtres, et en particulier notre collègue Pactet, ont été les pre-

©BIUM

miers à signaler, et que l'Académie de Médecine a discutée l'an dernier, en indiquant dans une série de vœux très modérés le minimum de garanties qu'on doit exiger des conducteurs.

Les hallucinations lilliputiennes ont été de nouveau signalées par MM. Demay, Leroy, et ont fait l'objet de discussions intéressantes sur leurs causes. Je dois citer encore les communications de MM. Courbon, Rebierre, sur les faux délires, de M. Schiff sur un curieux cas de délire spirite, de M. Marchand sur des états de mal mortels au cours du traitement de l'épilepsie par le gardénal, de MM. Bailey, Montassut, Cénac sur la cénestopathie et la périodicité, etc.

Elles vous prouvent par leur variété et leur nombre l'activité de nos collègues. Je ne doute pas qu'elle se manifeste d'une façon encore plus grande cette année et ne puis que le souhaiter pour le renom de notre vieille Société, dirigée dans ses travaux par notre excellent collègue le Dr Legrain, à qui je suis heureux de passer la présidence.

Allocution de M. Legrain, *Président*

M. Legrain. — Mes chers collègues, — La courte trêve que s'impose traditionnellement notre Société sous la rubrique : *Installation du Bureau*, permet au moins au nouvel élu de marquer sa gratitude par quelques mots de circonstance. On a quelque fierté d'être porté à ce poste d'honneur par d'estimés collègues et anciens collaborateurs.

Me permettrez-vous d'y voir surtout l'hommage réservé à une fidélité que le temps n'a jamais ébranlée ? Ma venue à cette place est en effet la conclusion de 38 années de présence au milieu de vous sans désemparer.

Et ce vote, coïncidant d'autre part avec le glas de la retraite, prouve en même temps que si, par ailleurs, l'ingratitude et l'injustice eurent d'éclatants triomphes, il est encore des hommes capables de rétablir l'équilibre en quelque mesure.

©BIUM

Mais une autre tâche non moins traditionnelle incombe au nouveau Président, c'est de projeter si possible quelque lumière directrice sur nos travaux. Je dirais plus volontiers « s'imposerait », car je sais par une trop vieille expérience qu'il ne sert de rien (un génie y suffirait-il?) de tracer en cette affaire des sillons vraiment dirigeants.

Une Société comme la nôtre est portée par les événements ; c'est une barque qui vogue au cours des idées régnantes, des conceptions primesautières ; les robustes épaules des jeunes l'emportent volontiers vers des sphères pittoresques, un peu hardies parfois. Et, au demeurant, cette liberté de l'explorateur ne vaut-elle pas mieux que les lisières d'un programme ?

Tracer un sillon sert à prouver qu'on n'est point content de ce qui est. Et l'on a tort en somme, car chaque jour suffit à une tâche dont le poids énorme n'a jamais rebuté personne d'entre nous.

Je n'ai pas encore aperçu que notre Société se soit engagée dans les voies timidement tracées par un quelconque Président nouveau. Il y a dans l'histoire des Sociétés d'études une curieuse archéologie, toute faite de stratifications discordantes, qui forment comme autant d'étapes vers la vérité.

Il y a des assises superposées, des ères, des époques auxquelles on pourrait donner des noms. 38 années de stage parmi vous ont permis d'avoir beaucoup vu. J'y vins aux beaux temps du délire chronique. Il y eut de brillantes escarmouches !

L'âge héroïque des dégénérescences lui succéda. Quelle épopée ! Notre Société vivait intensément à cette époque ! Il n'y avait naturellement ni vainqueur ni vaincu. Mais on avait remué des idées en tous sens !

Il y eut plus tard l'ère des classifications. On a parfois, collectivement, de généreuses illusions. Chacun apporta la sienne et la défendit avec une foi aveugle. Et ce florilège, vu à distance, donne à sourire. Car qui donc discerna au feu de la rampe que la classification est le dernier mot de la science, le fronton de tout l'édifice ?

©BIUM

Citerai-je encore d'autres stratifications ? Un épais territoire devrait être réservé aux démences ; l'époque kræpelinienne et les feux croisés entre les bords du Rhin sont restés justement célèbres.

Mais allons très vite, si passionnantes que soient ces rétrospections ! Les couches plus récentes qui se succèdent cette fois beaucoup plus vite (la soif de découvrir s'accommode mal, hélas, avec le travail en profondeur) appartiendraient à l'encéphalite léthargique qui eut sa vogue et peut-être ses excès. Puis s'est ouverte, avec, surtout, le concours très lucide de jeunes talents, l'ère si féconde de la psycho-biologie. Le sympathique, le vague sont en voie de nous livrer des secrets et, si l'on y joint les étonnantes découvertes de l'endocrinie, il faut avouer que notre Société s'est engagée sans coup férir en des domaines où l'on subit quelques éblouissements.

Mais que dirais-je de l'âge où nous vivons, où toutes nos connaissances cliniques si péniblement acquises semblent comme happées pour venir se fondre en un creuset nouveau, dont, par déférence pour la langue de Montaigne, je voudrais ne point prononcer le nom hellénique, cruel à l'oreille : la schizose !

Ici, de belles luttes sont engagées ! Le subconscient lui-même est violé ! Mais, s'il y a perte de contact avec le réel, au moins avons-nous le privilège d'affirmer une jonction nouvelle avec la science étrangère.

Un tel entassement de travail, que je cueille au hasard dans nos *Annales*, n'est-il point fait pour montrer le néant d'un programme méthodique ?

Pourtant n'y aurait-il pas des motifs d'études permanentes, malgré l'attrait toujours renaissant des randonnées nouvelles ? J'entends désigner tout ce qui touche à l'application, à la vie même de notre spécialité ? Après des envolées vers les chimères des thèses, rien ne vaut de goûter les pures joies de la simple clinique, la seule qui soit toujours vivante et consolante.

Vous n'êtes pas sans avoir été frappés par des exemples qui tendent à trop se multiplier et qui prouvent, tel celui de la médecine légale, que certains domaines requièrent notre plus constante attention.

©BIUM

Le public, toujours ingrat et superficiel, aime à se gausser des aventures où, Hippocrate et Galien, s'obstinant à s'affronter, mettent la galerie en joyeuse humeur. Il est certain qu'il y a, de ce côté, une carence scientifique majeure. Où gît la cause profonde de ces contradictions d'expertises d'autant plus déconcertantes qu'elles émanent de savants dont la probité n'a d'égale que la valeur ?

Il faut bien reconnaître que nos lumières, si éblouissantes qu'elles soient, dès qu'elles s'interfèrent, produisent l'obscurité.

J'ai dans la pensée qu'une étude méthodique, visant un minimum de solutions pratiques, où les domaines du magistrat, du philosophe et du clinicien seraient mieux délimités sur l'éternel *casus belli* des responsabilités, étude que je conçois très bien comme une coopération de diverses Sociétés, à l'appel de la nôtre, apporterait un soulagement à des inquiétudes exagérées.

Je crois en somme qu'il en faut toujours revenir à la clinique. Les séduisants vagabondages dans les sentiers de la science livresque sont la meilleure préparation aux relais réconfortants parmi nos chers malades à qui nous devons tout et à qui nous devons rendre beaucoup. Que de fois, au cours de mes 45 années de pratique active, n'ai-je pas envié les tranquilles contemplations (*Deus nobis hœc otia fecit*) de nos distingués confrères de la province qui, à l'abri des luttes excitantes, avaient sûrement plus de vraies joies que nous-mêmes !

Je vois volontiers dans l'occurence qui nous fera cette année glorifier celui qui fut notre guide en philanthropie, notre grand Pinel, une occasion peut-être de donner à notre travail un caractère plus fortement pratique et utilitaire, comme un hommage voulu à celui qui ne vécut que pour soulager et rendre service !

Il y a, j'en suis sûr, en chacun de nous, et quoi qu'on s'en défende parfois, un peu de ce zèle d'apôtre qui s'est éveillé en nous, bon gré mal gré, par nos contacts avec la pire misère humaine. Ce sont les malades qui nous font ce que nous sommes.

©BIUM

Que de fois me suis-je entendu doucement railler par d'aimés confrères pour mes excès antialcooliques ! Mon cas est simple, pourtant. Vivre 20 années de sa vie parmi les buveurs induiront toujours un médecin, dont les yeux sont libres de coquilles, à de telles exagérations parce qu'il a vu le problème social des grandes intoxications sous un angle qui échappe à beaucoup.

J'ai partagé cette erreur, dont je ne suis point revenu, avec beaucoup de nos confrères et maîtres de l'étranger, qui, je ne sais pourquoi, semblent avoir, plus que nous, du goût pour les pugilats du forum. Ne citerai-je (et je suis heureux de cette occasion pour dire son nom) l'illustre Kræpelin qui fut, dans sa patrie et sa vie durant, l'âme militante de la lutte antialcoolique. Bien peu le savent !

J'ai dit, mes chers collègues. Je m'en voudrais d'être plus prolixe, car l'heure bienfaisante du travail a sonné.

Je suis sûr, quoi qu'il advienne de notre orientation, qu'il me sera toujours facile de la diriger, avec l'aide vigilante de mon excellent camarade Colin, votre secrétaire général ; avec l'aide de tout le bureau, où vient s'asseoir, porté par vos suffrages, un dévoué ami M. Leroy, notre nouveau Gulliver, le grand ami des infiniment petits de Lilliput qu'il nous a donné de connaître de si pittoresque façon !

Rapport de la Commission des Finances

M. Semelaigne. — L'avoir de notre Société, au 31 décembre 1925, était de 14.066 64

Les recettes, en 1926, ont été les suivantes:

Rentes de la Société médico-psychologique	566 »
— du prix Aubanel	800 »
— du prix Belhomme	300 »
— du prix Moreau (de Tours)	100 »
— du prix Christian	302 »
Cotisations	1.300 »
Total	17.434 64

©BIUM

auxquels s'ajoute cette année une subvention de ..... accordée par le Conseil Municipal.	5.000 »
Le total est donc de	22.434 64
Les dépenses en 1926 ont été de.....	3.489 15
et il restait, au 31 décembre, un excédent de	18.945 49

Nous remercions le Conseil Municipal qui nous a accordé une subvention de 5.000 francs, et nous devons être tout particulièrement reconnaissants au Dr Calmels, dont l'initiative et le dévouement se sont activement manifestés en notre faveur. Vous connaissez tous le représentant du quartier de la Salpêtrière, qui suit assidûment nos Congrès, et défend, en toutes circonstances, à l'Hôtel de Ville, les intérêts des médecins aliénistes.

Votre commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1926, et de voter des remerciements à M. Mallet, notre dévoué trésorier.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. le Secrétaire général signale qu'il y a lieu de remplacer M. Briand à la Commission des Finances. M. Arnaud, qui consent à assumer cette nouvelle charge, est élu à l'unanimité.

Centenaire de Pinel

M. Henri Colin, secrétaire général, communique à la Société le programme arrêté par la Commission nommée pour organiser la célébration du centenaire de Pinel. Ce programme est adopté, il paraîtra dans le numéro de janvier des *Annales* actuellement sous presse.

Prix de la Société

M. le Secrétaire Général. — Un mémoire a été déposé pour le prix Belhomme. Le bureau propose une Commission composée de MM. Truelle, Leroy et Capgras (Adopté).

©BIUM

La Société aura à distribuer, en 1928, les prix Aubanel, Esquirol et Moreau de Tours. La liste des prix paraîtra dans le numéro de février des *Annales*.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion commencée à la dernière séance sur les crimes et délits passionnels.

Discussion

M. Achille Delmas. — La communication que nous avons faite avec M. Laignel-Lavastine à la précédente séance a été très heureusement généralisée par M. Capgras. Si j'ai bien compris M. Capgras, il semble même que les questions qu'il a posées à propos des paranoïaques pourraient être étendues à toutes les psychoses constitutionnelles, dont nous nous sommes efforcés de montrer ailleurs qu'elles n'étaient que des exagérations d'états normaux et qu'elles étaient ainsi reliées par des cas de passage successifs et par conséquent par une transition insensible à ces états normaux.

Ne peut-on comparer, en effet, aux différents degrés qu'affectent les tendances paranoïaques des plus frustes aux plus franchement pathologiques, les degrés qui vont de l'excitation constitutionnelle à l'hypomanie et à la manie franche, dans la psychose périodique, de la vanité à l'hystérie et au délire d'imagination dans la mythomanie ?

Ainsi posé, le problème nous paraît particulièrement intéressant. Il montre l'importance de la distinction que nous avons défendue comme essentielle entre les psychopathies organiques (démences, confusions mentales et délires hallucinatoires) d'une part et les psychoses constitutionnelles, d'autre part. Pour les premières la clinique et la médecine légale sont aisées. Pour les secondes au contraire, dès qu'on n'est plus en présence des formes aiguës et nettement caractérisées par leur intensité même, on se rapproche de plus en plus d'états en apparence normaux ; ici pas d'affaiblissement intellectuel, mais lucidité, conscience, mnésie ; les réactions peuvent comporter discernement,

©BIUM

calcul, habileté et même profit. Cela parce que les psychoses constitutionnelles n'altèrent pas directement l'activité intellectuelle, mais perturbent seulement la vie affective-active, c'est-à-dire les émotions, les sentiments et les états d'humeur. Or, dans notre comportement, ce sont les éléments affectifs qui prédominent largement et l'intelligence est depuis longtemps et de plus en plus considérée comme une reine déchue et sans pouvoir contre la poussée de ces éléments. Les éléments affectifs, en effet, peuvent chez les déséquilibrés, en dehors de tout trouble intellectuel, ou même avec un état intellectuel alerte et brillant, entraîner des désordres de la conduite nettement pathologiques, et devant relever légitimement de l'aliénation mentale. En dehors de tout délire idéatif, on peut dire avec Vallon qu'il y a des délires des actes et avec Janet qu'il y a des délires des sentiments. En médecine légale, ce serait dans l'état actuel de nos connaissances, une attitude rétrograde et périmée que de considérer qu'une action du fait qu'elle est consciente, mnésique et même intéressée, ne puisse pas être pathologique et ne doive pas comporter de l'irresponsabilité ; dans ces cas, il faudrait en plus démontrer que cette action ne relevait pas d'un délire des sentiment et qu'elle n'a pas été produite sous l'influence d'une force à laquelle le sujet n'a pu résister, suivant le dernier paragraphe de l'article 64 du code pénal, paragraphe que les experts ont à mon avis trop tendance à négliger.

Mais l'existence d'une aliénation mentale par troubles seuls des sentiments et de l'humeur, en même temps qu'elle s'affirme comme une réalité, en même temps elle entraîne la difficulté qui nous ramène à la communication de M. Capgras, et qui consiste dans la tâche délicate de différencier des états affectifs plus ou moins normaux, des états affectifs nettement pathologiques.

Pour serrer de plus près la discussion, nous n'envisagerons que les états paranoïaques, étant bien entendu que ce qui s'applique à ceux-ci s'applique aussi à tous les autres déséquilibres constitutionnels, qu'ils soient

©BIUM

cyclothymiques, hyperémotifs, pervers ou mythomaniaques.

D'emblée, je crois qu'il est nécessaire de convenir que dans une série discontinue de cas qui va du normal au pathologique, il y aura des cas limites, c'est-à-dire des cas particuliers à apprécier comme des cas d'espèces. Pour ces cas seulement apparaît la difficulté ; pour eux seuls naîtra et naît assez souvent en effet le désaccord. Tout dépendra de la façon dont l'esprit des médecins se situera à l'égard des considérations générales que nous venons d'esquisser. Ceux qui restent attachés à la recherche presque exclusive de l'intégrité intellectuelle et méconnaissent la part prépondérante de la vie affective dans le comportement, n'admettront pas facilement de ranger ces cas limites dans les cadres de la pathologie mentale. Agissant en qualité d'experts, ils déclareront que le sujet n'était pas au moment des actes dans l'état de fureur ou de démence et ajouteront suivant une formule consacrée « au sens de l'article 64 », bien que ce sens n'ait été nulle part précisé et défini. Ils devraient en plus ajouter que le sujet a ou n'a pas obéi à une force à laquelle il n'a pu résister. Mais comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est une partie de l'article 64 qu'on a coutume de négliger complètement. Les médecins qui au contraire font commencer la pathologie mentale aux constitutions mêmes et reconnaissent la force impulsive du délire des sentiments, même s'il y a intégrité de l'intelligence, ceux-là considèreront comme pathologiques des cas limites non admis comme tels par les précédents et invoqueront à leur sujet la dernière partie de l'article 64.

Mais, répétons-le, le désaccord ne peut exister que pour les cas limites. Pour ces cas, comme l'a bien dit M. Capgras, il n'existe pas de critérium précis ; ils resteront cas d'espèces, et ne relèveront que de l'interprétation personnelle du médecin ou mieux, de l'opinion doctrinale du médecin. Pour nous, nous estimons que dans ces cas limites, il est plus juste et plus humain d'étendre le terrain de la pathologie mentale que de le

©BIUM

restreindre et, en tous cas, nous jugeons indispensable de signaler et de discuter dans un rapport l'anomalie mentale, même si c'est pour conclure en définitive à la responsabilité. Se contenter d'éliminer l'état de fureur ou de démence, est une psychiatrie vraiment trop sommaire.

Les cas limites écartés, et ils sont somme toute assez rares, il n'est pas douteux que l'accord des psychiatres doit se faire facilement. Les difficultés des problèmes soulevés par M. Capgras portent surtout sur les cas limites et si nous convenons que là la solution ne peut relever d'un critérium objectif, il n'en est pas de même pour l'ensemble des cas qui sont au delà de la limite nécessairement un peu vague du normal au pathologique. Ici la clinique nous donne des bases solides, que M. Capgras n'a pas ignorées, mais auxquelles il me semble qu'on peut accorder une valeur plus nettement démonstrative.

En premier lieu c'est l'existence d'une constitution pathologique, la constitution paranoïaque. En présence d'un sujet qui a commis une réaction anormale, il est facile au psychiatre de reconnaître chez lui l'existence ou la non-existence d'une constitution paranoïaque. Il y a d'abord la mimique, l'attitude, les réactions de l'habitus ; il y a ensuite les modes d'expression verbale, les tournures de langage, l'aptitude raisonnante ; il y a encore la façon de s'estimer, de parler de soi, de se juger. Mais il y a surtout et avant tout, toute l'histoire du passé du sujet qui ne peut pas, par de nombreux éléments, ne pas révéler l'orgueil natif.

En second lieu, la disproportion entre la cause invoquée ou réelle et la conduite qui a amené la nécessité d'un examen médical, est décisive. Toute conduite est le résultat d'une réaction du sujet à l'égard du milieu ; suivant les cas la conduite sera le résultat logique et forcé de l'action du milieu ou au contraire elle ne dépendra point de l'action du milieu, et sera seulement un mode réactionnel propre au sujet. Dans ce dernier cas, la constitution a tout fait ; on pourra dire que le sujet a agi sans cause, ce qui voudra dire sans cause

©BIUM

extérieure ; il aura agi suivant un mécanisme impulsif dû à sa constitution anormale, donc de façon pathologique.

Dans l'état passionnel proprement dit par exemple, l'acte du sujet ne sera pas en disproportion évidente avec sa cause ; dans le crime passionnel, le criminel n'a pas tué sans une raison importante ; cette raison n'est peut-être pas suffisante pour excuser sa conduite, mais elle est suffisante pour l'expliquer.

Dans l'état de revendication paranoïaque, la raison invoquée sera en disproportion évidente avec la conduite ; non seulement elle ne saurait l'excuser, mais même l'expliquer. On y voit intervenir un facteur différent : la constitution anormale du sujet.

Cette distinction entre l'état passionnel psychologique et l'état de revendication paranoïaque par la disproportion des actes avec leur cause, peut paraître manquer de rigueur. Nous n'en pouvons établir de plus précise entre l'idée non délirante et l'idée délirante, que nous savons pourtant bien reconnaître.

On objectera encore qu'entre les deux situations que nous opposons peuvent exister des situations intermédiaires ; mais alors nous retombons dans les cas limites sur lesquels nous nous sommes suffisamment expliqués.

Enfin le troisième des symptômes caractéristiques est l'existence d'un état obsédant. Le premier, existence de la constitution paranoïaque, est l'origine, le point de départ de l'état anormal ; le second, la réaction disproportionnée, est l'aboutissant, la manifestation. Entre les deux se situe le mécanisme psychique, le trouble fondamental qui est l'état obsédant ou comme on l'a appelé encore l'idée prévalente, la représentation obsédante, la représentation mentale exagérée. Ici il est nécessaire de distinguer nettement deux syndromes, qui me paraissent trop souvent confondus, l'état obsédant d'une part, l'obsession d'autre part. Un mélancolique qui se désole sans cesse à l'idée de sa ruine ou de sa damnation a un état obsédant ; un mélancolique au contraire qui éloigne de lui tout objet pointu

©BIUM

de peur de faire du mal à autrui est un obsédé. Dans le premier cas l'individu croit de toutes ses forces à la justesse de son état obsédant ; il y adhère en tous points et le considère comme l'expression même de la réalité ; dans le second cas, il trouve son inclination fausse et absurde, se révolte et lutte contre elle. Chez le paranoïaque, il s'agit bien d'un état obsédant, auquel le sujet s'attache de toutes ses forces, ne vit que pour et par lui. L'état obsédant développe en lui une sorte de monoïdéisme, en ce sens qu'il ne pense qu'à sa revendication ; il entraîne aussi un monodynamisme en ce sens qu'il n'agit plus que sous l'influence d'une seule et même idée. En plus cet état obsédant s'accompagne d'un état d'énervement et d'anxiété extrêmement pénible, et c'est la souffrance qui en résulte qui rend la situation insupportable et déclanche impulsivement et irrésistiblement la réaction libératrice.

Constitution paranoïaque, disproportion des réactions, état obsédant anxieux, tel est à notre avis le trépied caractéristique des états de revendication pathologique.

En conclusion, je dirai que si M. Capgras a eu raison de montrer la complexité des cas limites qui unissent le pathologique au normal, et l'absence de critérium objectif pour ces cas-là, il n'en est pas moins vrai que dans l'ensemble des cas les états de revendication peuvent être nettement reconnus par le psychiatre ; c'est une affirmation qu'il n'est peut-être pas inutile de renouveler à l'occasion.

M. Leroy. — L'intéressante communication faite par M. Capgras à la dernière séance m'incite à vous parler rapidement de trois aliénées criminelles, suivies par moi pendant de nombreuses années. Ces faits d'expérience ont surtout une valeur documentaire au point de vue de l'avenir de tels sujets et de leur mise en liberté.

La première malade, dont je vous entretiendrai, est Maxence Amelot, persécutée-persécutrice célèbre relevant du délire d'interprétation, dont l'histoire a déterminé le choix

©BIUM

de ma thèse en 1896. Cette femme, après avoir poursuivi pendant 3 ans l'abbé de Broglie qu'elle accusait de la faire passer pour une fille de mauvaise vie, le tua froidement de quatre coups de revolver tirés à bout portant, se faisant gloire de son crime qu'elle considérait comme un acte de justice. Internée dans le service de Magnan pendant les années 1895 et 1896, elle fut transférée en 1897 à l'asile de Clermont, où elle resta dix ans, jusqu'en août 1907. J'ai pu avoir de ses nouvelles à cette époque. Maxence Amelot, âgée alors de 61 ans, était restée jeune de mentalité et d'allures, narrant sa longue histoire avec une précision et une sûreté de mémoire étonnantes. Elle continuait à protester contre son internement dans un asile d'aliénés, accusant l'abbé, invoquant son bon droit. Elle était demeurée telle que je l'avais connue à l'admission, sauf qu'elle avait perdu la foi et pris ses dispositions pour être enterrée civilement.

La seconde observation concerne une femme de 28 ans, Augustine B., internée en 1909 à l'asile de Ville-Evrard. Elle avait tué un matin son mari, d'une balle de revolver dans la tête, alors qu'il s'habillait pour se rendre à un rendez-vous d'affaires. Le crime prémédité se révèle brutal. A son enfant de 8 ans, qui s'était levé au bruit de la détonation, elle dit tranquillement : « Laisse ton père tranquille, il dort. » Un quart d'heure après, la concierge, venue apporter le courrier, la trouve nullement troublée et prête à sortir. Augustine quitte son appartement pour confier le petit garçon à une amie, revient au lieu du crime, constate, à nouveau, du pied la mort de sa victime, fait sa valise et se rend chez le commissaire de police pour se constituer prisonnière. Son attitude était si calme que le commissaire ne put croire au crime que devant l'évidence.

Fille naturelle d'un alcoolique, devenue la maîtresse d'un élève de l'Ecole Centrale, elle avait eu un enfant en 1901, et s'était mariée en 1907 avec son ami. Celui-ci l'avait épousée pour légitimer le bébé et aussi par humanité, espérant guérir la jeune femme malade de jalousie, au point d'en devenir mélancolique. Cette preuve d'affection ne fit qu'augmenter l'exaltation passionnelle : discussions quotidiennes, scènes, voies de faits, menaces, défense au mari de regarder par la fenêtre, de lire un journal de mode, propositions de suicide collectif, séparations, reprise de la vie conjugale, tentative de suicide par laudanum, achat d'un revolver et enfin meurtre.

Tels sont rapidement résumés les faits ayant précédé le crime et l'internement. Augustine se montre

©BIUM

dans le service très calme, mais susceptible, désagréable, de caractère difficile. Elle explique avoir tué son mari par jalousie, de peur qu'il ne la quitte pour vivre avec une autre femme. « Ce que j'ai souffert, dit-elle, est effrayant. Cette idée qu'il pouvait me tromper me poursuivait jour et nuit. Arrivait-il en retard ? je pensais à un rendez-vous. J'essayais de me raisonner, rien n'y faisait, pas plus que les exhortations. J'aimais mon époux, il était bon ; je lui faisais des scènes terribles, lui demandant même de mourir avec moi. J'avais le cauchemar de la jalousie, cauchemar atroce. La nuit, couchée avec lui, pendant mon sommeil, je le voyais dans les bras d'une autre. Ici même, à l'asile, je rêve souvent encore la nuit qu'il est avec une maîtresse. Sortions-nous ensemble, s'il regardait une personne, je me figurais qu'il la désirait. Mon mari était très malheureux ; je l'étais encore plus que lui. »

Nous sommes ici en présence d'un état purement passionnel, où les interprétations n'existent que secondairement sous l'influence de l'état affectif si puissant. Je demandais un jour à la malade si elle regrettait son acte ; elle me répondit : « Je suis extrêmement malheureuse de vivre avec les folles, j'ai toute ma conscience; je ne sais quand je sortirai ; peut-être passerai-je ma vie à Ville-Evrard. Eh bien ! j'aime mieux encore être internée que de savoir mon mari vivant et dans la possibilité de me tromper. Je ne souffre plus de jalousie ; l'asile est moins atroce. »

J'ai insisté plusieurs fois dans ma thèse (1) sur la détente, le calme qui suit l'acte criminel. Ce sentiment d'euphorie, de satisfaction, de triomphe même se retrouve chez les persécutés-persécuteurs, qu'ils soient des interprétateurs ou des revendicateurs guidés par une idée dominatrice irrésistible. Lorsque Maxence Amelot vit l'abbé à terre, un calme effrayant se fit en elle, d'après sa propre expression ; elle changea ses vêtements inondés de sang et alla raconter le crime à son confesseur. Son sang-froid était si extraordinaire que le prêtre refusait de croire à cet acte monstrueux

(1) LEROY. — *Les persécutés persécuteurs.* Thèse Paris, 1896.

©BIUM

et la meurtrière dut insister auprès de lui pour le convaincre. Elle racontait la scène avec un calme parfait, sans manifester le moindre repentir ; pas le moindre mot de regret pour cet homme qu'elle venait de frapper mortellement. Confrontée avec le cadavre, elle resta muette et impassible.

Dans l'observation de notre jalouse, la même réaction existe. « En voyant mon époux à terre, dit Augustine, je me suis jetée sur lui pour voir s'il était mort. Sans doute, j'ai eu du chagrin, on ne vit pas dix ans avec un homme sans tenir à lui, mais j'ai conservé tout mon calme, sans éprouver aucune émotion, et même soulagée. » On voit par ces paroles combien les manières d'être des deux malades devant leur victime sont exactement superposables.

Un point important à trancher était celui de la mise en liberté. La chose était d'autant plus délicate que dans son rapport médico-légal, M. Sicard déclarait : « que la prévenue placée de nouveau dans des conditions de vie et d'existence analogues, c'est-à-dire se créant un nouveau foyer, pourrait être atteinte des mêmes symptômes délirants. » Je demandai la sortie à la préfecture de police en février 1914, après 4 ans d'internement. Elle fut refusée, mais finalement accordée par le tribunal de Pontoise, en mai 1914, sur avis favorable de trois experts.

Il est intéressant de vous faire savoir ce qu'est devenue cette femme. J'ai eu l'occasion de la revoir à maintes reprises depuis 12 ans. Elle mène une vie plutôt malheureuse, rejetée par tous et même par son fils. Cependant elle gagne honnêtement sa vie, autant que le lui permet son mauvais état de santé.

Je lui ai demandé si elle avait eu d'autres amis depuis son veuvage ; elle m'a avoué avoir fréquenté plusieurs hommes, sans les aimer. Augustine reconnaît avoir gâché sa vie, mais le remords n'existe pas dans sa conscience.

Le troisième cas est différent. Il s'agit d'une femme de 42 ans, cardiaque, de caractère exigeant, désagréable, toujours

©BIUM

jalouse, qui fut internée en décembre 1921 à Maison-Blanche pour avoir vitriolé gravement son mari. Elle avait présenté le mois précédent un état mélancolique avec idées de persécution, nombreuses interprétations surtout passionnelles, accusant son époux d'avoir des maîtresses innombrables, dont sa sœur, et de vouloir l'empoisonner par des gaz asphyxiants. Tentative de suicide ; achat d'un revolver et de vitriol. Caustique jeté brusquement à la tête du mari par interprétation subite, disant qu'il venait de lui verser de la cocaïne dans son verre.

Cette malade nettement délirante guérit au bout de deux mois. Elle regrettait vivement son acte accompli, disait-elle, dans un moment de folie. Son chagrin et son repentir étaient tels que le mari, malgré l'horreur de ses blessures, pardonna à sa femme et montra la plus grande magnanimité, en la réclamant devant toutes les juridictions. Il fallut 6 mois, et plusieurs expertises, avant que la sortie ne fût accordée. J'avais toujours donné un avis favorable, en m'appuyant sur le fait que la malade était guérie, qu'elle regrettait sincèrement son crime et que le mari, disposé à prendre toutes les responsabilités, était le principal intéressé et le meilleur juge. On m'objectait le certificat nettement pessimiste de la Préfecture de police : « Dangereuse indéfiniment pour son mari et pour toute ambiance. Cas typique de divorce nécessaire, en raison même du délire. » (de Clérambault). L'avenir a prouvé que j'avais eu raison de me montrer moins sévère. Le ménage vit depuis 5 ans et demi en meilleure intelligence qu'autrefois.

Si je me suis permis de vous rapporter ces cas vécus, c'est qu'ils sont un enseignement. La sortie de la vitrioleuse, je viens de le dire, ne m'a occasionné aucun ennui. Pour les paranoïaques criminels interprétateurs ou revendicateurs — et l'on sait combien ces deux types si différents au point de vue théorique se ressemblent pratiquement — comme pour les simples passionnels, leur avenir est assez curieux et même paradoxal. Chez ces sujets, la psychogénèse du délire repose sur un trouble intellectuel conditionné par un

©BIUM

élément affectif essentiel et primordial. C'est ce tonus affectif qui commande la violence de la réaction. Lorsque le malade en arrive au crime, il se produit immédatement une véritable décharge affective amenant un sentiment de soulagement et de satisfaction. Cette absence d'émotion, cette tranquillité d'esprit si caractéristiques forment un singulier contraste avec l'excitation mentale, l'état passionnel, la concentration psychique dominante antérieurs. Une telle sédation peut se maintenir pendant de longues années, sinon toujours, au point que l'aliéné se montre non pas guéri sans doute, mais plus calme, moins dangereux, en tout cas fort différent de ce qu'il était avant le sacrifice de sa victime. Les deux observations données plus haut en sont un exemple remarquable.

La question est maintenue à l'ordre du jour.

Délire de disculpation
Du rôle de l'automatisme mental dans la genèse des délires

Par MM. Paul COURBON et Jean MAGNAND

La malade que nous voulons présenter est porteuse d'un syndrome mélancolique dont l'originalité réside dans ce fait que le système cohérent de ses idées anormales, au lieu d'échafauder des affirmations et des preuves de son indignité et de sa culpabilité, s'efforce de proclamer et de démontrer sa parfaite et permanente honorabilité.

C'est, peut-on dire, un « délire de disculpation » chez une mélancolique. Son mérite est d'apporter un important argument à la théorie de la genèse automatique des idées délirantes dans la mélancolie. Avant de passer à l'examen clinique de ce cas, nous croyons intéressant de résumer succinctement les théories qui ont été successivement donnés sur la genèse du délire

©BIUM

mélancolique. A propos de chacune d'elles nous montrerons d'une part le parallélisme des points de vue psychologique et psychiatrique de l'époque, d'autre part le progrès accompli dans l'intégration des troubles mentaux dans la pathologie.

I. **THEORIES SUR LA GENESE DU DELIRE DANS LA MELANCOLIE.** — Elles sont au nombre de trois :

a) **Théorie intellectuelle**, ou du délire primitif, ou du délire-erreur. — La théorie la plus ancienne voyait dans la tristesse de la mélancolie, un simple effet du trouble du raisonnement ou du jugement. Commençant par mal juger ou mal raisonner, le mélancolique s'imaginait avoir mal agi, avoir été nocif et arrivait à s'en désoler. « La tristesse paraît bien être le résultat, en quelque sorte logique d'une réaction (1) de l'idée sur le sentiment, de l'intelligence sur la sensibilité (Billod).

Cette théorie assimilait le mélancolique délirant à un raisonneur qui se trompe. Elle était admise, en dehors de la mélancolie vraie pour les délires systématisés ou cohérents. Aussi voit-on les aliénistes user à l'égard des délirants, de procédés absolument étrangers à la médecine ne différant en rien de ceux que le monde non médical emploie envers les gens sains d'esprit, auteurs d'une infraction ou d'une erreur. D'une part le délirant est déclaré responsable du crime, même ayant un rapport direct avec le délire, si la résistance dont il dispose contre ses idées délirantes est supérieure à leur entraînement [responsabilité partielle de Legrand du Saulle (2)]. D'autre part la dialectique raisonnante et si elle échoue, les sévices sont préconisés pour guérir le délirant [traitement moral de Leuret (3)]. C'était l'époque où régnait en psychologie la théorie que M. Pierre Janet appelle « théorie métaphysique » des facultés, ces dernières étant considérées comme autant de puissances autonomes chargées

(1) Des diverses formes de lypémanie. *Ann. méd. psych.*, juillet 1856.
(2) *Ann. méd. psych.*, 1862.
(3) LEURET. — *Mémoire de l'Académie de Médecine*, 1838 et 1839.

©BIUM

d'une fonction à part. C'était l'époque où l'étudiant de Jules Vallès avait sa carrière brisée pour avoir répondu que l'âme avait une faculté de moins que le nombre décrété par l'examinateur.

Cette théorie de la genèse du délire par un mécanisme analogue à celui qui chez l'homme normal produit l'erreur procède de la conviction qu'il y a similitude entre les procédés psychiques de l'être sain d'esprit et ceux de l'aliéné. Cette conception *normomorphique* de la folie ne datait que de la fin du XVIII[e] siècle, et on lui doit l'élan de sympathie, éprouvé alors par le public pour l'aliéné.

b) **Théorie affective**, ou du délire secondaire, ou du délire de justification. — La théorie qui succéda à la première est encore la plus répandue. Elle voit dans la tristesse la cause du trouble du raisonnement. C'est l'affectivité qui est primitivement atteinte dans la mélancolie. L'intelligence n'intervient qu'ultérieurement pour trouver une cause au sentiment pénible. Commençant par être triste, le mélancolique en cherche la raison et finit par la trouver. Le délire est une justification de la tristesse. Formulée par Griesinger (1), elle assimile le délirant à un passionné qui légitime sa passion. Aussi M. George Dumas (2) a-t-il eu raison de l'appeler théorie de la justification.

Cette théorie, valable pour le délire mélancolique, s'étendit à tous les délires que l'on considéra comme des maladies de l'affectivité. Elle donna naissance en Allemagne à cet heureux euphémisme de la langue courante qui fait qualifier la maladie mentale de Gemüthskrankheit, maladie de l'humeur, et a banni le terme de Geisteskrankheit, maladie de l'esprit.

Cette théorie du délire secondaire à un trouble affectif marque un grand progrès dans l'intégration du délire à la pathologie. S'il n'est pas immédiatement évident avec elle que le délirant soit un malade, puisqu'on admet qu'il raisonne comme un passionné, du

(1) *Traité des maladies mentales* traduction Doumée, 1865.
(2) *La tristesse et la joie*, Alcan, 1900.

©BIUM

moins apparaît-il incontestablement comme un être qui souffre, et du concept de souffrance à celui de maladie, il n'y a qu'un pas. Il a été franchi lorsque l'on démontra que ce trouble affectif initial a une base organique. Tout l'organisme est atteint dans la mélancolie (Séglas).

Aussi les psychiatres partisans de cette manière de voir cessent-ils d'employer avec le délirant les procédés dont on se sert avec des gens normaux. Irresponsabilité complète du délirant, psychothérapie affective sans dialectique, ni sévices.

Cette conception du délire-sophisme de justification se développa, concurremment avec le progrès des connaissances des psychologues en matière des rapports de la vie affective et de la vie intellectuelle : idées-forces de Fouillée (1), psychologie et logique des sentiments de Ribot (2).

Comme la théorie intellectuelle, la théorie affective du délire dans la mélancolie, procède de la conception *normomorphique* de la folie. L'une et l'autre considèrent le délire comme une construction syllogistique, comme un raisonnement de travers, comme un jugement faux et le comparent aux erreurs de l'homme normal.

c) **Théorie automatique**, ou du délire imposé. — La théorie la plus récente voit dans le délire, une donnée immédiate de la maladie. La logique n'intervient pas, ou du moins n'intervient que secondairement, lorsque le sujet a acquiescé aux idées de ce délire. Mais primitivement celui-ci éclôt tout formé de la mentalité morbide.

Cette théorie peut être appelée du délire imposé, car ce délire surgit automatiquement dans la conscience du sujet qui peut fort bien s'insurger contre lui. Habituellement le sujet finit par s'y soumettre, mais parfois il peut continuer à le repousser. Ce dernier cas est précisément celui de notre malade.

---

(1) Fouillé. — *Les idées forces*, 1890 et 1893.
(2) Ribot. — *Psychologie des sentiments*, 1896.

©BIUM

Le protagoniste le plus convaincu de la genèse automatique du délire des mélancoliques est Masselon(1). Il s'est efforcé de montrer par des tests que les idées délirantes des mélancoliques naissent directement de l'état affectif douloureux. En faisant construire des phrases par des mots inducteurs, on n'obtient jamais que des idées tristes. Elles naissent fatalement de la mentalité douloureuse du mélancolique qui ne saurait en donner d'autres. Elles ne résultent donc pas d'une intervention de la logique pour expliquer la douleur.

Ce mécanisme automatique avait été entrevu par d'autres auteurs, même par les partisans de la théorie de la justification, notamment par Séglas (2), par Krœpelin (3) qui insiste sur la résistance parfois longue que le mélancolique oppose aux idées de culpabilité qui l'assaillent.

Pour M. Dumas, le rôle de l'automatisme ne serait pas aussi simple que le prétend Masselon. La douleur morale agirait sur l'activité intellectuelle à la façon d'un coup de fouet pour produire le délire. Mais celui-ci ne s'évoquerait pas automatiquement par elle, comme la faim évoque l'image d'un bon repas.

Il est intéressant de rapprocher cette théorie automatique du délire des mélancoliques de la théorie générale de l'automatisme mental de M. de Clérambault. Elles ne sont pas tout à fait identiques. Ce qui est automatique pour Masselon c'est la succession de l'état affectif et de l'état idéatif, une affectivité triste donnant obligatoirement naissance à des idées tristes. Pour le chef de l'école de l'Infirmerie du Dépôt, l'automatisme mental est la perte de la maîtrise des processus mentaux. Le fait essentiel commun aux deux théories, est que la pensée du délirant se forme toute seule, sans que la volonté du sujet collabore à sa formation.

---

(1) MASSELON. — *La mélancolie*, Alcan, 1006.

(2) SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1895, p. 301.

(3) KROEPELIN. — *Traité de Psychiatrie*, 1909.

©BIUM

L'émancipation de la pensée délirante ainsi affirmée, ne laisse plus subsister de comparaison entre l'aliéné et le sain d'esprit. De la sorte, l'intégration du délire à la pathologie est complète et ne souffre plus de discussion.

Signalons enfin le synchronisme entre l'édification de cette théorie psychiatrique de l'automatisme mental et l'écroulement de la conception normomorphique de la folie, sous les coups d'un psychologue doublé d'un psychiatre Charles Blondel (1). D'après cet auteur, la conscience morbide est irréductible à la conscience saine, et l'homme normal est matériellement incapable de se représenter les états de conscience du psychopathe.

II. **LE DELIRE DE DISCULPATION.** — Notre malade est une paysanne italienne âgée de 44 ans qui vint à Paris en 1914 pour y gagner plus aisément sa vie avec l'intention de se retirer plus tard avec quelques économies dans sa patrie. Elle y vécut sérieuse, travailleuse, satisfaisant ses maîtres qui ont hâte de la reprendre après sa guérison. En octobre dernier, elle alla à la consultation du service de prophylaxie mentale pour des troubles qui dataient de quelques semaines. Et le 28 du même mois, elle était internée avec le certificat de mélancolie anxieuse, idées d'auto-dépréciations et de vague culpabilité.

Elle arriva à Vaucluse le lendemain. Pendant les deux premiers mois de son séjour, son état ne varia guère. Elle était en effet anxieuse, comme l'affirmait le certificat d'internement, elle gémissait, pleurait, sortait constamment du lit, parfois se frappait la poitrine. Un jour même, elle fit le geste de s'étrangler. Ne causant avec personne, elle était incapable d'une occupation et devait être alimentée à la cuiller.

Au point de vue idéatif, l'examen ne révélait ni autodépréciation véritable, ni culpabilité. Parfaitement orientée et mnésique, les propos qu'elle ressassait sans cesse n'étaient au contraire qu'une infatigable disculpation.

Sa famille et elle n'ont rien à se reprocher. Ils ont toujours fait ce qu'ils ont pu. Et ce serait injuste de croire le contraire. Il est vrai qu'aujourd'hui, elle ne peut pas tra-

(1) BLONDEL. — *La conscienca morbide.* Alcan, 1911.

©BIUM

vailler, mais elle n'a pas toujours été comme cela. Ses patrons sont là pour le dire. Si elle avait été dans un autre hôpital, elle aurait peut-être été mieux traitée qu'à Ste-Anne et pourrait prouver sa vaillance. Si elle avait été une paresseuse, comme elle a l'air d'en être une maintenant, elle n'aurait pas quitté l'Italie, comme elle le fit en 1914 pour venir seule en pays étranger, gagner son pain. Elle ne peut pas donner de précisions sur son passé autant qu'elle le voudrait ; mais ce n'est pas de sa faute si elle a perdu la mémoire. Elle a quitté l'Italie un peu contre le gré de ses parents, mais elle voulait y revenir. Elle n'est pas retournée les voir, mais il y a eu la guerre, et les temps sont si durs, et elle était décidée à y aller cette année. C'est tout au plus une négligence qu'elle a commise ainsi, mais ce n'est pas plus grave. Elle finit par avouer ses tentatives de suicide, mais c'est sans doute la promiscuité des malades qui lui fut néfaste, car elle n'aurait jamais d'elle-même fait quelque chose d'aussi mal.

Ni auto-accusation, ni interprétation pouvant faire considérer qu'elle se croit accusée par autrui, méprisée ou l'objet d'allusions désobligeantes.

Ses efforts de disculpation visaient donc des idées qui prenaient naissance malgré elle dans sa pensée, idées tendant à la diminuer, à l'avilir. Les seules paroles qu'on obtenait d'elle n'étaient qu'une protestation contre cette douloureuse hantise.

Depuis près d'un mois, elle va beaucoup mieux, travaille, n'est plus inquiète, ne répète plus ces propos, mais persiste à répondre, quand on l'interroge, qu'elle n'a jamais fait de mal.

Le délire de disculpation est le terme qui nous semble le mieux convenir pour désigner ces états de résistance du mélancolique aux idées de culpabilité qui l'assiègent dont parle Kræpelin. Et nous ne serions pas étonnés qu'il ait été déjà employé par d'autres auteurs que nous pour les désigner.

La phase de disculpation, celle pendant laquelle le sujet qui commence sa maladie cherche à justifier son passé d'homme sain, n'est le plus souvent que de courte durée. Son souvenir est englouti sous l'avance de la phase de culpabilité pendant laquelle il cherche à justifier son sentiment actuel d'homme malade.

©BIUM

CONCLUSIONS. — Le délire de disculpation est un système d'idées tendant à la justification du passé antérieur à la psychose. Ces idées ne sont délirantes que parce qu'évidemment inopportunes puisqu'aucune inculpation n'existe. Ce délire caractérise parfois le début de la mélancolie, où il est le plus souvent prémonitoire du délire de culpabilité et d'indignité. Il prouve le rôle que l'automatisme mental joue dans l'éclosion des idées délirantes des mélancoliques, puisque cette disculpation n'est qu'une lutte contre des accusations qui s'imposent au sujet malgré lui.

La théorie *automatique* de la genèse du délire la plus récente, fait du délirant un malade incontestable puisque le délire n'est comparable à aucun des processus de l'homme normal. Elle coïncide avec la cessation du règne de la conception normomorphique de l'aliéné, la conscience morbide étant reconnue comme irréductible à la conscience saine. — La théorie *affective* de la genèse du délire par un raisonnement affectif a eu une longue vogue. Elle fut contemporaine des travaux des psychologues sur la prépondérance de la vie affective par rapport à la vie intellectuelle. Elle est conforme à la réalité des faits, mais seulement pour les périodes avancées de la mélancolie où toute la personnalité est envahie. Elle rapproche autant le délirant d'un passionné que d'un malade. — La théorie *intellectuelle* de la genèse du délire par une mauvaise conduite du raisonnement ou par une défaillance du jugement n'a plus aucun partisan. Affirmant que la tristesse était la conséquence de l'erreur de l'intelligence, elle prenait l'effet pour la cause. Plus encore que la précédente, elle procédait de la conception normomorphique de la folie. Aussi les médecins étaient-ils très embarrassés pour faire la part du pathologique chez l'aliéné, envers lequel ils usaient parfois de procédés non médicaux : théorie de la responsabilité partielle de Legrand du Saulle ; thérapeutique par la dialectique et les sévices de Leuret.

©BIUM

DISCUSSION

M. DELMAS. — Cette question est très intéressante, mais il me paraît que le présentateur donne une extension trop grande à une théorie qui s'applique à certains délirants, mais pas à tous. M. de Clérambault n'en use lui-même que pour les cas relevant de lésions organiques. Il s'agit ici d'une mélancolique : il ne me semble pas que ce soit l'occasion de donner cette explication des symptômes présentés par elle.

M. Courbon veut dire seulement que dans le cas de mélancolie comme dans le cas de syndrome mécanique, des idées assez complexes sont apportées toutes faites à la conscience. Il n'infère pas l'identité des processus. Le même apport d'idées toutes faites assez complexes se produit aussi, me semble-t-il, dans les délires interprétatifs. Dans les trois cas les processus paraissent devoir être différents.

M. COURBON. — Nous n'avons pas l'intention de donner notre explication comme valable pour tous les cas, mais seulement pour ce qui est de notre malade. Elle pense elle-même que ses idées lui viennent automatiquement et cherche à se défendre contre elles.

Hallucinations auditives conscientes de longue durée

Par les Drs H. NOUET et J. LAUTIER

(*Asile d'Alençon*)

Si l'on s'en réfère aux études classiques sur les hallucinations, l'on voit que les hallucinations conscientes sont le plus souvent des hallucinations visuelles. Lorsque ces études font mention d'hallucinations auditives conscientes, celles-ci sont à peu près toujours passagères, associées aux hallucinations des autres sens, et nous nous rendons compte aujourd'hui que les cas où elles se sont produites étaient des cas de confusion

©BIUM

mentale. Si, par exemple, nous lisons « De l'Intelligence » de Taine, nous voyons signaler comme conditions étiologiques des hallucinations conscientes qu'il rapporte : une rougeole traitée par une diète de cinq jours, la suppression d'une saignée à sa date habituelle et même le choléra.

La rareté d'hallucinations conscientes affectant uniquement l'ouïe, se produisant dans un état lucide et persistant pendant plusieurs mois, nous a engagés à publier l'observation suivante malgré nos rapports insuffisants avec la malade. Cette malade, sténo-dactylographe à Paris, est venue lorsqu'elle a constaté qu'elle était atteinte de troubles nerveux, se reposer à la campagne dans les environs d'Alençon. Elle ne voyait aucun médecin, ne croyant pas que l'un d'eux pût lui apporter une direction morale. Elle n'est venue nous trouver qu'une fois l'un et l'autre pour nous demander une formule d'injections hypodermiques reconstituantes. C'est ainsi que chacun de nous n'a pu voir la malade qu'à une seule consultation, que six mois environ se sont écoulés entre ces deux entrevues. Néanmoins, nous avons pu interroger chacun assez longuement la malade, comparer les résultats de nos deux examens et obtenir du sujet qu'il nous écrivît une assez longue lettre contenant son auto-observation.

Mlle X..., âgée d'une trentaine d'années, sténo-dactylographe à Paris, se sentait fatiguée depuis l'année 1923. En 1925, elle eut, presque toute l'année, à soigner sa mère malade. En novembre, elle-même fut malade pendant trois semaines après l'extraction d'une dent de sagesse. Par suite de l'incapacité de travail qui en résulta, elle perdit sa place. En outre elle était atteinte par des chagrins moraux : mariage manqué par elle-même, mariage de son frère contraire aux volontés de sa mère, affaiblissement des liens familiaux. En décembre, sa mère s'alita et exigea des soins constants.

C'est en février 1926 qu'apparurent les hallucinations de l'ouïe. Elles débutèrent brusquement une nuit, sans que Mlle X... se sentît malade les jours précédents. Elles produisirent dès l'abord un sentiment d'étonnement, de stupéfaction même, chez elle ; après que cet étonnement se fut calmé, Mlle X... reconnut la nature pathologique des voix qu'elle

©BIUM

entendait. Elle les attribua, d'elle-même, à un état nerveux anormal, et ces hallucinations sont bien restées ensuite des hallucinations conscientes durant les longs mois pendant lesquels elle en a été affectée, jusqu'au mois de septembre où elle fut vue par l'un de nous pour la seconde fois et jusqu'en novembre où elle nous écrivit la lettre dont nous avons parlé.

Ces hallucinations ont été d'abord exclusivement nocturnes ; plus tard elles ont commencé à se produire vers le soir, avant la tombée du jour. Elles étaient perçues quand la malade était seule dans sa chambre. C'étaient des hallucinations sensorielles. La malade est bien catégorique : les voix étaient entendues avec les oreilles. Parfois elle distinguait le timbre des voix. Elles paraissaient venir de l'intérieur de la chambre sans qu'elle pût fixer exactement la direction et la distance.

La malade se sent très gênée pour exposer ce que disent les voix. Nous avons été forcés de pousser l'interrogatoire, de poser questions sur questions. Elle nous répondait qu'elle ne voyait pas la nécessité de tout raconter, qu'elle ne venait que pour avoir la formule d'un fortifiant ; elle bégayait et cherchait ses mots.

La raison de cette réticence, c'est que les hallucinations ont toujours rapport à la vie sexuelle de la malade. Voici les trois phases principales qu'elle nous a rapportées :

1° « Tu es hystérique ». Hystérique signifie ici, comme dans le langage non médical courant : qui a de vifs désirs sexuels. C'est une accusation générale contre les mœurs et les sens de la malade.

2° « Veux-tu venir avec moi en Algérie ? » Cette phrase est prononcée avec le timbre de voix d'un ancien collègue masculin de la malade, qui a quitté le bureau de Paris pour se rendre en Algérie. La malade dit qu'elle s'est aperçue qu'elle plaisait à ce collègue ; mais proteste qu'elle-même n'a jamais été amoureuse de lui.

3° « Lesbienne ». A propos de cette injure, la malade dit d'elle-même qu'elle n'a jamais eu de goûts homosexuels. Mais elle ajoute immédiatement qu'elle croit connaître la cause de cette accusation. A seize ans, étant dans un établissement d'éducation, elle a entendu un Monsieur émettre des critiques sur l'attitude de certaines de ses compagnes qui marchaient enlacées dans la cour, et elle a été extrêmement frappée par les mots qu'elle entendait.

Ce sont les seules phrases hallucinatoires que nous ait rapportée la malade. Il n'est nullement nécessaire d'être un

©BIUM

disciple de Freud, pour s'apercevoir qu'elles sont l'expression de désirs inconscients, refoulés hors du conscient, mais très voisins de celui-ci, puisqu'aussitôt qu'elle rapporte ces mots, Mlle X... se croit obligée de dire qu'ils ne correspondent pas véritablement à ses sentiments.

On sent combien il aurait été intéressant et profitable pour Mlle X... de se livrer à son examen psychanalytique. Les circonstances ne nous l'ont naturellement pas permis et nous croyons qu'elle est très réfractaire à un traitement. Lorsqu'elle est venue nous voir pour la seconde fois, nous annonçant son prochain retour à Paris, nous l'avons vivement engagée à aller, dès sa rentrée, se présenter au Dispensaire de Prophylaxie Mentale. Elle nous a dit qu'elle n'oserait pas, qu'elle n'en voyait pas la nécessité et elle n'y était pas allée en novembre lorsqu'elle nous a écrit.

Après la première visite que nous a faite Mlle X..., les hallucinations désagréables ont été remplacées momentanément et partiellement par des hallucinations consolantes : « Travaille, repose-toi, apprends l'Anglais ».

La malade répond de temps en temps à ses hallucinations. Les phrases qu'elle prononce marquent son étonnement et son mécontentement : « Ce n'est pas fini ? Qu'est-ce qu'il y a ? » etc... Elle se rend compte que les voix ont, elle le dit elle-même : « pour effet de la faire causer ». Mais les paroles qu'elle profère alors ne lui paraissent pas du tout dictées par une volonté étrangère. Elles lui paraissent complètement provenir d'elle-même.

Il n'y a aucune hallucination d'un autre sens associée aux hallucinations auditives, aucun sentiment de désagrégation de la personnalité, aucune emprise sur la volonté, aucune hallucination psychique. Nous avons déjà dit que la malade ne forme aucune idée délirante, et n'a jamais attribué les voix à aucune autre origine que pathologique. Elle nous écrit cependant : « A un point de vue logique, je ne peux absolument pas me les expliquer. » Les seuls symptômes physiques qu'elle ait remarqués sont un peu de dyspepsie avec renvois gazeux et des maux de tête qui lui ont fait d'autant plus d'impression qu'elle n'en souffrait jamais auparavant. Le sommeil, très troublé au moment de l'apparition des hallucinations est redevenu normal. Ajoutons qu'elle ne nous a rien signalé d'intéressant au point de vue psychopathique dans ses antécédents personnels ni héréditaires. Son intelligence est très suffisante.

Au point de vue de l'évolution, les hallucinations ont diminué progressivement de fréquence et d'intensité, mais se sont toujours poursuivies jusqu'en novembre 1926.

©BIUM

Nous ne nous dissimulons pas combien une observation basée sur deux examens du sujet est forcément incomplète. Mais nous avons cru néanmoins utile de la publier, non seulement à cause de la rareté des hallucinations auditives à la fois conscientes et prolongées, mais à cause de l'importance qu'elle nous paraît avoir relativement au problème de l'existence des hallucinations sensorielles.

A l'heure actuelle, les nouveaux travaux psychiatriques tendent à réduire considérablement, à très juste raison, d'ailleurs, les phénomènes qu'on rangeait dans le domaine des hallucinations sensorielles, d'une part au profit de celui des illusions, d'autre part au profit de celui des hallucinations psychiques et psychomotrices. Mais il semble qu'après avoir montré que les hallucinations sensorielles sont beaucoup plus rares qu'on ne le pensait, il y a vingt ou trente ans, on aurait trop tendance à les considérer comme inexistantes.

M. Bouyer vient de publier dans le numéro de décembre 1926 des *Annales Médico-Psychologiques* des « Notes pour servir d'introduction à l'étude positive des hallucinations », dans lesquelles un chapitre très intéressant est consacré à la critique du témoignage des hallucinés. Il remarque, à juste titre, qu'il est de la première importance d'étudier l'état mental des malades pour savoir quelle créance il faut accorder à ce qu'ils disent eux-mêmes de leurs hallucinations. Il est bien certain qu'on doit tenir pour très sujettes à caution les affirmations des malades débiles, celles des malades confus, soit qu'ils parlent de leurs hallucinations pendant la période de confusion, soit d'après les souvenirs qu'ils en gardent une fois guéris, celles enfin des malades ayant des délires fantastiques qui émettent des assertions complètement absurdes. Si un malade déclare qu'il est violé toutes les nuits par les chevaux de l'établissement, ou meurt et ressuscite plusieurs fois en vingt-quatre heures, comment lui accorder confiance relativement à ce qu'il prétend entendre avec ses oreilles ? Il y a chez lui un tel

©BIUM

mélange de délire interprétatif et de délire d'imagination que la part et la nature des hallucinations sont extrêmement douteuses.

Chez les mélancoliques, également, on doit reconnaître qu'il est très difficile de mettre en lumière l'existence d'hallucinations. S'ils racontent qu'on les a accusés de tel et tel crime et menacés de tel et tel supplice, on s'aperçoit qu'ils ne peuvent jamais dire qui leur a adressé ces paroles, quelle a été exactement la teneur des phrases prononcées ; de plus, on voit que si un de leurs voisins de lit prononce le mot « mort », le mot « feu », etc... il leur semble aussitôt que ce sont des menaces à leur adresse.

On ne peut commencer à accorder de créance qu'aux malades atteints de délire systématisé, exempts de débilité, de confusion et d'affaiblissement intellectuel, n'ayant d'hallucinations qu'auditives et pouvant indiquer exactement les phrases entendues. Mais, ici encore, l'existence du délire élève souvent des doutes dans l'esprit de l'observateur. C'est pourquoi nous avons pensé bien faire de publier l'observation de notre malade hallucinée, mais non délirante, et ayant été affectée durant des mois, en pleine lucidité, d'hallucinations dont elle a toujours reconnu la nature pathologique.

Disons en terminant qu'il serait très intéressant de suivre la malade — ce qui ne nous est pas permis puisque nous n'habitons pas Paris — pour voir l'issue du problème pronostique qui se pose. Quelle va être l'évolution de cet état hallucinatoire ? Les troubles mentaux continueront-ils à aller en s'atténuant, ou bien un jour des idées délirantes systématisées viendront-elles se cristalliser sur les données fournies par les hallucinations ?

Discussion

M. Delmas. — Je citerai à ce propos les cas de deux malades que j'ai observés et qui ont présenté durant douze et six mois des hallucinations sans délire. Tous deux ont d'ailleurs versé ensuite dans le délire. Le pronostic est sévère pour ces sortes de malades.

©BIUM

Syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique. — Considérations sur une variété spéciale d'hallucinations oculaires provoquées.

Par le Pr H. CLAUDE, H. BARUK et P. VERVAECK

Bien que l'étude de la pathogénie des hallucinations donne lieu encore à de multiples discussions, les travaux anatomo-cliniques de ces dernières années ont permis de dégager, sur une base précise et solide, un premier groupe de faits très particuliers : les hallucinations visuelles liées à des lésions circonscrites portant sur le trajet des voies optiques. Celles-ci, semble-t-il, apparaissent tantôt au cours de l'atteinte de la partie terminale de ces voies optiques, c'est-à-dire du cortex occipital, tantôt, au contraire, elles sont liées à l'altération des radiations optiques sur une partie quelconque de leur trajet. A ce point de vue, les nombreuses observations anatomo-cliniques de Cushing et de ses élèves ont montré toute l'importance de l'atteinte du tractus optique à la partie profonde du lobe temporal dans la genèse d'hallucinations visuelles complexes, notamment au cours des tumeurs de cette région. Si les hallucinations visuelles d'origine occipitale ou temporale sont actuellement bien connues, il n'en est pas de même, semble-t-il, des hallucinations liées à l'atteinte des voies optiques périphériques, c'est-à-dire du tronc du nerf optique ou du globe oculaire lui-même.

Nous rapportons ci-dessous une observation, qui nous semble illustrer l'existence d'hallucinations visuelles d'origine oculaire, et qui nous permet de leur reconnaître certains caractères très particuliers sur lesquels nous désirons insister.

©BIUM

Il s'agit d'un malade âgé actuellement de 46 ans, professeur de langue vivante dans un collège, très instruit, et susceptible d'analyser finement son état. Cet homme resta relativement bien portant jusqu'à il y a 10 ans, date à laquelle apparurent très progressivement des *troubles oculaires et auriculaires :* d'une part, on nota le développement d'une kératite interstitielle gauche ; d'autre part l'acuité auditive baissa peu à peu, en même temps que le malade éprouvait des bourdonnements d'oreille. Toutefois, jusqu'en novembre 1925, l'œil droit restant tout à fait intact, le malade pouvait continuer à mener une existence normale, et à assurer son enseignement.

En décembre 1925, les troubles oculaires et auriculaires présentèrent une véritable poussée évolutive : très rapidement la vision baissa considérablement, l'œil droit étant pris à son tour, et étant atteint de kératite interstitielle. En une vingtaine de jours l'acuité visuelle devenait très réduite. Quant à l'acuité auditive, elle était presque nulle. C'est à la même date que se constituèrent les *hallucinations visuelles* suivies seulement onze mois après environ, d'hallucinations auditives.

Ces hallucinations visuelles restaient assez élémentaires; il s'agissait tout d'abord de vision de couleurs, suivant d'ailleurs un ordre très particulier; au début, c'était du rouge, puis beaucoup plus tard ce fut du bleu. Cependant la couleur rouge d'abord uniforme se transforma peu à peu, et s'associa à des aspects figurés : c'était des têtes à contours assez peu précis, en général des « têtes de messieurs, avec un faux-col » et presque toujours dans des cadres. Cela ressemblait à un tableau. Puis ce fut des bustes, et enfin des paysages (maisons avec la campagne autour, parfois aspect de château féodal avec pont-levis, etc...). Ces paysages étaient également encadrés, se projetaient sur le mur, et prenaient l'aspect de tableaux. Ils étaient très colorés, d'abord, surtout en rouge, puis ultérieurement en bleu. Ces visions n'ont jamais été unilatérales ; elles se projetaient en face du malade, sur le mur, ou sur les objets environnants, à des distances variables ; leurs dimensions étaient d'ailleurs proportionnelles à la distance qui les séparait de l'œil : elles paraissaient d'autant plus petites qu'elles étaient plus rapprochées. Mais, fait très particulier, elles suivaient *tous les mouvements de la tête du malade,* et restaient toujours dans le même axe par rapport à ses yeux.

Beaucoup de ces visions étaient agréables et jolies : le malade était émerveillé de la beauté et de la richesse des

©BIUM

couleurs. Il s'étonnait qu'il « pût les projeter, n'ayant jamais rien eu d'un peintre ». Cependant la vision de certaines têtes lui était pénible.

Par moments, les visions prenaient un caractère *lilliputien* : tantôt c'était des « tableautins », d'autres fois c'était de « jolies figurines » qui apparaissaient sur la nappe blanche. Elles étaient colorées en rouge et semblaient émerger d'une nappe d'eau. On aurait dit qu'elles se baignaient.

Mais le caractère véritablement très spécial de ces hallucinations visuelles, réside dans les *circonstances de leur production ;* si dans un certain nombre de cas elles apparaissent spontanément, dans d'autres cas elles sont nettement liées à des *conditions très particulières de lumière et d'éclairage* : c'est ainsi qu'elles sont provoquées par la vue d'objets brillants, notamment des objets en cuivre ; c'est pourquoi le malade avait fait enlever par sa femme tous les objets de cuivre de son appartement. Elles surviennent aussi plus facilement le soir à la lumière artificielle : la nappe blanche de la salle à manger, éclairée par le reflet de la suspension à gaz, constitue la condition optima pour l'apparition des figurines lilliputiennes ; celles-ci survenaient tous les soirs aussitôt que la table était desservie, et que la blancheur de la nappe n'était plus masquée par les couverts. Il y a donc lieu de souligner que ces hallucinations visuelles ne sont pas indépendantes des excitations extérieures, et que certaines conditions de lumière sont susceptibles de les provoquer. Le malade signale en outre qu'il lui semble que son attitude mentale ne soit pas indifférente à l'intensité et à la fréquence des visions de ces hallucinations : il croit qu'en « y prêtant attention » les visions sont plus fréquentes, et plus vives : « Je les subissais, dit-il, mais j'essayais de ne pas m'y « prêter, afin de ne pas m'éloigner du normal ».

L'apparition de ces phénomènes visuels laissèrent le malade fort perplexe, quant à leur interprétation. Il avait bien l'impression d'un phénomène « subjectif » ; c'était comme « s'il projetait tout cela » ; et d'un autre côté cependant il lui semblait qu'il y avait là quelque chose qu'il « subissait ». Il est donc probable, si l'on se tient à un interrogatoire impartial, et en serrant les faits d'aussi près que possible, que le malade avait vaguement l'impression d'une manifestation pathologique, qui d'ailleurs l'inquiétait un peu, car il redoutait, suivant ses propres paroles, « de s'éloigner du normal ». Toutefois, à d'autres moments, le malade se demandait s'il ne s'agissait pas de manifestations surnaturelles : il avait toujours eu de fortes

©BIUM

tendances mystiques. L'au-delà l'avait toujours fortement préoccupé. Il avait pratiqué de l'hypnotisme. Ne s'agissait-il pas d'une action mystérieuse ? Pendant plusieurs mois, il resta dans ce doute ; il alla même consulter plusieurs prêtres à ce sujet. Mais bientôt au mois de novembre 1926, c'est-à-dire près d'un an après le début des hallucinations visuelles, apparurent les *hallucinations auditives*.

Les *hallucinations auditives* sont survenues brusquement: « un matin, dit-il, au moment de me réveiller, j'ai commencé à entendre ma pensée par les oreilles. J'entendais répéter tout ce que je pensais » ; ce phénomène n'a duré d'ailleurs que peu de jours. Bientôt, il fut suivi de l'audition de chansons, de cantiques, d'airs connus. Il semble également que ces chants ne soient le plus souvent que l'écho de sa pensée intérieure : « je pense le chant, dit-il, les voix le donnent ; j'arrête, elles arrêtent ; il arrive alors que sans y penser elles reprennent ; c'est que j'ai eu tort de m'y complaire ». Bientôt, il entendit des paroles très nettes, des voix d'hommes, généralement multiples, formant comme un groupe. Ces voix l'injurient parfois ; d'autres fois elles lui donnent des ordres, ou bien elles cherchent à le tenter, à le « faire apostasier ». Notons toutefois qu'il n'a jamais présenté d'hallucinations psychiques, ni de sentiment d'influence. On ne devine nullement sa pensée, il en est parfaitement maître. Le phénomène se borne à des hallucinations auditives, et à l'écho de la pensée d'ailleurs transitoire.

Comme pour les hallucinations visuelles, le malade a, tout au moins dans une certaine mesure, la notion de la nature pathologique de ses troubles : « Je ne sais pas ce que c'est, dit-il, ou bien c'est un cas médical dû à la maladie de mes organes, ou bien ce serait une possession. » Il est resté dans le doute, et admet tout à tour ces deux explications.

En dehors des hallucinations visuelles et auditives, on ne trouve aucune autre hallucination ni olfactive, ni gustative, ni de la sensibilité générale.

En somme, depuis décembre 1925, le malade a présenté successivement des hallucinations visuelles, puis beaucoup plus récemment des hallucinations auditives, avec pendant longtemps une conscience partielle de leur nature pathologique.

Mais depuis un à deux mois, les réactions du malade se modifient nettement : il se montre anxieux, va sans cesse consulter des prêtres, demandant qu'on « l'exorcise, il est agité la nuit, dit à sa femme qu'il va être damné ». Il garde

©BIUM

pendant des heures des attitudes bizarres, se couchant par terre, les jambes écartées, d'autres fois restant immobile devant une glace, d'autres fois, le regard fixe comme en « extase ». Il s'inquiète sans cesse de son salut, craignant, dit-il, de ne pas avoir compris tous les « ordres ». Le Dr Mouzon nous amena une première fois à examiner ce malade, mais son état s'aggravant, on dut le placer à l'asile Ste-Anne le 20 décembre 1926, où il nous fut adressé par le Docteur de Clérambault.

Depuis son entrée, l'attitude du malade est très variable: tantôt il est calme, lucide, discutant parfaitement son état, et reconnaissant qu'il est malade. Tantôt au contraire, il paraît en proie à un état d'anxiété extrême, se levant, s'agitant, ayant même à plusieurs reprises fait quelques violences et brisé un carreau. Ces moments d'agitation semblent coïncider avec de *véritables poussées hallucinatoires :* l'attitude du malade est alors caractéristique ; les yeux fixes, semblant regarder quelque chose, il écoute manifestement avec une attention extrême. Il est impossible alors de converser avec lui. « Ne me parlez pas, nous dit-il, je suis en occupations actuelles. ». C'est vraisemblablement sous l'action d'hallucinations impératives que le malade se lève, et se livre parfois à certaines violences. Ces périodes d'agitation peuvent s'accompagner d'un véritable délire; certain jour il criait que sa femme était devenue aveugle, qu'on venait de le lui apprendre, qu'il allait poursuivre le coupable, etc...

Ces périodes d'agitation et de délire sont très courtes. Au bout d'un jour ou deux, le malade redevient très calme et lucide. Quand on l'interroge sur ce qui s'est passé, il dit qu'il était soumis à des « voix d'intensité croissante ». A la fin il était « dominé par elles ». « J'ai agi dans un moment de folie ». Il ne garde d'ailleurs qu'un souvenir extrêmement confus de ces périodes de paroxysmes hallucinatoires et délirants.

Telle est l'histoire de ce malade.

A l'examen mental, on constate une intégrité complète des fonctions intellectuelles, tout au moins dans les périodes de calme ; la mémoire est excellente, le malade se comporte comme un homme fort intelligent, et ne présente pas le moindre affaiblissement psychique. Quant au fond mental, il s'agit visiblement d'un malade à tendances légèrement paranoïaques : méfiant, très susceptible, un peu dissimulé, il a toujours présenté, nous dit sa femme, un caractère un peu anormal, ombrageux et intransigeant. Nous avons signalé déjà l'intensité de ses préoccupations mystiques.

©BIUM

A l'examen somatique, nous noterons :

1° Une certaine *dystrophie cranienne :* tête large, front très bombé, crâne de contours irréguliers.

2° L'examen neurologique est entièrement négatif : les réflexes sont normaux ; pas de tremblement, pas de troubles de la parole, etc... Rien à l'examen des autres appareils à l'exception de la vue et de l'ouïe.

3° L'examen des fonctions sensorielles donne les résultats suivants :

I. Examen oculaire, le 24 janvier 1927 (M. le docteur Dubar) :

Kératite interstitielle bilatérale, en évolution à gauche (vascularisation cornéenne, atteinte de l'épithélium). Irido-cyclite ancienne. Synéchies des pupilles. Les pupilles sont irrégulières et se dilatent mal et partiellement sous l'action de l'atropine.

Les yeux sont inéclairables. Myopie.

Acuité visuelle : O. Dr. 1/20 faible ; O. G. 1/10 faible.

Le malade paraît distinguer normalement les couleurs du spectre.

Les champs visuels sont normaux.

Les cornées présentent des taches diffuses ; la cornée gauche présente une vascularisation que le malade PEUT percevoir sous forme d'images très diffusées.

II. Examen de l'oreille (M. le docteur Aubry, le 27-1-1927) :

1° Audition
- voie chuchotée 0.
- voix haute gauche 0.
- — droite : très très peu.
- montre 0 des 2 côtés.
- diapason
  - voie aérienne
    - grave : 0.
    - aiguë (435) : à dr., 7".
    - à g., 3".
  - voie osseuse
    - 128 à peu près nul.
    - 435 —

Conclusion : audition par voie osseuse un peu conservée; audition par voie aérienne nulle.

2° Labyrinthe postérieur : pas de réaction à l'épreuve calorique ; pas de signe d'Hennebert.

Conclusion : appareil vestibulaire détruit.

3° Diagnostic : hérédo-spécificité auriculaire.

Ponction Lombaire : Tension 20, alb. 0,30, cellule 1. Wasserman et benjoin négatifs (Liquide entièrement normal).

©BIUM

Trois points nous paraissent devoir être soulignés tout particulièrement dans cette observation : la question des hallucinations visuelles et leur nature, les hallucinations auditives, et enfin le rapport de ces troubles psycho-sensoriels avec le délire.

Les *hallucinations visuelles* observées chez ce malade sont tout à fait particulières. Nous avons décrit précédemment leur contenu relativement élémentaire, leur aspect parfois lilliputien, mais nous désirons insister surtout sur l'évolution des phénomènes colorés, et, d'autre part, sur les conditions provocatrices de l'hallucination.

Nous avons vu qu'au début le malade voyait uniquement des couleurs rouges, ou des tableaux peints en rouge ; les têtes elles-mêmes ressemblaient, suivant sa propre expression, à des « visages de Peaux-Rouges » ; puis, plus tard, la couleur bleue se substitua complètement à la couleur rouge. Une telle évolution n'est peut-être pas fortuite. Il est remarquable, en effet, de voir qu'elle coïncide avec l'évolution de l'achromatopsie observée dans les atteintes du nerf optique, et notamment dans la névrite rétro-bulbaire ; on sait en effet que, dans cette affection, on observe d'abord une disparition de la vision du rouge, puis ultérieurement du bleu. Les recherches physiologiques concernant les sensations de couleur montrent d'ailleurs que celles-ci suivent une évolution phylogénique définie (1), les chromas jaune bleu précédant le vert et rouge ; la régression pathologique se fait en ordre inverse. Il est très possible que chez notre malade l'évolution de ces hallucinations colorées corresponde à des processus excitatifs précédant des processus destructifs.

Mais le caractère le plus important de ces hallucinations visuelles réside *dans leur rapport avec les conditions de lumière et d'éclairage* ; ces hallucinations sont en effet provoquées en partie par la vue

(1) Laddin Franklin. — Problème des sensations de couleur. *Année psychologique*, 1924, p. 12.

©BIUM

des objets brillants, particulièrement des objets de cuivre, et les hallucinations lilliputiennes ne se produisent que le soir, lorsque la nappe blanche de la salle à manger est éclairée par le reflet de la suspension à gaz. Il suffit de recouvrir cette nappe de divers objets, ou de l'enlever, pour faire disparaître les apparitions colorées. Ce caractère de *provocation par des causes physiques* des hallucinations visuelles nous paraît tout à fait spécial ; nous ne l'avons jamais observé auparavant, et nous ne l'avons pas trouvé signalé dans la littérature, même pas dans les quelques hallucinations d'origine oculaire rapportées par les ophtalmologistes.

Enfin, un dernier caractère de ces hallucinations, c'est leur déplacement avec la tête du malade. Que celui-ci tourne sa tête à droite ou à gauche, les hallucinations suivent très exactement le même mouvement et restent toujours, suivant l'expression même du malade, « dans le même axe par rapport à ses yeux ». Ce caractère de déplacement parallèle de l'hallucination avec les mouvements de la tête, sans être fréquent, n'est pas exceptionnel, et s'observe particulièrement dans les hallucinations unilatérales hémianopsiques que l'on constate dans les lésions localisées corticales, notamment occipitales. Nous l'avons observé également dans un cas d'hallucinations lilliputiennes au cours d'une tumeur de l'hypophyse.

Tout l'intérêt du syndrome hallucinatoire visuel dont nous venons de préciser les caractères, réside dans ses rapports avec l'atteinte oculaire. Nous avons vu l'évolution relativement parallèle de l'hallucination et des progrès de la kératite interstitielle. Le trouble psychosensoriel a été marqué au maximum lors du début de la poussée évolutive de la kératite ; actuellement il va en s'atténuant, des phénomènes destructifs succédant probablement aux phénomènes irritatifs. Il est d'ailleurs probable que les lésions oculaires ne se bornent pas à l'atteinte de la cornée ; la plupart des milieux de l'œil sont touchés ; le nerf optique lui-même est peut-être atteint, malheureusement l'opacité cornéenne

©BIUM

ne nous permet pas d'examiner le fond d'œil. — Notons par ailleurs que l'exploration du système nerveux de ce malade est entièrement négative ; la ponction lombaire donne un liquide tout à fait normal ; il semble donc bien, autant que nous permettent d'en juger les divers moyens cliniques dont nous disposons, qu'il s'agit chez ce malade d'une syphilis uniquement localisée aux organes des sens. L'examen de l'oreille qui montre les signes pathognomoniques de la syphilis labyrinthique héréditaire confirme ce diagnostic.

De telles hallucinations visuelles d'origine périphérique oculaire sont encore relativement peu connues. Certains auteurs les mettent en doute. Toutefois les faits rapportés par Uhthoff et Von Shrœder (1), puis plus récemment par Morax (2), et par Truc (3) nous paraissent devoir être rapprochés de notre observation. Dans les quelques cas rapportés par ces auteurs, il s'agit d'hallucinations souvent d'aspect fantasmagoriques, apparaissant au cours de troubles chorio-opto-rétiniens, et présentant souvent un remarquable parallélisme avec l'évolution des lésions oculaires. Il en est ainsi notamment dans une observation de Truc, où les apparitions visuelles, les « phantopsies », suivant l'expression de l'auteur, se produisaient à chaque poussée glaucomateuse.

Les auteurs que nous venons de citer, frappés de l'aspect figuré parfois assez complexe de ces hallucinations, discutent dans leur genèse la participation respective de l'atteinte oculaire, et du psychisme. La plupart éliminent l'origine psychique de telles manifestations. Dans notre cas en particulier, le rapport de l'hallucination avec les conditions d'éclairage, et avec certaines excitations visuelles définies, nous montre le rôle capital de l'atteinte oculaire. Celle-ci est peut-

(1) Uhthoff et von Shoeder. — *Soc. d'ophtalmol. d'Heidelberg*, 1908, p. 34.

(2) Morat. — Sur les hallucinations visuelles survenant au cours des altérations rétiniennes. *Progrès médical*, 14 décembre 1922.

(3) Truc. — Phantopsies on fantasmagories visuelles d'origine oculaire. *Annales d'oculistique*, septembre 1925.

©BIUM

être le point de départ, suivant l'hypothèse émise par Morax, d'une excitation transmise jusqu'aux centres corticaux. Quoi qu'il en soit des hypothèses, il y a lieu de retenir l'existence d'*hallucinations oculaires*, vraisemblablement d'origine périphérique, présentant *une séméiologie spéciale*, et qui méritent de prendre place à côté des hallucinations centrales, corticales, temporales et occipitales qui sont mieux connues, ainsi que des hallucinations au cours de l'hypertension intracranienne étudiées par l'un de nous (1).

Les hallucinations *auditives* ont été d'apparition beaucoup plus tardives. Elles coïncident également avec une syphilis héréditaire labyrinthique tout à fait caractéristique. La fréquence des hallucinations auditives chez les sourds est bien connue. Notons d'ailleurs que l'hallucination auditive et particulièrement l'hallucination verbale auditive est beaucoup plus rapidement intriquée avec le psychisme, et qu'elle s'accompagne beaucoup plus facilement de réactions délirantes. C'est ce que nous avons constaté chez notre malade. Tant que ses troubles restaient limités à la sphère visuelle, on ne notait chez lui que quelques interprétations assez vagues. Mais à la suite des phénomènes auditifs se sont constituées des idées délirantes, et des réactions anxieuses parfois violentes. Il y a lieu d'ailleurs de souligner qu'il ne s'agit pas chez notre malade d'un véritable délire hallucinatoire comparable à celui de la psychose hallucinatoire chronique, tout au moins à sa période d'état. L'élément délirant est actuellement incomplet, et ne survient que par poussées en rapport avec les poussées hallucinatoires. D'ailleurs le délire s'intègre peu dans la personnalité du sujet. Il est surtout le reflet des préoccupations créées par les excitations sensorielles. Notre malade est à rapprocher à ce point de vue de certains états délirants que l'on observe

(1) H. CLAUDE — Etat hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'hypertension intra-craniens. *Encéphale*, 1914, p. 57. — H. CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE. — Délire hallucinatoire et hypertension intra-cranienne. *Soc. de Psych.*, 18 février 1926.

©BIUM

au cours des lésions localisées du cerveau, et notamment des tumeurs cérébrales. Le délire en pareil cas reste au second plan, ne survenant qu'au moment des poussées évolutives paroxystiques de la lésion organique, qu'il s'agisse de poussées confusionnelles, ou d'hallucinations. Dans l'intervalle, le malade apparaît lucide, l'atteinte sensorielle étant d'ailleurs en pareil cas relativement partielle, limitée à un ou deux sens.

C'est pourquoi de tels faits, par leur simplicité relative, par le substratum organique qui leur donne une base d'étude précise, nous paraissent comporter un enseignement précieux avant d'aborder les problèmes plus complexes concernant les éléments constitutifs des psychoses.

Présentation du malade et Discussion

Le malade donne des explications sur la façon dont se présentaient ses hallucinations. Il n'a vu d'abord que du rouge, puis des tableaux apparaissant sur le mur : ils étaient encadrés de baguettes dorées, le dessin en était parfait, la coloration exclusivement rouge et noire. C'étaient toujours des paysages, mais ils variaient sans cesse et ne se représentaient jamais deux fois. Cela a duré environ quinze jours avec dix à vingt tableaux par jour. Il a vu ensuite des portraits qui le regardaient ; ils se déplaçaient suivant les mouvements de sa propre tête. Plus tard, ces portraits sont sortis des cadres. Plus tard encore, il a vu des quantités de petits personnages qui s'élevaient en dansant de la nappe placée sur la table et finissaient par emplir la pièce.

M. Arnaud lui fait préciser que jamais ces hallucinations ne se produisaient dans l'obscurité.

M. Delmas. — Que pensait le malade de ses hallucinations auditives ?

R. — Je me suis demandé si elles étaient dues à une intervention surnaturelle : j'ai eu à ce sujet des alternatives de doute et de conviction.

M. Legrain. — Les hallucinations représentaient-elles des choses déjà vues ?

©BIUM

R. — Jamais. C'étaient des choses toutes nouvelles.

M. MALLET. — Le malade donne l'impression de s'auto-suggestionner à l'occasion de troubles visuels : c'est un auto-suggestionné plutôt qu'un halluciné.

M. BARUK. — Les hallucinations n'ont aucun rapport avec les préoccupations antérieures. Elles ont, d'autre part, des caractères extrêmement précis. En outre, leur évolution est en concordance absolue avec les troubles lésionnels.

M. MALLET. — Peut-on le distraire de ses hallucinations ?

R. — Non. Il est absorbé et présente un état émotif manifeste.

M. TRÉNEL. — J'ai observé un cas analogue dans mon service. Il s'agissait d'un malade ayant un décollement de la rétine, qui voyait se dessiner des lettres. Je citerai également une très intéressante auto-observation du professeur Pic atteint également de décollement de la rétine et qui présentait des symptômes identiques.

M. BARUK. — On doit se demander si ces hallucinations sont d'origine psychique ou organique. Dans les cas de tumeur du lobe temporal, on leur trouve les mêmes caractères psychologiques, et pourtant elles sont de cause nettement organique. Le malade présenté a d'abord eu des hallucinations exclusivement colorées en noir et en rouge. Ce n'est que plus tard qu'il a vu du bleu. Cela correspond à ce que l'on sait de la marche des lésions anatomiques. Il faudrait donc conclure que ses hallucinations ont un point de départ organique.

La séance est levée à six heures et demie.

Les Secrétaires des Séances,

BUSSARD, GUIRAUD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Nouveau Traité de Médecine, par ROGER, WIDAL et TEISSIER, T. XIX, 1 vol., gr. in-8°, 1.016 p., 265 fig., 40 planches en noir, 6 en couleurs.

Le 19e volume de ce grand traité classique comprend la pathologie du cerveau et du cervelet. C'est une mise au point très complète, très contemporaine et richement illustrée de la pathologie cérébrale et cérébelleuse, rédigée par les spécialistes les plus compétents.

La sémiologie cérébrale est traitée d'après un plan ample et simple ; viennent d'abord les syndromes hémi : hémiplégie (Klippel et Monnier Vinard), hémianesthésie cérébrale (Roussy et Cornil), hémianopie (Velter et Weill). Les syndromes lobaires corticaux ont été rédigés par Lévy-Valensi : syndrome frontal moteur, syndrome frontal intellectuel, syndromes pariétaux, temporaux, occipitaux. Les syndromes sous-corticaux, par Klippel et Lhermitte, se présentent comme un intéressant sujet d'actualité. Les auteurs ont renoncé à nous donner un article schématique brillant et mnémotechnique, ils ont préféré, avec grande raison, épouser le plus possible la complexité des faits et ne pas dissimuler les nombreuses obscurités et incertitudes du sujet. Après une description du syndrome pallidal et des lésions en foyer du corps strié, suivant la conception de Hall, ils exposent en un chapitre les dégénérations hépato-striées qui comprennent : 1° la dégénérescence lenticulaire progressive de Wilson ; 2° la pseudo-sclérose de Westphall-Strümpell ; 3° la dystonie lenticulaire progressive ; puis viennent les syndromes parkinsonien, thalamique, l'athétose, etc.

©BIUM

La description des diverses affections cérébrales a été confiée à Marchand (traumatismes du cerveau déjà analysés dans ces *Annales*), à Comte (infections, troubles circulatoires, ramollissement, cerveau sénile). L'article de Roussy et Cornil sur les tumeurs cérébrales est spécialement intéressant. Les multiples formes histologiques de ces néoplasmes sont bien détaillées : tumeurs gliales diverses, tumeurs à cellules ganglionnaires, tumeurs des nerfs, méningoblastomes, etc.

La syphilis cérébrale a été décrite par Gougerot et la paralysie générale par Lépine, ce qui nous vaut deux articles qui maintiennent l'opposition classique entre la P. G. et la syphilis cérébrale. Pour Lépine, en particulier, le terrain est beaucoup plus important que le spirochète dans la pathogénie de la P. G. ; ce parasite serait attiré dans les centres nerveux par un chimiotactisme positif résultant de l'épuisement primitif des cellules nerveuses. Le traitement le plus efficace serait de développer les résistances et les réactions d'immunité, sans tenir compte de la syphilis antérieure.

Dans les encéphalopathies infantiles, Lévy-Valensi, après une importante contribution anatomo-pathologique, juxtapose, dans l'étude clinique, les formes neurologiques et les formes mentales.

La pathologie du cervelet par André Thomas occupe 200 pages avec schémas, figures, nombreuses reproductions de films. L'ouvrage est terminé par les syndromes labyrinthiques, œuvre de Hautant.

Ce 19e volume fait honneur à la collection Roger et Widal, à la fois par la rédaction, l'édition et l'iconographie.

P. GUIRAUD.

PSYCHOLOGIE

Dr Eug.-Bernard LEROY, **Les visions de demi-sommeil** (Hallucinations Hypnagogiques). Un vol. in-16 de XV-132 p. Paris, Alcan, 1926.

M. L. nous apporte, dans un livre très riche et vécu, tout ce qu'on pouvait dire actuellement sur les H. H., c'est-à-dire sur un des plus importants chapitres d'un sujet vaste et divers : l'hallucination.

L. rappelle d'abord les images consécutives et la complexité, la richesse, la beauté géométrique de certains phosphènes mécaniques. Il se rapproche de son sujet avec les Images entoptiques, lueurs indécises et variables, dues

©BIUM

peut-être à l'excitation circulatoire de la rétine, peut-être aussi à des restes d'images consécutives. — Il parvient ainsi aux H. H. et distingue :

— l'arabesque, d'une complexité illimitée et d'une géométrie parfaite ;

— des dessins plus ou moins compliqués et, surtout, limités, individualisés, mais encore sans équivalents réels ;

— des objets, des figures, des scènes.

La richesse de détails va de l'esquisse vaporeuse au trompe-l'œil le plus impressionnant et L. note très bien que la richesse de l'H. H. est d'ordinaire plus apparente que réelle. Peut-être les jugements de valeur, de beauté et d'intelligibilité dans l'état hypnagogique auraient-ils mérité davantage.

L'image ne remplit ordinairement pas le champ visuel, mais est isolée, dans le vide. Son orientation et sa localisation, tant par rapport à l'œil que par rapport à la chambre sont habituellement précises.

Sa durée ne paraît guère dépasser quelques secondes, mais les sujets parlent volontiers de une ou deux minutes.

Les H. H. apparaissent et disparaissent brusquement ; elles sont isolées les unes des autres, aucun lien logique, esthétique ou affectif ne les unit entre elles ; elles sont enfin absolument indépendantes du cours de la pensée, et si L. cite volontiers M. Janet, il évite avec soin toute utilisation de l'inconscient. Il aurait pu dire que les H. H. paraissent non seulement indépendantes du cours de la pensée normale, mais de la rêverie, du mentisme, de la fuite d'idées qui caractérise certains états hypnagogiques.

L'isolement de l'H. H. peut cependant s'atténuer : l'image peut reproduire un spectacle réel antérieurement perçu ; il peut se former une série d'images, la relation qui les unit restant toute plastique, indépendante du sens de chaque terme de la série ; une image peut être la traduction optique soudaine de l'idée ou du mot actuellement pensés.

Devant les H. H., l'attitude mentale de l'adulte normal est celle de la passivité parfaite et de la curiosité amusée, étonnée, admirative ; c'est une attitude spectaculaire, sans autre participation active de la part du sujet que l'attention.

L. dit ce qu'il faut des H. H. auditives, à ne pas confondre avec les obsessions auditives. Quant aux autres sens, il relève cette remarque de Maury : les sensations du goût, les plus difficiles à évoquer volontairement, sont celles qui reparaissent le plus facilement de façon spontanée.

©BIUM

L'H. H. et le Rêve. — Les différences paraissent capitales: dans l'état hypnagogique, on est franchement éveillé, tandis qu'on ne rêve qu'à condition d'être endormi ; — l'H. H. est un tableau isolé, une vignette, tandis que le rêve est un drame ; — dans l'H. H., on est au spectacle, dans le rêve, on vit une aventure personnelle.

Cependant, ajoute L., l'H. H. est la monnaie, l'élément, la trame du rêve ; — il y a des H. H. complexes et des rêves simples ; — il y a des rêves spectaculaires et des H. H. où le sujet a le sentiment de jouer un rôle ; — il y a enfin continuité, passage dans les deux sens, d'un syndrome à l'autre.

L'H. H. et la rêverie. — La rêverie hallucinatoire est en relation étroite avec le cours de la pensée, tandis que les H. H. surgissent sans relation saisissable avec les idées actuelles, passées ou prochaines.

L'H. H. et l'hallucination. — 1. Dans l'H. H., il n'y a pas de croyance en la présence actuelle d'un objet extérieur réel. — 2. L'H. H. ne ressemble que jusqu'à un certain point à l'objet. — 3. Il y a souvent, dans l'H. H., une contradiction interne, bien vue par le sujet : il perçoit et lit à la fois le recto et le verso d'une lettre. M. L. croit que ces contradictions sont fréquentes dans les représentations visuelles de la vie ordinaire. — 4. Les H. H. ne sont guère visibles que dans l'obscurité, les yeux fermés, tandis que l'hallucination se montre en combinaison avec les objets du monde extérieur réel. — 5. L'hall. enfin conduit à l'acte et on n'observe que rarement des hall. spectaculaires.

On voit que ce chapitre implique une conception assez restrictive de l'hallucination. On aurait plaisir à la voir détaillée.

L'H. H. et la Rétine. — L'H. H. a-t-elle une origine périphérique, a-t-elle pour substratum une impression rétinienne, d'origine circulatoire par exemple ? *a*) Images entoptiques et H. H. se manifestent dans les mêmes conditions. — *b*) De simples taches entoptiques s'élèvent à l'état d'H. H. et des H. H. se dégradent en images entoptiques. — *c*) Purkinje aurait réussi à modifier ses H. H. par pression du globe. — *d*) Delage aurait constaté que ses H. H. suivaient les mouvements de ses yeux. Ici, L. note que si une image rebelle aux mouvements des yeux et que ceux-ci retrouvent à sa place, n'est pas rétinienne, une image qui suit le regard et que celui-ci retrouve partout *est* ou *n'est pas* rétinienne. La remarque de Delage n'en est pas moins importante, pour qui sait *comment* les images rétiniennes

©BIUM

se déplacent avec les yeux et que leur caractéristique est moins d'en suivre les mouvements que de ne pouvoir être fixées et parcourues.

H. H. et Représentations. — La R., dit L., est essentiellement un phénomène que je peux modifier à mon gré ; le rôle de la volonté la caractérise et la différencie nettement. L'H. H., par contre, exige passivité, détente, automatisme.

Cela dit, M. L. relève que la volonté permet d'acquérir cet art de la détente et qu'il n'est pas impossible à des sujets entraînés d'obtenir des H. H. en rapport avec leurs préoccupations ; il souligne enfin qu'on est attentif à ses H. H., et j'ai constaté qu'il faut parfois une attention très avertie pour les percevoir. Dès lors, comme je ne crois pas que M. L. veuille absolument que les R. soient les sujets passifs de la Volonté, sa différence est-elle plus que de degré ?

Je n'ai pas trouvé le chapitre que j'attendais sur les *H. H. et la Perception.*

Dans sa conclusion, L. revient sur l'attitude spectaculaire, désintéressée, de l'esprit devant les H. H., et leur isolement dans la vie mentale. J'aurais aimé que son parti-pris de rester sur le terrain des faits ne l'empêchât pas d'être plus explicite sur cette illumination, dans certains états mentaux, de plans de l'esprit ordinairement invisibles et vides, le sujet pouvant fort bien sentir coexister, parallèles, 1° le cours normal de ses idées et images, 2° un courant ou une fuite d'idées tenant de la confusion et de la manie, 3° des H. H.

Il y avait là matière à d'abondantes considérations, sur la libération fonctionnelle par exemple ; mais je ne peux qu'approuver la prudence de M. L., il n'a pas oublié les leçons de notre tant regretté maître Chaslin.

QUERCY.

©BIUM

Les Psychoses chez les Races malaises

Le Dr F.-G.-H. van Loon, professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Ecole de Médecine de Batavia, a fait à Paris, le 16 janvier 1927, sous les auspices de l'Institut International d'Anthropologie, une Conférence sur l'Amok et le Latah. Il a bien voulu faire aussi, à l'Infirmerie spéciale des Aliénés près la P. P., une Conférence sur les Maladies Mentales aux Indes Néerlandaises, considérées principalement dans leurs rapports avec la mentalité indigène.

Selon le Dr v. L. les différences raciales entraîneraient réellement des formes psychotiques spéciales. Trois traits dominants de la mentalité malaise seraient l'hyperémotivité, l'hypersuggestibilité, la cessation rapide des effets d'une pensée donnée.

L'impassibilité de la race malaise est une légende. Le masque est peu mobile, mais la vraie mesure des émotions est donnée par les réactions de tout ordre dans le domaine du sympathique (changement de couleur, sueurs, etc., etc.). Le Malais est dépourvu de résistance, particulièrement contre l'émotion soudaine ; « il perd la tête pour peu de chose ».

Peu actif, très émotif, vivant au jour le jour, il ne possède que faiblement le fonctionnement secondaire de la pensée ; une idée sortie de la conscience perd rapidement toute influence. De là, sans doute, la rareté des mélancolies; les mélancolies s'observent surtout chez les sujets à sang mêlé ; toutefois, on observe fréquemment une forme exacerbée de l'ennui qui pousse le sujet à changer de tout (*sic*), abandonnant son foyer et sa famille pour se refaire ailleurs, et de suite, une nouvelle vie aussi complète. — De là aussi, sans doute, la rareté des formes paranoïaques (quérulance, interprétation) ; celles-ci s'observent presque exclusivement chez les indo-européens ; des haines à longue portée

©BIUM

sont constatées de temps à autre, spécialement à la suite d'humiliations subies. Dans les délires hallucinatoires généralement l'ennemi évoqué est un être fantastique, le tigre.

La tendance à l'imitation est naturelle chez le Malais ; il pense peu et se soumet à la pensée d'autrui dès que celle-ci l'affecte fortement. Sa crédulité fait de lui une proie facile pour certaines propagandes à thèmes sociaux : mais son manque de ténacité rend ses révoltes peu redoutables.

La confusion hallucinatoire est la forme psychotique la plus répandue. Elle apparaît à l'occasion de toutes les infections (paludisme, pneumonie, dysenterie, etc.) et souvent pour cause toute psychique (peur). Les confusions présentent souvent une apparence de manie qu'un examen attentif ou prolongé dément. Ce sont ces confusions banales qui fournissent la majorité des cas d'Amok.

De nombreux cas de dépression sont de cause syphilitique ; toutefois la P. G. ne se montre presque jamais chez les Malais ; peut-être est-elle enrayée chez eux par le paludisme. Par contre, la P. G. est fréquente chez les Chinois. La D. P. est très fréquente chez les Malais et donne lieu parfois à l'Amok. Pas d'alcoolisme jusqu'ici.

Une fois à l'asile le Malais reste remarquablement tranquille et silencieux : ce en quoi il contraste avec l'Européen. Autre différence encore : la sitiophobie est très rare chez l'aliéné malais ; même les plus mornes s'approchent de la distribution à l'heure du repas.

Pour le Dr v. L. la psychose appelée Amok n'est pas une forme de l'Epilepsie Psychique. Chez les Malais, l'Epilepsie Psychique garde des formes reconnaissables et n'aboutit presque jamais aux réactions du genre Amok. L'Amok, bien que violemment impulsif et bien que suivi d'une amnésie totale ou subtotale, semble s'accompagner d'une conscience plus étendue que celle de l'épileptique en état second, et comporter un état affectif différent : le sujet n'est pas agressif primitivement mais secondairement ; quand il attaque, il croit se défendre, il est anxieux et non furieux, ni encore moins anidéique ; le plus souvent, il croit se défendre contre le tigre ; après retour à l'état lucide, si le sujet n'est pas totalement amnésique, il peut définir les images qui le guidaient ou tout au moins affirmer son état anxieux.

Le sujet qui « court Amok » n'est pas aveuglément fermé aux impressions externes, même d'ordre moral : le sang-froid du médecin et des infirmiers lui en imposent. La terreur qu'il inspire aux indigènes (fuites éperdues, signalisation par xylophones, droit de mise à mort), est quel-

©BIUM

que peu exagérée, justifiée cependant en partie par la facilité qu'a le malade en pays malais à se saisir d'une arme blanche. Des sentinelles ont pu faire usage du fusil. Parfois le fanatisme local a pris physionomie d'Amok (exemples en pays Atché), sans être pour cela de l'Amok (meurtres de fonctionnaires européens).

Parfois les attaques d'Amok récidivent après 2 ou 3 jours de calme ; généralement alors l'intensité du délire et la violence vont diminuant : le sujet ne frappe plus qu'avec le poing ou n'attaque que des animaux. — Jadis, la crainte des récidives a causé des séquestrations indéfinies, à la suite d'un accès unique qui avait pu n'être que paludique.

Fréquemment, le sujet en état d'Amok réagit par le suicide, et les accès consécutifs montrent tous la même tendance au suicide.

L'Amok n'est, selon le Dr v. L., pas autre chose qu'une confusion hallucinatoire et anxieuse, ayant pour origine une infection telle que syphilis, grippe, typhoïde ou malaria: souvent un peu de quinine jugule l'accès. Parfois cette confusion serait sur base de D. P., parfois elle serait psychogène (terreur). — Toute cette étiologie est en opposition avec celle admise jusqu'ici par la majorité ou la totalité des auteurs, et notamment par le Prof. Kræpelin (1903) qui fait de l'épilepsie la cause de la plupart des cas et surtout des cas maximums.

Au sujet du Latah également, le Dr v. L. est en opposition avec les idées reçues : il sépare cette psychose de l'hystérie, la jugeant propre à la race malaise. Comme l'hystérie, elle prédomine dans le sexe féminin (plus de 80 0/0), mais contrairement à l'hystérie elle s'observerait surtout aux âges avancés : les femmes atteintes sont de vieilles servantes, dociles, ponctuelles, souvent réputées pour habiles dans leurs fonctions. L'échopraxie et l'écholalie sont provoquées au début et réveillées dans la suite soit par une émotion (peur ou honte), soit, le plus souvent, par la seule vue ou audition. Parfois le début de l'accès se fait avec des cris et une coprolalie de courte durée ; puis de suite commence l'imitation. Elle a lieu sans hésitation, au moins pour la plupart des actes. Parfois l'effroi initial est suivi d'euphorie avec expression de richesse, ou mieux de désirs de richesse. Jamais d'amnésie consécutive.

Le Latah, quand il apparaît chez des femmes jeunes, semble à l'auteur devoir reconnaître pour origine des mécanismes freudiens (refoulement, rêves, etc.) ; il comporterait d'ailleurs fort peu de transpositions. Pour la majorité des cas (femmes âgées), l'auteur fait remarquer qu'il s'agit de

©BIUM

mentalités passives, dépourvues depuis très longtemps d'initiative et de réflexion, plus aptes que d'autres, par conséquent, non seulement à la suggestibilité, mais à l'imitation automatique.

Exposés faits en un français facile, toujours précis, qui a valu au conférencier un vif succès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 Janvier 1927

Présidence de M. LEROY, président

Psychose gémellaire homologue et homochrone, par MM. A. MARIE et VALENCE. — Les deux sœurs atteintes à 68 ans de déchéance démentielle sénile furent l'une internée à Ste-Anne, l'autre hospitalisée à Nanterre. La malade internée fut prise pour sa sœur vu la ressemblance et l'identité des troubles mentaux.

Troubles mentaux par électrocution chez un éthylique, par MM. A. MARIE et VALENCE. — Le sujet, électrocuté en travaillant à l'électrification du P.-O., tombe sur la voie et présente un enfoncement de la table externe occipitale. Trois mois après, il reprend son travail, mais au 5e mois après l'accident, il présente des troubles mentaux, est interné et on constate des signes d'éthylisme. Les troubles mentaux sont-ils dus au traumatisme ?

Manie atypique et prolongée. Délire palingnostique avec métabolisme de la personnalité, par MM. BUVAT et VILLEY-DESMESERETS. — Désordre des actes et de la conduite fait d'excitation et de dépression avec tendances aux stéréotypies. Crises paroxystiques d'irritabilité et de mélancolie. Délire polymorphe de caractère imaginatif avec idées prévalentes de jalousie et de grandeur ; retour progressif après 12 ans vers un état d'adaptation sociale et séquelles délirantes sous forme de délire palingnostique avec changements de personnalité. Ce cas apparaît comme une crise de manie-mélancolie atypique et prolongée. Peut-être pourrait-on le

©BIUM

concevoir comme forme de passage entre la psychose maniaque dépressive et la démence précoce.

Syphilis cérébrale ou alcoolisme avec aortite syphilitique, par MM. PACTET, GUIRAUD et SZUMLANSKI. — Il s'agit d'un malade de 43 ans éthylique chronique interné pour délire polymorphe avec hallucinations auditives, idées délirantes de jalousie, de persécution et de grandeur. La réaction de W. est positive. Les lésions cérébrales consistent en épaississement pie-mérien accentué sans infiltration, atrophie cellulaire, hypertrophie de la microglie. Il est difficile de faire la part de l'alcoolisme et de la syphilis dans ces lésions. L'aorte est manifestement syphilitique avec nodules et gommes ; les spirochètes sont assez nombreux dans les zones nécrosées.

Méningoblastome avec épilepsie sénile, par M. MASQUIN. — La malade présente, depuis l'âge de 56 ans, des crises d'épilepsie convulsive. L'apparition d'une éruption syphiliforme, la notion d'une polymortalité infantile engagent à appliquer un traitement spécifique. A 69 ans, apparition d'une hémiparésie gauche et d'un ictère considérés comme phénomènes de réactivation ; B.-W. négatif. Hyperalbuminose sans lymphocytose. A 70 ans, période d'excitation avec délire onirique, coma avec hyperthermie. A l'autopsie : tumeur de la dure-mère du volume d'une grosse noix s'étant formé une loge entre le lobe frontal et temporal droit. L'examen histologique pratiqué par M. Marchand montre un méningoblastome à forme épithéliale avec nombreux calco-sphérites.

L'intérêt du cas réside en la forme idiopathique des crises épileptiques et en l'absence des signes cliniques de tumeur cérébrale, sauf la dissociation albumino-cytologique constatée à une époque tardive.

Tumeur cérébrale méconnue ayant donné lieu à réaction médico-légale, par MM. TRÉNEL et VALENCE. — Femme arrêtée pour vagabondage. Reconnue aliénée, elle meurt subitement à son arrivée à l'asile. A l'autopsie, on trouve une tumeur de la dure-mère ayant envahi l'écorce au niveau du pied de la troisième frontale. L'intérêt du cas réside dans le fait que la malade n'a présenté de troubles mentaux graves qu'à une période avancée de la maladie, et que son vagabondage (sans doute fugue ou errance confusionnelle) a provoqué une mesure judiciaire.

L. MARCHAND.

©BIUM

Société de Psychiatrie

Séance du 20 janvier 1927

Sédimentation globulaire au cours de la psychose maniaque-dépressive. — MM. LÉVY-VALENSI, MONTASSUT, LAMACHE, DAUSSY signalent l'accélération de la vitesse de sédimentation au cours de la dépression mélancolique (de 20 à 30 mm. heure à l'appareil Balachowitz). Les maniaques et les états mixtes sédimentent au contraire lentement (4 à 12). Dans deux cas, l'amélioration clinique s'est accompagnée du retour à la normale de la vitesse de sédimentation (6 à 15).

Idées de négation avec troubles cénesthésiques. — MM. LÉVY-VALENSI, LARGEAU, G. MARIE présentent une malade atteinte de troubles multiples des sensations internes, soit sensations anormales de brûlures, de déformations, soit sensations de vide intérieur, de disparition de la vie à l'intérieur des membres et des viscères. Ces derniers troubles entraînent un syndrome de négation qui pourra devenir un syndrome de Cotard lorsque le malade cessera de faire la critique de ses sensations. Le point de départ de ces idées de négation réside manifestement dans ces sensations cénesthésiques anormales, car il n'existe aucun trouble neurologique.

Pour MM. Arnaud et Dumas, les troubles cénesthésiques ne peuvent être mis en évidence et ne suffisent pas à expliquer les idées de négation.

MM. Tinel, Delmas, Ceillier admettent au contraire le rôle primordial des troubles cénesthésiques.

Manifestations pseudo-hallucinatoires de l'inconscient. Création imaginative de défense compensatrice. — M. CÉNAC présente un alcoolique chronique délirant de longue date avec paroxysmes anxieux. Les interprétations délirantes ont constitué pendant 8 ans à elles seules le tableau clinique, puis ont apparu des pseudo-hallucinations (allusions à des tendances sexuelles perverses : bestialité, inceste). Le malade a créé un système de défense, le « stigmoff », qui lui permet de différencier les rougeurs de la face provoquées par ces allusions d'ordre hallucinatoire, d'autres rougeurs révélatrices que pourrait présenter un sujet ayant réellement commis des actes de perversion sexuelle.

©BIUM

Recherches sur le pouls cérébral. — MM. DUMAS et TINEL ont étudié, chez des trépanés, les modifications du pouls cérébral consécutivement à des chocs émotifs. Les réactions du cerveau sont les mêmes que celles des autres organes. Le cerveau ne réagit pas davantage par la vaso-dilatation ou la vaso-constriction aux émotions que n'importe quel viscère. Ces expériences contredisent celles de Mosso.

Psychose hallucinatoire d'involution. — Pour M. DELMAS, ses caractères seraient le début dans la vieillesse, l'absence d'antécédents psychopathiques, des symptômes d'artériosclérose, d'hypertension, d'insuffisance hépato-rénale, une séméiologie surtout auditive, l'apparence pseudo-onirique avec prépondérance vespérale et anxiété. Enfin l'absence d'affaiblissement intellectuel.

Schizophrénie avec accès hallucinatoires aigus. — MM. DUPOUY, CLERC, MALE présentent une malade ayant eu quatre accès intermittents d'automatisme mental, avec hallucinations et agitation atypique, symptomatiques d'une schizophrénie dont l'évolution progressive est coupée d'intervalles lucides, mais où se révèle la constitution schizoïde, de plus en plus prononcée après chaque accès.

Troubles urinaires et psychopathies. — M. CHATAGNOU relève la fréquence des phénomènes de rétention aiguë d'urine au cours de la confusion mentale et montre l'intérêt qu'il y a à la rechercher et à la traiter, soit par le cathétérisme, soit par la pilocarpine.

André CEILLIER.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 31 mai 1926

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'Assemblée générale s'est tenue à 15 heures, 12, rue de Seine.

S'étaient fait excuser : MM. Brissot, Ducosté, Euzière, Farez, Monestier, Olivier, Pagès, Prince, Schützenberger, Védié.

Le Président donne la parole au secrétaire M. Guiraud.

M. Guiraud. — Messieurs, nous avons à regretter cette année la perte de deux membres de notre Association : G. Boiteux et Albert Deschamps.

G. Boiteux est décédé le 23 décembre 1925, victime d'un tragique accident de chemin de fer. Il était médecin honoraire des Asiles depuis 1923, date de sa retraite. Boiteux avait débuté dans la profession comme interne à l'Asile de Marseille, puis comme médecin-adjoint à Clermont de l'Oise en 1887. Pendant près de quarante ans il était resté médecin à l'Asile de Clermont où il laisse d'unanimes regrets. Très dévoué à ses malades et à son service il était laborieux, modeste et bon. En 1914 il eut le devoir pénible de prendre la direction administrative de l'Asile pendant l'invasion allemande ; il réussit à accomplir ce devoir avec une ferme dignité et un tranquille courage.

Albert Deschamps, créateur et directeur de la maison de santé de la Terrasse, à Chamalières, est décédé subitement, le 1er juin 1925, à l'âge de 62 ans. Sa personnalité accentuée et originale restait trop peu connue parmi nous. Ses connaissances en médecine mentale n'étaient pas le résultat d'un travail livresque ou de doctrines acceptées

©BIUM

passivement. Alors qu'il pratiquait la médecine générale à Riom, Deschamps subit un grave traumatisme crânien avec complications nerveuses. A la suite de cette maladie il resta près de dix ans isolé dans un hameau, presque cloîtré dans sa chambre. Il y travaillait absolument seul, surtout par l'autoanalyse et la réflexion, ce qui le conduisit à une conception très personnelle des nevroses et des psychoses, conception dynamique et affective. S'attachant à l'observation de chaque cas particulier, il comprenait les psychopathes plus par sympathie que par schémas. C'est ce qui a fait son succès et lui a valu l'affectueuse estime de ses malades et de ses collègues. Albert Deschamps a produit une œuvre scientifique importante. Ses ouvrages principaux sont : les *Maladies de l'Energie*, les *Maladies de l'esprit et les Asthénies*, plus récemment *La fonction énergétique et les fonctions psychiques*, et enfin *Les noyaux gris centraux et la Psychopathologie affective*.

Comme chaque année nous avons le plaisir d'enregistrer de nouvelles adhésions grâce à l'activité de notre sympathique vice-président, M. Semelaigne. Nous sommes heureux d'accueillir cordialement M. Le Savoureux comme membre fondateur et, comme membres sociétaires, Mme Alice Sollier, MM. Abély (Paul), Fromenty, Guilherm, Jalenques, Le Maux, Minkowski, Morat, Naudascher, Porc'her, Reboul-Lachaux (Jean), Régis (André), Revertegat, Spitz.

Le président donne la parole à M. Dupain, trésorier.

M. Dupain, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1925.

Recettes de l'année 1925

Encaisse en numéraire du Trésorier au 1er janvier 1925	746 67
Subvention du Conseil général de la Seine	500 »
Souscriptions d'asiles	2.543 70
Cotisations des membres de l'Association	1.850 »
Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier, au 1er janvier 1925	4.511 16
Revenus des titres et rentes en dépôt au Crédit Foncier	6.574 45
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier	16 51
Remboursements de bons de la Défense	12.000 »
Total	28.742 49

©BIUM

Dépenses de l'année 1925

Secours distribués	9.500 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	207 35
Souscription à des bons de la Défense et achat de 160 fr. de rente 4 0/0 or	9.909 24
Frais de garde et autres au Crédit Foncier	79 95
Total	19.696 54
Recettes	28.742 49
Dépenses	19.696 54
Excédent des recettes	9.045 95

Cet excédent de recettes est représenté par :

1° Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1926	5.462 93
2° Solde créditeur au Compte des Chèques postaux	2.789 70
3° Encaisse du Trésorier au 1er janvier 1926	793 32
Total	9.045 95

Détail du Compte du Crédit Foncier

Recettes

Solde créditeur au 1er janvier 1925	4.511 16
Revenus des rentes et titres en dépôt	6.574 45
Remboursements de bons de la Défense	12.000 »
Intérêts des fonds en dépôt	16 51
Total	23.102 12

Dépenses

Retraits par chèques	7.650 »
Souscriptions à des bons de la Défense et achat de 160 fr. de rentes 4 0/0 or	9.909 24
Frais de garde et autres	79 95
	17.639 19
Recettes	23.102 12
Dépenses	17.639 19
Excédent des recettes	5.462 93

©BIUM

Cet excédent de recettes représente le solde créditeur au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier à la date du 1er janvier 1926.

Détail du Compte du Trésorier

Recettes

Encaisse en numéraire au 1er janvier 1925	746 67
Subvention du Conseil général de la Seine	500 »
Souscriptions d'asiles	2.543 70
Cotisations des membres de l'Association	1.850 »
Retraits du Compte Courant de Crédit Foncier (chèques)	7.650 »
Total	13.290 37

Dépenses

Secours distribués	9.500 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	207 35
Total	9.707 35

Recettes	13.290 37
Dépenses	9.707 35
Excédent des recettes au 1er janvier 1926..	3.583 02

Cette somme est représentée par :

Solde créditeur du Compte Courant des chèques postaux	2.789 70
Encaisse en numéraire	793 32
Total	3.583 02

Avoir de l'Association au 1er janvier 1926

Encaisse en numéraire du Trésorier	793 32
Solde créditeur du Compte Courant des chèques postaux	2.789 70
Solde créditeur du Compte Courant du Crédit Foncier	5 462 93

4.660 fr. de rente française 3 0/0.
340 fr. de rente française 5 0/0.
360 fr. de rente française 6 0/0.

©BIUM

100 fr. de rente, 2 bons décennaux 5 0/0 1924.
160 fr. de rente 4 0/0 or 1925.
20 obligations Ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.
48 obligations Ch. de fer Midi anciennes 3 0/0.
38 obligations Ch. de fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0.
34 obligations Ch. de fer P.-L.-M. nouvelles 3 0/0.

Budget de 1926

Prévision des recettes :

Cotisations	2.200 »
Souscription d'asiles	2.000 »
Subvention du Conseil général de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	7.000 »
	11.700 »

Prévision des dépenses :

Secours à distribuer	11.400 »
Frais de Trésorerie	300 »
Balance	11.700 »

Les comptes sont vérifiés et des félicitations sont votées au trésorier.

Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs sont expirés.

Il y a de nombreux votes par correspondance.

Sont élus : MM. Dupain, Olivier (de Blois), Rayneau, Semelaigne, Vurpas.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Truelle et Usse, dont les pouvoirs expirent en 1927.

MM. Briand, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux, dont les pouvoirs expirent en 1928.

MM. Dupain, Olivier (de Blois), Rayneau, Semelaigne, Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1929.

La séance est levée à 16 heures.

⁂

Après l'Assemblée générale le Conseil se réunit, conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du Bureau.

©BIUM

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.
Vice-Président, M. SEMELAIGNE.
Secrétaire, M. GUIRAUD.
Trésorier, M. DUPAIN.

⁂

LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Le Savoureux, Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne, Tarrius, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély (P), Abély X., Adam (A.), Adam (E.), Adam (F.), Alaize, Abbès, Ameline, Allamagny, Anglade, Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin, Bécue, Benon, Bessière, Bessière (R.), Billet, Borel, Boutet, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bouilhet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus, Capgras, Carrier (H.), Castin, Ceillier, Charpenel, Charpentier (R.), Charpentier (J.), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin, Collet, Collin, Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas (P.), Demay, Deron, Desruelles, Devaux, Devay, Deswarte, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

Eissen, Euzière.

Farez, Fassou, Fauvel, Fenayrou, Fouque, Frankhauser, Frey, Fromenty.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guichard, Guiard, Guilherm, Guiraud.

Halberstadt, Hamel (J.), Hamel (M.), Hesnard, Heuyer.

Jacquin, Jalenques, Janet, Journiac.

Kahn.

Lachaux, Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne, Latapie, Latreille, Lautier, Lauzier, Legrain,

©BIUM

Le Maux, Lépine, Lerat, Leroy, Le Roy des Barres, Levet, Lévy-Valensi, Leyritz, Livet, Logre, Loup, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilatre, Mallet, Marchand, Marie, Martimor, Maupaté, Mercier, Merland, Mézie, Mignard, Mighot, Minkowski, Monestier, Morat.

Nageotte, Naudascher, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pagès, Pain, Paris, Parant, Pasturel, Pélissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pochon, Porc'her, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Raffegeau, Raviart, Raynier, Reboul-Lachaux (J.), Reddon, Renaux, Régis, Revault d'Allonnes, Revertegat, Riche, Ricoux, Rist, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Santenoise (D.), Schützenberger, Séglas, Senges, Sérieux, Simon, Sizaret, Slizewicz, Sollier, Sollier (A.), Spitz, Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védié, Vernet, Viel, Vieux, Vignaud, Vinchon, Violet, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membres fondateurs	20
Membres sociétaires	227
Total	247

©BIUM

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Le Dr Marcel Briand

Le 2 février 1927, Marcel Briand, médecin en chef honoraire du service de l'admission à l'asile Clinique (Ste-Anne), s'est éteint après une longue et douloureuse maladie. Les *Annales* publieront une étude sur l'œuvre scientifique considérable qu'il a laissée. Ses élèves, ses amis et tous ses collègues conserveront le souvenir ému de cet homme charmant, chez lequel une politesse exquise s'alliait à la plus grande bienveillance et à un courage qui ne s'est jamais démenti.

L'inhumation a eu lieu, le 5 février, au Père-Lachaise, où les discours suivants ont été prononcés :

M. le Médecin-Inspecteur Dopter, directeur de l'Ecole d'Application du service de santé du Val-de-Grâce a fait lire le discours suivant :

Mesdames, Messieurs, la fin prématurée du Dr Marcel Briand plonge le Val-de-Grâce dans une désolation légitime. C'est au nom de cette vieille maison à laquelle il était attaché et qu'il aimait, que je viens, non sans un serrement de cœur, lui adresser un suprême adieu ; c'est également un devoir personnel, parce qu'il était pour moi un ami dont j'ai éprouvé maintes fois la grande bonté et la sincérité des sentiments.

Le Dr Marcel Briand pouvait se considérer comme appartenant au Val-de-Grâce, et nous en étions fiers. C'est vous dire l'immense perte que nous cause sa disparition.

Il était avec nous aux heures difficiles de la guerre et il avait voulu rester des nôtres jusqu'à ses derniers moments.

Entre tous les titres qu'il avait acquis par ses beaux travaux scientifiques et par son inlassable activité sociable, il tenait particulièrement à celui de médecin principal de 1re Classe honoraire qui avait sanctionné son infatigable dévouement dans les rangs du service de santé de l'Armée.

Dès le début de la guerre, il avait tenu à nous apporter

©BIUM

spontanément son précieux concours et avait créé et organisé au Val-de-Grâce, en l'absence des médecins militaires appelés aux Armées, le service central de Psychiatrie du Gouvernement militaire de Paris dont il était resté le chef éminent.

Il avait su grouper autour de lui les maîtres les plus appréciés de la Psychiatrie française qui lui apportèrent tous, dans leur collaboration, une confiante estime et un affectueux dévouement. Le talent artistique de l'un d'eux nous a permis de conserver dans une très belle eau-forte son image entourée de celles des professeurs Dupré et Dumas, des docteurs Maurice de Fleury, Roubinovitch, Fillassier et Livet, autant de noms qui évoquent la laborieuse tâche accomplie pendant les rudes années de la guerre dans ce service du Val-de-Grâce installé là-haut sous les toits du Monastère d'Anne d'Autriche, si pauvre dans ses locaux, mais si riche aujourd'hui par sa documentation clinique.

Dans les archives de ce service, patiemment classées par ses soins, on ne compte pas moins de 25.000 observations de psychoses de guerre et bien des travaux importants en sont sortis que je ne puis rappeler ici. Il donnait à cette œuvre le meilleur de son temps, tout son savoir et tout son cœur. Il aimait à tel point l'armée, et estimait si haut le sacrifice de ceux qui se battaient pour la défense du pays, qu'il avait placé sa tâche de médecin-militaire au premier rang de ses préoccupations. Ce souci de la Patrie en danger, il l'évoquait en 1917 dans ses adieux adressés à son illustre maître Magnan qu'il allait remplacer au service de l'admission de l'asile Sainte-Anne, tout en continuant son labeur au Val-de-Grâce. Il avait voulu que le résultat de l'observation toujours si précise des malades puisse profiter à tous et ses nombreuses publications constituent une précieuse documentation sur les troubles psychiques de la guerre.

Je ne pourrais citer tous ses travaux à cet égard, mais le seul titre de quelques-uns d'entre eux montre bien l'étendue de son travail qui visait toujours à une solution pratique des problèmes les plus délicats de la psychiatrie d'armée.

Dans ses études sur : Les toxicomanes et la mobilisation, les fugueurs à l'armée, les obsédés sur le champ de bataille, les comitiaux dans le milieu militaire, le rôle de la complicité dans la simulation et la provocation des maladies, etc..., il apportait une finesse d'analyse, une perspicacité et un sens précis des réalités qui montrent bien

©BIUM

sa connaissance approfondie tant de la science psychiatrique, que de la vie du soldat.

Dans les questions de médecine légale militaire, il joignait à une remarquable clairvoyance, un parfait esprit de justice et de pondération. Ses innombrables rapports d'expertises en conseil de guerre resteront des modèles très utiles aux jeunes médecins de l'armée qui ont pu bénéficier de son enseignement. Ses travaux sur : l'état antérieur aux accidents de guerre dans l'appréciation de l'invalidité, les indemnités sollicitées par les militaires persévérateurs, la réforme des militaires atteints d'aliénation mentale, etc... sont remplis de suggestions du plus haut intérêt, riches de la grande expérience qu'il avait acquise.

Ces éminentes qualités l'avaient fait appeler comme membre de la commission consultative supérieure du service de santé militaire.

Mais son activité ne se limitait pas au domaine clinique et médico-légal. Il était encore un organisateur remarquable. Il avait su prévoir, modifier et créer. C'est par ses soins qu'a pu s'effectuer pendant la guerre la sélection et le traitement des petits psychopathes dans les divers asiles de la Seine et qu'ainsi de nombreux malades ont pu être rendus, après guérison, à l'Armée. Ses rapports si documentés, forment pour la direction du service de santé, un important recueil plein de propositions précieuses pour l'avenir.

Les hostilités terminées, son dévouement pour la médecine militaire ne s'arrêta pas. Le Dr Briand avait voulu assurer la liaison indispensable entre le temps de guerre et la période de paix, et établir une étroite collaboration entre les médecins militaires de carrière et ceux du cadre de complément. Les jeunes qui se destinent aux difficiles fonctions de psychiatres dans l'armée et qu'il avait formés à son école, ne pourront oublier ses précieux conseils et bénéficieront très largement de sa riche expérience. Ils n'ignorent pas l'affectueux souvenir qu'il leur portait en toute occasion. Ils lui en garderont une profonde reconnaissance.

Mais il leur aura donné un autre enseignement encore, celui du courage, de l'énergie morale, et de l'oubli de soi. Atteint depuis dix ans de ce mal inexorable qui devait l'emporter, plusieurs fois averti de l'évolution de ce mal, il ne voulait à aucun prix qu'il en fût question pour diminuer son activité et réduire l'étendue de sa tâche.

Seuls, ses intimes et celui qui le secondait de plus près, savaient comme lui la gravité de son état et les efforts que

©BIUM

lui imposait son travail ; mais il ne voulait pas écouter leurs conseils de prudence et il leur imposait le secret.

Il y a quelques semaines encore, tous l'ont vu venir très assidûment au Val-de-Grâce, s'asseoir à sa table de travail, coiffer d'un geste familier son calot de médecin principal et examiner patiemment les nombreux malades qui étaient soumis à son expertise.

Rien ne transparaissait sur son tranquille visage de l'effort stoïque qu'il devait fournir.

Mon cher Monsieur Briand, comme ces soldats de la Grande Guerre que vous aimiez et admiriez tant, vous vous êtes battu contre la souffrance jusqu'à la dernière heure ; vous avez donné une émouvante leçon d'énergie, de calme souriant et d'abnégation à tous ceux qui ont eu le grand privilège de travailler à vos côtés et de vous connaître. Cet exemple ne sera pas perdu, et longtemps encore le Val-de-Grâce évoquera le souvenir difficilement périssable du Maître qui lui a donné son temps, sa peine, son cœur.

En son nom, je m'incline respectueusement et vous adresse un dernier adieu, très douloureusement ému.

M. Henri Colin. — J'ai le triste devoir de venir ici rendre hommage à Marcel Briand, tout d'abord au nom de la Société Médico-Psychologique, dont il dirigea les travaux en 1906, puis, au nom de l'Association amicale des Internes des Asiles que nous avons créée ensemble en 1888 et dont il resta le président pendant une dizaine d'années, enfin au nom de ses élèves dont j'ai été l'un des premiers.

Interne de Sainte-Anne, je crois bien que parmi les nombreux titres qu'il possédait, celui-ci fut un de ceux qu'il affectionnait le plus. Il avait eu, en effet, la rare fortune de se trouver, dès ses débuts, en 1878, attaché comme interne à un maître incomparable, alors dans toute l'ardeur de son activité scientifique, un maître auquel il se dévoua tout entier et qui le paya de retour, Magnan.

C'est auprès de Magnan et de Magnan seul qu'il apprit la clinique des maladies mentales, recueillant et publiant ses leçons, l'aidant de toutes ses forces dans l'accomplissement de ses réformes relatives au traitement des malades. Aussi, après avoir été longtemps son interne, Marcel Briand devenait Médecin-adjoint de l'Asile Sainte-Anne et peu après Médecin en chef de l'Asile nouvellement créé de Villejuif.

Il y fit la plus grande partie de sa carrière, et personne ne s'étonna quand Magnan, au moment de prendre sa

©BIUM

retraite, le désigna personnellement comme son remplaçant à Sainte-Anne. C'est là que j'eus l'honneur de lui succéder quand il prit lui-même sa retraite. Souvent il venait me voir dans ce centre incomparable d'enseignement clinique, aujourd'hui malheureusement disparu, et où se donnaient rendez-vous tous nos jeunes collègues. Marcel Briand s'y retrouvait avec un tel plaisir qu'il me disait : « Il me semble que je suis chez moi ici et que je n'ai jamais quitté le service depuis mon internat ».

Innombrables furent les présentations faites par Marcel Briand seul ou en collaboration avec ses élèves, soit à la Société Médico-Psychologique, soit à la Société Clinique de Médecine mentale, ou à la Société de Psychiatrie. On peut dire que dans ses nombreux travaux il a touché à tous les points de la psychiatrie.

Nous ne pouvons ici en donner même l'énumération ; ils feront l'objet d'une étude dans les *Annales Médico-Psychologiques*. Mais je voudrais faire revivre pendant quelques instants la figure de Marcel Briand, tel que nous l'avons tous connu. D'un extérieur plein de charme, élégant, très séduisant, homme du monde accompli et aimant le monde, passionné pour les voyages, il évoluait avec la vie moderne, fervent de l'automobile qu'il pratiquait depuis les débuts.

D'une activité prodigieuse, il se donnait sans compter, se rattachant à la vie jusqu'à ses derniers moments, bien que parfaitement conscient de la gravité du mal implacable qui devait l'emporter.

Lorsque vint la guerre, il mit au service du pays ses qualités d'éminent clinicien et d'administrateur averti.

D'autres que moi vous ont dit son œuvre, mais je ne puis m'empêcher d'insister sur le courage stoïque qu'il manifesta au cours de cette grande époque.

Je l'entends encore prononcer son discours aux obsèques de Magnan et je le vois dans son costume militaire quittant le cimetière Montparnasse, appuyé au bras de sa femme, pâle, défait et souffrant atrocement. Il était atteint déjà de la terrible maladie à laquelle il vient de succomber. Une opération entraîna une mutilation de la langue, mais Marcel Briand rapprit à parler et peu de temps après il reprenait son service de Sainte-Anne et celui du Val-de-Grâce qu'il conserva jusqu'à la fin de sa vie.

Ce courage souriant, cette fermeté élégante, cette urbanité soutenue, sont des qualités éminemment françaises. Marcel Briand, on le voit, les possédait au plus haut point, et, l'ayant à mes côtés dans une cérémonie que je présidais, j'ai pu lui exprimer le sentiment de tous en lui disant que nous l'avions admiré.

©BIUM

Il y avait encore autre chose chez Marcel Briand, c'était sa bonté foncière pour ses élèves, pour ses amis et pour ceux qui l'entouraient. Il m'a dit bien des fois que sa grande joie était de faire un peu de bien autour de lui. Tous ceux qui l'ont approché savent qu'il n'y a jamais failli lorsque l'occasion s'en est présentée.

Aussi j'ai été particulièrement touché, et je suis certain que sa famille partagera mon émotion, par l'affection anxieuse qui s'est manifestée à moi, pendant ces derniers mois, de la part de son ancien personnel, de ses infirmiers et de ses infirmières.

L'amour de la vie, Marcel Briand l'a conservé jusqu'à ses derniers moments, tout en se sentant irrémédiablement perdu. Je lui ai parlé pour la dernière fois dimanche et j'ai retrouvé chez cet homme, affaibli par la souffrance, l'accueil affable, l'amabilité dont il ne se départait jamais. Il me serra la main en me disant adieu et je me retirai profondément peiné. Au nom de ses collègues, au nom de ses élèves, qui sont restés ses amis, j'apporte l'hommage de cette peine, de cette profonde sympathie que tous nous ressentons, à sa veuve, Madame Marcel Briand, à sa fille, à son gendre, à son petit-fils.

M. DE CLÉRAMBAULT. — En l'absence du Dr Leroy, Président, et en son nom, j'apporte au maître et ami, le Dr Briand, l'adieu de la Société Clinique de Médecine Mentale. — A aucune société peut-être il n'a été aussi attaché qu'à la nôtre ; dans aucune il ne peut laisser plus de regrets. Il fut l'un des fondateurs de notre groupement, il a été notre Président, il a été le Chef de Service de l'Admission dont notre Société est pour ainsi dire une filiale. Presque tous, en effet, nous sommes ou fûmes des représentants ou des alliés de la grande famille médicale du Maître Magnan ; je dis nous fûmes, pensant aux morts que nous avons accompagnés en ce même lieu, Ritti, Dupré et Juquelier, enfin Boissier, tué à l'ennemi. Des élèves de Magnan, Briand était le Doyen, et à la mort du Maître il devint, pour ainsi dire, leur Chef.

Assidu à nos réunions, il y a présenté de nombreux cas ; il argumentait fréquemment, avec sa si riche expérience, les cas présentés par autrui. Sur le terrain doctrinal, il laissera deux études qui datent, l'une concernant le délire aigu, l'autre concernant l'encéphalite épidémique ; par là son nom doit demeurer inséparable d'une part de l'histoire générale des psychoses infectieuses, d'autre part de l'histoire spéciale de leur forme la mieux définie.

©BIUM

La présence de ce Maître parmi nous était utile à bien des titres. Comme Expert près des Tribunaux ou comme Inspecteur de la Préfecture de Police, il tranchait avec une autorité indiscutée les cas délicats ; il contribuait, par son renom de science et de droiture, à éloigner de nous, dans les cas où l'opinion était émue, les suspicions et calomnies dont nous sommes toujours menacés. Ceux qui pouvaient lui être associés dans un tel rôle restent peu nombreux.

Pendant ses dernières années cet homme que nous avions connu actif, fêté, heureux et beau, nous a donné une grande leçon de force morale. Atteint d'une lésion incurable et menacé des pires douleurs ainsi que d'une défiguration qui eût mis fin à sa vie sociale, non seulement il n'a pas renoncé à son besoin de travail utile, mais encore il a conservé tout l'enjouement et toute l'aménité de jadis ; nous n'avons pas même entendu une réflexion philosophique trahir son inquiétude intime.

Chef bienveillant, collègue affable, praticien clairvoyant et sûr, homme courageux, il laisse une œuvre et un exemple. Son nom vivra dans nos mémoires et dans celles de nos successeurs.

M. RONDEL, secrétaire général du Conseil Supérieur de l'Assistance publique. — Au nom du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, j'apporte le suprême hommage au Docteur Marcel Briand qui en fit partie pendant de longues années et en fut l'un de ses membres les plus éminents.

Il y débuta comme secrétaire-rapporteur aux côtés de Magnan et de Bourneville dont il fut le collaborateur apprécié avant de devenir leur successeur dans cette haute assemblée.

Nommé membre du Conseil en juin 1891, il ne cessa de coopérer à ses travaux d'une façon assidue, soit en intervenant dans les discussions avec une compétence indiscutée, soit en fournissant d'importants rapports, soit en posant de graves questions comme celle des aliénés criminels.

Ses rapports magistraux portèrent principalement sur l'application de la loi d'assistance médicale gratuite aux aliénés curables, sur la révision générale de la législation d'assistance aux aliénés, sur les services ouverts et sur le travail des aliénés convalescents, question dont l'étude demeure inachevée.

Sa mort prive le Conseil d'un auxiliaire de premier ordre dont le concours actif dura 36 ans.

Sa largeur de vues, l'étendue de ses connaissances et son sens administratif lui conféraient une autorité particulière

©BIUM

dans les questions de relation entre la psychiatrie et les secours publics. Il fut notre délégué au Conseil Supérieur d'hygiène publique de France et à la Commission Centrale d'assistance dès son origine, Commission au sein de laquelle il contribua à former la jurisprudence dans les cas où les coefficients neurologique et psychologique doivent entrer en ligne pour la saine appréciation du droit à l'assistance.

La quatrième section l'avait porté à la vice-présidence.

Dans une spécialité où des personnages remarquables l'avaient précédé, il était resté le maître et ne fut jamais inférieur à son rôle.

J'ajoute personnellement au nom de ses collègues du Conseil dont certains sont de très vieux amis que nous garderons le souvenir ému de ses qualités d'homme privé et que c'est avec une profonde douleur que nous lui adressons un dernier adieu.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Concours de médecin-directeur et de médecin-chef de service dans les asiles publics d'aliénés

ARRÊTÉ

Article premier. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 28 mars 1927, pour l'admission aux emplois de médecins-directeurs et médecins-chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics d'aliénés.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à sept.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre 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 et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 26 février 1927 inclus.

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

©BIUM

Le 15 février 1927, le *Journal Officiel* a publié la note suivante :

La date du concours pour l'admission aux emplois de médecin-directeur et de médecin-chef de service des asiles publics d'aliénés et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, fixée primitivement au lundi 28 mars 1927, par l'arrêté du 26 janvier 1927, précité, est reportée au lundi 25 avril 1927.

En conséquence, le délai de réception des candidatures est prolongé jusqu'au 26 mars inclus. (*Journ. Off.*, 15 février.)

Vacance de poste

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés faisant fonction d'asile public de Leyme (Lot), par suite du départ de M. le Docteur Godard, appelé à d'autres fonctions.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Concours de médecin en chef des asiles de la Seine

Un concours pour la nomination à un emploi 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 4 avril 1927.

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 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du lundi 28 février au samedi 12 mars 1927.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre suivant.

Concours d'internat en médecine

Un concours pour 7 places d'interne en médecine et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et du service libre de Prophylaxie mentale s'ouvrira à Paris le 21 mars 1927. Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine.

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1928

Prix AUBANEL. — 3.000 francs. — Question : Les états anxieux.

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

Prix MOREAU, de Tours. — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues de 1925 à 1927 inclus, dans les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des Asiles d'Aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1927, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique (22, rue Gay-Lussac, Paris, 5e). Les mémoires, manuscrits, devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

---

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

1° Etre de nationalité française ;

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

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

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

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

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

©BIUM

ANNEXE

PSYCHOSES A BASE D'AUTOMATISME ET SYNDROME D'AUTOMATISME

par le Dr G. DE CLERAMBAULT

Médecin-Chef de l'Infirmerie spéciale des Aliénés près la P. P. (Paris)

Nos travaux sur la constitution des Psychoses Hallucinatoires Chroniques et sur le Syndrome très spécial d'Automatisme que nous regardons comme leur élément essentiel étant dispersés dans des Bulletins de Sociétés et des Revues de Médecine Générale, d'autre part l'Automatisme Mental figurant à l'ordre du jour du prochain Congrès Psychiatrique de Langue Française (Blois 1927), nous jugeons opportun de rassembler ici les éléments de ce qu'on nous excusera d'appeler notre doctrine.

I. — AUTOMATISME MENTAL ET SCISSION DU MOI

(*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, avril 1920)

Trois observations de Psychoses Hallucinatoires Chroniques. Certificats : 1. Automatisme mental ; scission psychique. — 2. A. M. avec Hallucinose. — 3. Délire Complexe d'Hypochondrie et d'influence.

Commentaires doctrinaux

P. 112. — Le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant *et souvent intact* aux phénomènes qui sortent de son subconscient.

P. 116, 117, 118. — 1° Automatisme mental prédomi-

©BIUM

nant, avec tendance à établir dans le Moi une scission. Le mode d'interprétation de cette scission est laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet. La nature de la construction explicative qui en résulte dépendra pour une très grande part d'idées préexistantes tenant à l'époque, au milieu, à la culture... Seule une *activité interprétative* fera du malade un persécuté ; encore cette activité devra-t-elle être soutenue, comme on l'a toujours reconnu, par une méfiance préétablie, *un caractère paranoiaque.*

L'orientation du sujet vers l'explication endogène ou exogène (c'est-à-dire possession ou persécution) dépend aussi *de diverses nuances de ses perceptions,* des sensations qui s'y associent (génitalité par exemple) et de la proportion réciproque des éléments intuitifs, psycho-moteurs et auditifs.

2° ... Travail imaginatif et optimisme sont presque constamment associés dans les délires... On pourrait appeler de tels malades des *Persécutés sans Persécution.*

3° Chez nombre de vieilles filles, à la fois inertes et débiles, le travail d'esprit surajouté est rudimentaire... ce sont de Fausses Persécutées... Tantôt leur Automatisme est isolé, tantôt s'y ajoute une légère fiction érotique et orgueilleuse... Cette forme de *Délire Inerme* est presque spécial aux vieilles filles.

4° Dans le nombreux Délires de Persécution présentant des hallucinations, il faut distinguer deux ordres de faits :

a) Le Fait Primordial, qui est l'Automatisme Mental;

b) La Construction Intellectuelle Secondaire, qui seule mérite le nom de Délire de Persécution.

Le degré de Systématisation de ce Délire est fonction des qualités intellectuelles préexistantes.

5° L'Automatisme est si bien le Phénomène Primordial que sur cette même base des Délires Secondaires très variés peuvent s'édifier... (résumé : persécution, mégalomanie, érotisme, mysticisme, ou bien un mélange de tout cela).

Dans cette conception la portion hallucinatoire (sensitive, sensorielle, motrice) des Délires dits de Persécution est *fondamentale, primitive.* Les idées de Persécution sont un travail surajouté, le malade n'est persécuté que secondairement.

Il n'y a de Persécutés Primitifs que les Délirants Intellectuels, c'est-à-dire les Interprétatifs Purs (et, avec d'autres mécanismes, les Quérulants). Chez eux l'Idée de

©BIUM

Persécution est *primitive, fondamentale, dominatrice.* Ces malades sont Persécutés, il le sont d'emblée, et ne sont que cela. (Cf. § 9).

6° Les Cœnesthopathies nous offrent un parallèle avec l'Automatisme Mental, au point de vue de leur répercussion sur l'Intellect. Sur une même base cœnesthésique peuvent s'édifier des délires de formes différentes... Ces mises en œuvre différentes d'une même donnée dépendent manifestement d'une constitution différente...

7° Les Cœnesthopathies s'associent fréquemment à l'A. M. Les troubles d'A. M. proprement dits (*écho de la pensée, énonciation des actes, dialogues intérieurs, hallucinations motrices diverses*) sont fréquemment associés chez les chroniques à des troubles purement passifs, nous voulons dire sensitifs.

Les causes d'éveil des troubles cœnesthopathiques doivent être le plus souvent *centrales,* exactement comme les Troubles de l'Automatisme Mental. Les uns et les autres résultent probablement d'un éréthisme presque identique : les Troubles Cœnesthopathiques sont une sorte d'*Automatisme Sensitif.* Le cumul des deux ordres de faits parle dans ce sens.

8° Le terme de Délire de Persécution est une désignation empirique appliquée aux détails voyants du stade avancé d'une Psychose *dont le point de départ et le mode de genèse sont très différents en nature de la Persécution elle-même.* Le travail interprétatif et l'agencement systématique des conceptions ne sont que *des épiphénomènes* ; ils résultent d'un travail conscient, et en lui-même non morbide ou à peine morbide, sur une matière qui est imposée par l'Inconscient. On peut dire qu'au moment où le délire apparaît, la psychose est déjà ancienne. *Le Délire n'est qu'une superstructure.*

9° L'A. M. est un processus *primitif* susceptible de subsister *longtemps ou indéfiniment à l'état pur.* A lui seul il ne suffit pas à engendrer l'Idée de Persécution.

L'Idée de Persécution, quand elle se produit, est secondaire ; elle résulte à la fois d'un essai d'explication *et d'une disposition hostile* (*constitution paranoiaque*) (Cf. § 5 : « Il n'y a de Persécutés Primitifs que les Délirants Intellectuels »).

L'A. M. ne comporte par lui-même aucune sorte d'hostilité. Quand il subsiste à l'état pur, il comporte une tendance vaguement optimiste : le sujet est flatté, les voix lui tiennent compagnie, au pis-aller il est ennuyé d'expériences

©BIUM

dont il est le siège, mais qui ne sont pas faites pour lui nuire... Pour ces raisons le malade se présente à l'examen médical *avec une attitude confiante et expansive* qui, nettement, le différencie à la fois des Persécutés Intellectuels et des Persécutés Hallucinés Systématiques (sous-entendu : Type Magnan).

10° En résumé l'Automatisme Mental est *un Syndrome* (*sic*) qui paraît être *fondamental* dans un très grand nombre de Psychoses. Les systèmes délirants lui sont *superposés* et lui sont postérieurs dans le temps... Des délires d'apparences très différentes (Mysticisme, Grandeur, Persécution, Possession) ont ainsi pour point de départ un processus identique.

Les Délires de Persécution qui ont eu ce point de départ et qui gardent cette prédominance se distinguent très nettement des autres Persécutés *par le mode de présentation devant le médecin*, et aussi, le plus ordinairement, par une bien moindre intensité des réactions médico-légales.

11° Celles des Psychoses où l'Automatisme Mental reste exempt de cette addition, méritent de conserver une place à part dans les cadres nosographiques. Elles constituent un repère utile pour l'étude des autres Psychoses.

Dans ce même article (1920), nous mentionnons la présence, dans des psychoses autres que chroniques, du Syndrome d'Automatisme sus-indiqué.

...*Un tel sentiment de possession se manifeste fréquemment chez les Maniaques*, surtout chez les Maniaques Arrosés... Peut-être s'agit-il alors de simples représentations auditives, sans objectivité certaine, mais acquérant *une pseudo-objectivité* du fait qu'elles sont très imprévues, par suite très étrangères au Moi...

« Son esprit est maintenant malade, dit-il, parce que... il en a entendu de trop, on le rend fou. » Ce malade a fait son délire principalement sous forme d'A. M... Son état rappelle, avec un peu plus de complexité *l'Hallucinose type*... A l'Asile le malade guérit rapidement de son A. M. ; il en guérit *à la façon des Alcooliques et des Maniaques.*

De tels automatismes sont fréquents dans l'Alcoolisme Subaigu... Fréquemment un A. M. très net a été le mode de début de l'accès. Cet automatisme très net avait compris simultanément ou graduellement tous les mécanismes connus : *écho de la pensée, pensée anticipée, contradiction systématique, association par contraste, dialogue des voix*, etc... L'alcool organise dans de tels cas des expériences démonstratives ; il dégage, dans les mécanismes si enche-

©BIUM

vêtrés de l'Inconscient, *certains mécanismes tout prêts à fonctionner isolément dans les Psychoses*, qu'elles soient Toxiques ou Vésaniques.

Cet article, paru en avril 1920, énonce presque tout l'essentiel de notre doctrine : cohésion d'un certain Syndrome (qualifié tel), caractère basal de ce Syndrome dans les Ps. H. Chr., caractère neutre de ce Syndrome, dissociation de ce Syndrome et du Caractère, nature composite des Psychoses contenant à la fois ce Syndrome et le Caractère Persécuté, valeur doctrinale identique des 3 ordres de phénomènes automatiques, insignifiance des formes idéiques du délire, existence du Syndrome en dehors des Ps. H. Chr.

II. — THÉORIE PROFESSÉE A L'INFIRMERIE SPÉCIALE

Formules courantes (de 1919 à 1923)

L'Automatisme mental base et forme initiale de toutes les Psychoses Hallucinatoires Chroniques.

Les Délires Hallucinatoires avec Persécution vraie *sont des Formes Mixtes.*

La Psychose de Magnan est une forme *mixte* et non pas simple.

L'Hallucination Auditive proprement dite et l'Hallucination Psycho-Motrice sont des phénomènes tardifs dans le décours de l'Automatisme Mental.

Les intuitions, la pensée devancée, l'écho de la pensée et les non-sens sont les phénomènes initiaux de l'Automatisme Mental.

Ces phénomènes se retrouvent toujours (pour restriction voir plus loin) comme mode de début de la Psychose, si le Sujet est convenablement interrogé et est capable d'introspection. Les malades tendent à ne se rappeler que la période thématique de l'A. M., base du « roman ».

L'Idée de Persécution *n'est pas à l'origine* des Délires de Persécution Hallucinatoires. Les théories anciennes des D. H. de P. (y compris celle de Magnan) *sont empreintes d'Idécgénisme*. L'Automatisme Mental est de cause histologique.

Le Persécuté Halluciné ordinaire, c'est-à-dire exempt de Constitution Paranoïaque et de Délire Interprétatif préétabli, est susceptible *de confiance, de sympathie, de tolé-*

©BIUM

rance et d'expansion ; son maniement par le Médecin peut le démontrer.

Le délire Interprétatif ou la Paranoïa *ne sauraient préserver de l'Automatisme Mental.*

La Psychose de Magnan est une forme mixte, comme le granit est un minéral composite.

Le complexe a été pris pour l'unité.

La fin explique le commencement ; le commencement ne saurait expliquer la fin.

Le diagnostic différentiel et le pronostic *ne doivent pas être cherchés dans l'Intellect, parce que les Causes ne résident pas dans l'Intellect.*

Le véritable persécuté, c'est la chipie. C'était Xantippe.

III. — SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
(29 octobre 1923)
Commentaires sur une communication

(Voir *Annales Médico-Psychologique*, 1923, II, p. 359)

Chez la majorité des Persécutés Hallucinés on ne constate pas le caractère paranoiaque, et *l'Idée de Persécution n'est pas à l'origine du délire...* L'A. M. dans ses phénomènes initiaux (écho de la pensée et énonciation des actes) est essentiellement neutre... Les phénomènes d'A. M. tendent par eux-mêmes, dans quelque mesure, *à orienter vers la notion d'hostilité* ; il en est de même pour l'A. Sensitif (paresthésies) et pour l'A. Moteur (paresthésies motrices).

La plupart des sujets appelés dans la langue courante Persécutés sont des personnages conciliants; ils se montrent confiants à l'égard du médecin, obligeants, expansifs, parfois enjoués... ils ont toujours été ainsi... réactions coléreuses légitimées par leur situation supposée.

La Psychose Hallucinatoire Progressive, type Magnan, n'est qu'un Automatisme Mental, ou mieux un Triple Automatisme, surgi sur fonds paranoïaque ; ce n'est pas, au point de vue génétique, une Unité, *mais une Symbiose.* Cette Symbiose se complique, dans certains cas, soit d'un Processus Passionnel (quérulance, jalousie), soit d'un fonds de Perversité (mendacité, malignité). Tous ces éléments du total sont séparables, c'est-à-dire isolément viables.

En résumé le Persécuté Halluciné n'est le plus souvent pas un Paranoïaque, et, malgré toutes les apparences ne

©BIUM

tend que faiblement à le devenir. Les beaux cas de Persécution Hallucinatoire à hostilité maxima constituent bien un Syndrome Clinique défini, *mais non une entité* au point de vue de l'analyse.

IV. — SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
(Décembre 1923)
Commentaires sur une communication

(Voir *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1924, p. 85, 86, 87)

Par Automatisme je comprends les phénomènes classiques : pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, tendance aux phénomènes psycho-moteurs... Je les oppose aux H. Auditives, c'est-à-dire aux voix à la fois *objectivées, individualisées* et *thématiques*...

Le terme d'Automatisme Mental, ainsi limité, est certes passible de plusieurs objections ; j'aurais pu dire « *Petit Automatisme Mental* » ; je n'ai pas voulu du mot « Mentisme » ; je cherche un terme approprié. En attendant, le groupement susdit, qui a une existence clinique, est, *sous sa rubrique provisoire*, facilement reconnu par tous.

Je crois cependant, quand j'isolais le groupe des phénomènes susdits, avoir quelque peu innové en affirmant 1° leur teneur essentiellement neutre (neutre tout au moins au début) ; 2° leur caractère non sensoriel ; 3° leur rôle initial dans le décours de la psychose...

Caractère non sensoriel : la pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme indifférenciée et non pas dans une forme sensorielle définie ; la forme indifférenciée est constituée par un mélange d'abstractions et de tendances, tantôt sans éléments sensoriels, et tantôt avec des éléments plurisensoriels à la fois vagues et fragmentaires.

Les H. proprement dites seraient tardives... les mécanismes les plus délicats de l'intellect seraient atteints en premier lieu ; les troubles sensoriels précis viendraient ensuite. *Je ne déclare d'ailleurs pas constant ce mode de début.*

L'A. M. ainsi défini est *un processus autonome*...

La Psychose Hallucinatoire Systématique de Magnan serait ainsi une Psychose composite ; toute autre Psychose Hallucinatoire Chronique peut l'être aussi.

©BIUM

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

V. — SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
(28 janvier 1924)
Commentaires sur une communication)

(Voir *Annales Médico-Psychologiques*, I, p. 172)

Dans l'A. M. la pensée s'émancipe d'abord, le plus souvent, sous sa forme indifférenciée, qui est celle de la pensée normale.

Très fréquemment les sujets à A. M. présentent une excitation euphorique légère ; d'autre part, l'A. M. n'est pas rare chez les Maniaques... Dans le cas d'excitation surajoutée chez une chronique, l'excitation elle-même est le plus souvent chronique (érotisme, enjouement, expansivité..., automatisme émotionnel et affectif)... La réunion de ces deux facteurs, A. M. et excitation, me paraît devoir s'expliquer par une causalité commune, causalité endocrinienne.

VI. — PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

(*Société clinique de Médecine mentale*, décembre 1923)

Psychose de Magnan. La période dite d'incubation doit être comprise comme réaction d'un caractère préétabli à l'Automatisme mental ou sensitif, qui est nouveau ; c'est un phénomène d'invasion...

La mégalomanie peut exister d'emblée..., le début peut avoir lieu aussi par une jalousie...

Les Hallucinations ne sont pas idéogènes..., il n'y a pas gradation des hallucinations élmentaires aux complexes...., une méfiance maxima n'engendre pas d'Hallucinations chez les Délirants Interprétatifs, quels que puissent être leurs dons auditifs ou verbaux. Les H. A. ne sont pas spéciales aux persécutés..., elles apparaissent aussi chez des Imaginatifs optimistes, qui n'ont aucune tension d'esprit. Leur contenu inattendu est de teneur neutre.

©BIUM

La conception idéogène du Délire de P. *rend inexplicable la Démence...* La Débilité Mentale originelle n'exclut aucunement la démence, elle l'accélèrerait plutôt.

La systématisation... existe chez les Polymorphes ; *chacun systématise au prorata de son intelligence* et selon sa forme d'intelligence. Une systématisation rigoureuse n'empêche pas le polymorphisme... Tout cela ne change rien *au* processus causal, par conséquent au pronostic... Les D. H. dits Systématiques Progressifs et les D H. Polymorphes sont construits sur un même plan : *ils ont pour noyau commun l'A. M.*

L'A. M. est la forme initiale de nombre de cas d'hallucinose. Une Hallucinose Temporaire est chose fréquente..., stade obligé du développement de la plupart des Ps. H. Chr.

Le noyau est d'ordre *histologique ;* l'idéation est d'ordre *psychologique, sans plus.*

Cette dernière assertion... n'est pas vraie pour tous les cas. En effet : 1° les facultés idéatives et affectives et idéatives antérieures à l'A. M. peuvent être intrinsèquement morbides ; 2° les mêmes causes qui instituent l'Automatisme Mental peuvent altérer le reste du psychisme (c'est-à-dire l'affectivité).

Pour nous, Paranoïa et Délire Interprétatif sont distincts; en outre, la Paranoïa n'est pas une. La Paranoïa peut elle-même être aggravée par deux tares constitutionnelles : perversité proprement dite, mythomanie. Enfin des états passionnels (soit quérulance, soit jalousie), peuvent survenir sur le terrain paranoïaque.

Ainsi la Psychose de Magnan est une Symbiose : double, triple, ou plus compliquée encore. Certains phénomènes de l'A. M. sont très bien connus (voir Séglas). D'autres phénomènes de l'A. M. ont été laissés dans l'ombre : d'une part, les phénomènes purement verbaux : *mots explosifs, jeux syllabiques, kyrielles de mots, absurdités et non-sens ;* d'autre part, phénomènes purement psychiques : *intuitions abstraites, arrêts de la pensée abstraite, dévidage muet des souvenirs.* Telles sont, d'ordinaire, les formes initiales de l'A. M. Les processus idéo-verbaux : commentaires sur les actes et souvenirs, questions, pensées se répondant, sont en général plus tardifs. Cet ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler le « *Petit Automatisme Mental* ».

La tendance à la verbalisation va progressant..., indifférenciée au début, la pensée devient graduellement auditive ou verbo-motrice ; les voix se constituent avec quatre

©BIUM

caractères : verbales, objectives, individualisées et thématiques; parfois un de ces caractères manque.

Le fonds commun de ces phénomènes est un trouble pour ainsi dire moléculaire de la pensée élémentaire.

...Ce processus est *totalement indépendant de la qualité de l'intellect ;* il commande seul le pronostic.

La présence d'Hallucinations Elémentaires décèle une atteinte sensorielle qui ne peut être que tardive dans le cas de début par A. M., et qui, précoce, doit faire penser à une causalité grossière (anamnèse d'intoxication ou d'infection).

Lorsque les voix deviennent thématiques, les thèmes leur sont fournis de trois sources : tendances du sujet, caractères spéciaux de l'A. Sensitif et de l'A. Moteur ; enfin une tendance à la création de thèmes hostiles qui réside dans l'A. M. lui-même.

L'A. M. tend à l'hostilité pour plusieurs causes : 1° irritation du sujet par les indiscrétions et non-sens ; 2° teneur spontanément contrariante de l'A. M. (loi générale des phénomènes obsessionnels) ; 3° redoublement de l'A. M. par l'irritation du sujet, avec transposition de cette irritation dans l'A. M., en ironie et dialectique.

En résumé, l'A. M. débute insidieusement par des mécanismes subtils, abstraits d'abord, puis se rapprochant graduellement de la forme verbale. *L'atteinte descend progressivement l'échelle des centres.* D'autre part, c'est seulement dans leur période verbale que les voix (au sens large du mot), deviennent thématiques. Elles vexent alors tout spécialement les sentiments du sujet, et d'autre part viennent s'incorporer logiquement dans son roman explicatif et constructif.

L'absence totale d'organisation thématique dans les phénomènes initiaux de l'A. M. semble indiquer qu'il ait pour cause un processus histologique irritatif, à progression en quelque sorte serpigineuse... Pour l'A. Sensitif et l'A. Moteur, l'explication idéogène est impossible ; les troubles s. ou mt. surprennent des sujets insouciants ou endormis. Mêmes processus pour les trois A. : trois régions de structure analogue, de même niveau dans l'échelle des centres, seraient atteintes solidairement parce que de structure analogue ; régions déjà solidairement intéressées dans les Etats Hypnagogiques et dans l'Ethylisme Subaigu ; résistances d'ailleurs inégales.

Les D. H. Chroniques ne seraient que des séquelles systé-

©BIUM

matiques et progressives d'affections antérieures oubliées ou méconnues. L'épithète de *systématique* doit s'appliquer non pas à un agencement idéique, phénomène de tout dernier ordre, mais bien à la répartition et à la marche d'un processus *neurologique*.

Dégagement de quelques constantes : 1° *Les atteintes du névraxe sont d'autant plus systématiques que le sujet est d'âge plus avancé...*, la défense des centres nerveux semble se perfectionner avec l'âge ; mais les centres supérieurs restent plus vulnérables. 2° *Rapidité d'Invasion et Massivité vont de pair...*, les formes insidieuses appartiennent surtout à l'âge adulte... 3° Entre les formes massives et les formes systématiques prennent place les formes diffuses. (*Lois de l'âge, de la Massivité et de la Latence*).

Dans les Confusions, la gradation idéo-sensorielle est supprimée : les H. A. surgissent d'emblée ; de même dans les séquelles à marche rapide. De là les cas où les menus phénomènes de l'A. M. sont absents ou ne surviennent qu'après les H. A.

Partout, les formes insidieuses sont plus subtiles en même temps que systématiques (Cf. psychoses alcooliques).

Par le Processus d'Electivité se rejoignent la notion d'Infection et celle de Dégénérescence. Ces deux notions se limitent, mais surtout se complètent.

Cas où à côté d'un A. M., l'agent morbide provoque des altérations, *soit de l'intelligence, soit du caractère ;* le délire suscité par l'A. M. se ressentira de ces altérations. De tels cas sont intermédiaires entre les Psychoses à base d'Automatisme et la Démence Paranoïde... *La série des formes cliniques est ainsi ininterrompue.*

En résumé, le Petit Automatisme Mental est le trouble initial des Psychoses Hallucinatoires Chroniques *à développement tardif, insidieux et lent.* Des Hallucinations auditives complètes d'emblée s'observent dans des cas à développement rapide avec atteintes diffuses du psychisme (intellect, affectivité.

L'A. M. est une séquelle lointaine..., *le caractère systématique des altérations est fonction de l'âge des sujets et du caractère insidieux du processus.*

La Psychose de Magnan est une Symbiose.

Le caractère de Symbiose ne s'observe pas seulement dans les D. Hallucinatoires à forme de Persécution, mais encore dans tous les délires à noyau d'Automatisme avec idéation surajoutée : mystique, mégalomane ou hypochondriaque.

©BIUM

Les Psychoses Hallucinatoires en général, les Psychoses de Persécution en particulier, *rentrent ainsi dans les cadres ordinaires de la Pathologie Générale.*

VII. — LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

(*Société clinique de Médecine mentale*, janvier 1924)

Simple énumération des phénomènes d'A. M. que nous jugeons être banals (écho, énonciation, etc.). Puis commentaires sur des processus « plus rares ou moins étudiés, ou inédits », de ce même A. M., savoir :

A. — Processus Positifs Subcontinus : 1° Emancipation des Abstraits ; 2° Dévidage Muet des Souvenirs ; 3° Idéorrhée.

B. — Processus Positifs Intellectuels Episodiques, accompagnés de sentiments intellectuels : 1° Ressemblances, Fausses Reconnaissances ; 3° Etrangeté des gens et des choses.

C. — Processus Négatifs divers (accompagnés de sentiments intellectuels) : 1° Disparitions de pensées, oublis ; 2° Arrêt de la pensée, Vides de la Pensée : 3° Perplexités sans objet, Doute ; 4° Aprosexie.

D. — Processus Mixtes (négatifs et positifs) : 1° Substitutions de pensée, oublis et apports ; 2° Peut-être idéorrhée ; 3° Passage d'une Pensée Invisible (description de ce phénomène).

E. — Automatisme affectif, émotif et volitionnel.

F. — Automatisme Visuel (mentisme représentatif).

G. — Jeux Verbaux Parcellaires.

Parmi les processus énumérés ci-dessus, tant négatifs que positifs, il en est plusieurs qui figurent, du moins sous forme réduite et exceptionnellement, *dans le jeu de la pensée normale ou subnormale*..... tous ces phénomènes sont fréquents dans les états de fatigue légitime, d'insomnie et de neurasthénie, très fréquents (sauf, bien entendu, l'aprosexie et le doute) dans les états hypnagogiques et dans les intoxications. Le vide de la pensée est fréquent dans la P. G. au début. Dans l'A. M. l'ensemble de ces phénomènes devient la norme : *ils sont érigés en système.* Notons de plus qu'ils sont initiaux.

A. — Malade non paranoïaque ne systématisant pas : *la Systématisation est fonction principalement du caractère.*

B. — Autre malade ; troubles endocriniens. Forme obsessionnelle, puis interprétative, puis anxieuse. La psychose se développe surtout *par paroxysmes.* Avec les crises anxieuses coïncide une suractivité des automatismes divers (et cela non par voie de conséquence, mais par causalité commune). Dans les intervalles, le sujet oscille entre la notion de subjectivité, d'une part, et d'autre part les notions connexes d'objectivité et d'hostilité.

C. — Autre malade, endocrinienne et paroxystique. Persécuteurs introuvables. Conceptions cumulatives des deux thèses inverses : objectivité, subjectivité ; conception intermédiaire de folie artificielle, folie imposée ; persécuteurs jadis ni méchants ni tenaces, actuellement tenaces mais supportables... *elle sera entrée à reculons dans le Délire de Persécution.*

Ainsi chez nos malades Psychose Chronique *progressive mais rémittente, de cause nettement endocrinienne.* Pendant les crises anxieuses l'A. M. exacerbé jette des conceptions saugrenues dans la conscience... dans les intervalles calmes ces données restent inexploitées, ou peu s'en faut, et sont en partie rectifiées...

La conscience de la maladie tend à se perdre d'abord sans doute par l'extension du processus histologique causal, ensuite pour des raisons multiples, dont quelques-unes psychologiques : *tendance taquine de l'A. M.*, contenu *graduellement thématisé* de cet automatisme, *irritation*, crédulité, superstition.

Particularités expliquées par l'origine endo-toxique : grandes oscillations affectives et émotionnelles, accès impulsifs, malaises physiques, visualisme, conscience de la maladie, enfin marche paroxystique.

Le décours peut être résumé ainsi : *pas de paranoïa*, début obsessionnel, décours mêlé d'obsessions, céphalées, crises émotives, *progression en échelons*, caractère non modifié, conscience de la maladie, nuances nombreuses et spéciales de l'A. M.

Le caractère *rémittent*, que les familles affirment parfois, non sans d'ailleurs l'exagérer, est donc bien une réalité pour certains cas.

©BIUM

VIII. — PSYCHOSES A BASE D'AUTOMATISME

(*Pratique médicale française*, mai 1925, A)

Résumé. — 1° Les Psychoses Chroniques de Persécution dites Systématiques Progressives ne doivent pas être étudiées isolément, mais réunies aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques d'Hypochondrie, de Possession et d'Influence.

2° Leur source n'est pas dans l'Idéation ni même dans l'Affectivité. Elles reconnaissent une origine histologique. Les éléments considérés jusqu'à maintenant comme essentiels (thèmes idéiques, teinte affective, degré de systématisation) sont accessoires. L'élément hallucinatoire est primordial.

3° Les Psychoses Hallucinatoires Chroniques dites Systématiques, quel qu'en soit le genre, sont des résultats de processus mécaniques extra-conscients, et non des produits de la conscience. Ces processus eux-mêmes sont séquelles de lésions infectieuses, toxiques, traumatiques ou sclérosantes ; séquelles seulement les plus tardives, les plus subtiles et les plus systématisées de toutes les séquelles neurologiques.

4° Ces Psychoses rentrent ainsi dans la Neurologie.

I. Construction des Ps. H. dites Systématiques

Le terme Automatisme Mental est susceptible d'acceptions plus ou moins vastes : nous l'employons provisoirement, et faute de mieux, *dans un sens extrêmement restreint*, pour désigner *un certain Syndrome Clinique* contenant des phénomènes automatiques de 3 ordres : moteur, sensitif et idéo-verbal.

Ce syndrome est, selon nous, l'élément initial, fondamental, générateur des Ps. H. Chr., dites Systématisées et Progressives. *L'idée qui domine la Psychose n'en est pas la génératrice*, bien que la psychologie commune semble l'indiquer et que la psychiatrie classique le confirme. Le noyau de ces psychoses est dans l'automatisme, l'idéation en est secondaire. Dans cette conception, *la formule classique des psychoses est inversée.*

Ainsi le D. de Persécution Hallucinatoire ne dérive pas

©BIUM

de l'idée de persécution, l'idée de persécution ne crée pas les hallucinations ; ce sont les H. qui créent l'idée de persécution... Elles ne suffisent pas à elles seules à susciter le caractère persécuté... Une psychose de persécution complète... *est une symbiose de deux processus différents...*

II. Origine des Hallucinations

Le contenu idéique des H. Idéo-Verbales tend sans cesse à faire oublier que seul importe scientifiquement *leur mécanisme.* Elles doivent être seulement envisagées *en bloc* et assimilées, en nature, aux H. Sensitives de toutes sortes et aux H. Motrices, ces trois groupes constituant un triple automatisme dont l'origine est univoque.

Ce triple automatisme est une séquelle tardive d'infection ou d'intoxication. Le *traumatisme* même peut être soupçonné.

Les conditions de la défense des cellules nerveuses peuvent être résumées ainsi : 1° les cellules les plus inférieures de l'axe nerveux se défendent le mieux ; 2° les cellules nerveuses, basses ou élevées, se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé ; 3° elles se défendent d'autant plus complètement que l'attaque à repousser est plus lente. — Ainsi à un âge avancé, les cellules nerveuses les plus élevées seraient seules susceptibles d'atteinte..... L'échelle des âges nous montre des atteintes différentes de l'axe nerveux pour chaque période de l'existence... (ici énumération) ...les atteintes nerveuses d'une même infection vont se restreignant avec l'âge... — *La lenteur de l'attaque* se trouve être aussi, pour la lésion, un facteur de subtilité ; elle favorise en outre le jeu de ce que nous avons appelé *électivités solidaires.* Ainsi *la période de latence* entre l'infection et la psychose est, avec l'âge et indépendamment de l'âge, un facteur de *répartition systématique,* bref de systématisation au sens neurologique du mot..... Ainsi rapidité d'invasion et massivité vont de pair. (*Lois de l'Age, de la Massivité et de la Latence*).

Mais la vulnérabilité d'une cellule est fonction d'autre-chose encore que de sa valeur hiérarchique... elle peut dépendre de causes structurales contingentes, nous voulons dire sans liaison avec la fonction : ainsi rapports de voisinage, moins-value par émigration ou refoulement au cours de l'organogénèse, vascularisation spéciale...

©BIUM

III. Le Délire Réaction Secondaire

...On rencontre des automatisme monocordes... Troubles exclusivement olfactifs servant de base à des D. de Pers. chez des sujets primitivement dépourvus de toute hostilité..., ce sont le plus souvent de vieilles femmes...

Souvent en présence d'un tel couple, « idée plus sensation », il est impossible de juger s'il y a délire interprétatif sur sensations réelles banales ou délire hallucinatoire. proprement dit.

Troubles cœnesthésiques... fréquemment provoqués par une lésion viscérale vraie soit localisée soit diffuse.

L'interprétation pourra se faire suivant trois modes : hypochrondrie, possession et persécution... L'étrangeté des explications correspondra à l'étrangeté des sensations... L'hypochondriaque allèguera parfois, comme présente, une lésion *future*...

Moins inquiet que l'Hypochondriaque, mais plus constructif, est le Possédé... Le Possédé peut quelquefois n'être ni hypochondriaque ni persécuté.

Possession externe. Sensations kinesthésiques ou émotionnelles non reconnues comme personnelles ; ces paresthésies délicates se voient surtout dans les Délires dits très justement *d'Influence, forme subtile de la Possession Extérieure.*

La tendance à l'explication exogène, déjà visible dans l'idée même de possession, peut s'accentuer et se développer en une idée de persécution... la notion de malveillance complète l'exogénie. Ainsi des transitions continues relient les délires d'hypochondrie, de possession et de persécution. Ces transitions s'observent dans l'ordre sensitif, l'ordre affectif, l'ordre idéique. En effet, le choix ou le rejet de tel des trois modes d'explication, ou leur mélange, dépendent 1° des modalités intrinsèques de la sensation initiale ; 2° du caractère préétabli du sujet ; 3° de ses idées et des idées ambiantes.

L'Hallucinose s'accompagne d'un état affectif neutre *ou même légèrement euphorique*... Le rapport de cause commune entre A. M. et euphorie est à admettre dans de nombreux cas, observables surtout chez de vieilles filles... *l'excitation et l'A. M. sont alors fonction d'une même cause histologique.*

La constructivité délirante a pour causes : 1° la forme affective du sujet (pessimisme, optimisme, hostilité) ; 2° sa

©BIUM

forme intellectuelle (tendance interprétative ou imaginative, toutes deux fréquemment réunies) ; 3° la *concordance* entre la teinte hallucinatoire d'une part, et d'autre part, les dispositions affectives et intellectuelles.

La paranoïa favorise l'interprétation exogène des voix mentales, elle aide à les objectiver... elle aide enfin à personnifier leurs auteurs.

Bref, la nature et la richesse de la construction délirante sont fonction de trois ordres de causes : modalités hallucinatoires, modalités psychiques et *congruences entre ces diverses modalités.*

IV. Siège des sensations parasites

1. — Les hallucinations doivent avoir pour siège des zones comptant parmi les plus élevées, de celles où siège la représentation du Moi et dont l'inhibition engendre *les idées de négation corporelle, la perte de la vision mentale,* etc.

La solidarité du triple automatisme s'explique sans doute par des identités structurales constituant causes d'appel communes, identités qui elles-mêmes seraient dues à l'équivalence des fonctions et l'égalité des niveaux. Mais l'identité de structure plus ou moins complète, qui engendre une réceptivité commune, peut se rencontrer comme fortuitement dans des neurones (ou équivalents du neurone) très différents par la fonction et par le grade.

Après l'identité logique, après l'identité fortuite, la simple contiguïté entre deux tractus donnés peut expliquer leur solidarité morbide, en cas de trouble vasculaire ou autre...

2. — A quel étage siègent les neurones (ou, au lieu de neurones, les systèmes) affectés par l'automatisme ? Chez des P. G. H. Psycho-M. verbales par lésion de F3 (Sérieux), avec impression de mouvements *imposés* (parole, trismus). D'autre part chez des trépanés, l'électrisation rolandique a pu produire l'illusion de mouvements entièrement *volontaires* (Cushing). Participation possible des couches optiques (Ritti) et des corps striés.

Peut-être nos localisations topographiques sont-elles grossières. Peut-être y a-t-il seulement altérations *qualitatives* de cellules et tractus multiples avec *troubles de transmission* dont l'addition altérerait la synthèse finale, tandis que *des manques et des détours* dans la série des transmissions troublerait l'annexion au moi.

©BIUM

3. — L'analyse clinique fournit-elle des inductions en faveur d'une différence entre la perception normale et la perception illusoire ? Ce serait là déjà un appoint en faveur de cette hypothèse que dans la perception illusoire ni le nombre ni l'ordre des éléments mis en jeu ne seraient le nombre ni l'ordre normaux.

Les sensations hallucinatoires des Persécutés sont étranges, autrement dit insolites, ineffables et indicibles, d'apparence tout artificielle... Celles des hypochondriaques sont, semble-t-il, d'une *qualité* plus vraisemblable et c'est pourquoi, d'une part, l'interprétation exogène ne s'y ajoute pas et, d'autre part, le retentissement sur la vitalité du sujet en est plus grave.

L'identité totale de l'hallucination avec la perception réelle a été autrefois admise par deux écoles antagonistes, les uns la regardant comme issue de la perception, les autres de l'imagination.

La notion des relais qui survit à la théorie du neurone nous fournit une solution mixte ou, pour mieux dire, intermédiaire. L'ébranlement factice primitif peut siéger soit dans un des relais interposés entre la périphérie et le centre, soit dans un des parcours situés entre les relais. Le *primum patiens*, dans l'hallucination, ne serait le plus souvent ni central ni périphérique, mais intermédiaire et d'ailleurs, en général, *très proche du centre.*

Les sensations hallucinatoires sont généralement moins aiguës, moins précises et moins douloureuses, laissent totalement saine et intacte la place lésée. De là l'idée de réparation des organes ou de résistance surnaturelle. D'autre part le retentissement émotif des supplices soi-disant subis est médiocre, la preuve en est dans le bon état de santé global et aussi dans le confort moral de nos hallucinés d'asile, santé et confort que ruineraient en quelques heures une odontalgie, une migraine ou une sciatique ; la preuve en est aussi dans le peu d'énergie de leurs rancunes et aussi dans leur peu de tendance aux réactions (eu égard à la gravité de leurs griefs) ; nombreux sont les hallucinés qui accusent le médecin d'asile de les torturer nuitamment et qui cependant lui font bon accueil durant le jour. Souvent les malades ne doutent pas de la réalité de leurs supplices, ils agissent cependant comme s'ils en doutaient.

La supposition que l'élément douleur puisse être absent de la sensation douloureuse même semble un non-sens : un tel phénomène cependant a été plusieurs fois noté dans

©BIUM

l'éthérisme et dans d'autres intoxications ; il existe des douleurs *perçues* et cependant *non assimilées ;* une telle dissociation, un tel inachèvement pourraient très bien se réaliser, tout au moins à quelque degré, chez nos malades.

D'autre part, l'émotion anxieuse n'existe qu'à l'état réduit, comme accompagnement des douleurs hallucinatoires : la quiétude foncière de nos malades le prouve.

Il existerait ainsi, dans la plupart des sensations hallucinatoires chez les chroniques, un caractère particulier de *non-complétude.* Cette non-complétude paraît être la traduction d'une mise en jeu *non-intégrale et non régulièrement sériée* d'éléments réceptifs connexes.

4. — Le caractère d'extranéité se lie intimement à l'étrangeté... Nombre de troubles moteurs et de troubles verbaux se présentent d'emblée comme imposés, évidemment parce que la gradation usuelle dans l'émission ou dans la réception leur manque.

5. — Notre hypothèse suppose l'existence d'une *Kinesthésie* Intra-Cérébrale ou, pour mieux dire, *Intra-Neurale,* qui permettrait au subconscient de percevoir, topographiquement, le stade où siège un ébranlement soit isolé, soit primitif, dans un circuit composé de cellules et de tractus physiologiquement solidaires ; le fait qu'une cellule *intermédiaire* serait *primitivement* ébranlée donnerait lieu à une sensation inusitée ; de même, et à fortiori, le fait qu'un ébranlement primitif porte sur un *tractus* au lieu de porter sur une cellule. La mise en jeu prématurée ou isolée, ou inversée, de tel ou tel point intermédiaire engendrerait une impression de *facticité :* impression *spontanée* que des jugements compléteraient. Ce mécanisme nous paraît être général ; nous le retrouverons comme substratum de l'Hallucination Psychique.

6. — Il est singulier que les douleurs des tabétiques, qui sont étranges, donnent lieu rarement à des constructions délirantes...

De même on voit chez les cancéreux les douleurs aiguës ne donner naissance que rarement à des délires alors que des paresthésies prodromiques supportables donnent naissance à d'énormes délires.

On peut noter que les paresthésies tabétiques sont, quant au siège, relativement périphériques et que les sensations morbides incitent à l'interprétation d'autant plus qu'elles sont plus centrales, sans doute parce que les caractères *d'ineffabilité* et de *non-complétude* vont croissant de la périphérie au centre.

©BIUM

V. Automatisme Idéique et Idéo-Verbal

Une bonne partie de l'idéation n'est pas construite par la réflexion du sujet, mais s'élabore *mécaniquement* dans le subconscient, ne se révélant à la conscience que par ses résultats ultimes, agencés et organisés, souvent imprévus en nature et importuns en qualité. Il règne alors à côté du sujet pensant une idéation autonome et cohérente, en outre progressive, qu'on pourrait appeler *néoplasique*.

A ce stade l'idéation délirante du sujet peut être, théoriquement, scindée en deux parties : l'une personnelle, réactionnelle et non morbide, l'autre parasitaire et souvent antagoniste. La première est une réaction à des automatismes divers ; la deuxième est *intégralement automatique*.

Entre ces deux personnalités ont lieu des échanges continus, affectifs et idéatifs.

Le triple automatisme, signalé au début, et sur lequel s'est développée une idéation délirante, mais en elle-même physiologique, se complète ainsi d'un automatisme idéatif qui est, lui, *de tous points pathologique*.

II. — Pour ne pas distraire plus longtemps le terme précieux d'automatisme de ses sens généraux divers, nous nous sommes efforcés de trouver pour le syndrome ci-dessus décrit un nom spécial. Les noms d'*Automatisme Basal* et de *Petit Automatisme* ne nous semblent pas suffisants. D'autres, qui ont été proposés depuis par des confrères partisans de notre Syndrome, nous semblent également à rejeter (1). Nous proposons provisoirement la locution de « *Syndrome de Passivité* ». Cette locution aurait tout au moins l'avantage de désigner les phénomènes en un temps proche de leur début, *savoir le temps de leur émergence dans la conscience*. Le terme d'automatisme les prend encore plus haut, mais il est trop compréhensif et il serait bon de le réserver pour de plus vagues ou de plus vastes déterminismes. Tous autres termes qu'on proposera ne seront acceptables, à nos sens, qu'autant qu'ils désigneront le processus en action et *surpris à l'état naissant*.

Le Syndrome de Passivité est un ensemble de phénomènes tout organiques ; la psychose qui en résulte est *de nature mécanique* dans le point de départ et le développe-

(1) Syndrome d'Action Extérieure (prof. Claude). Syndrome de Dépossession (Lévy-Valensi). Le seul titre complet serait : « Syndrome de Désannexion, d'Interférence, de Parasitisme et de Construction » (voir plus loin).

©BIUM

ment ; la personnalité psychologique première, les processus psychologiques proprement dits n'y apparaissent que *subsidiairement, secondairement, fragmentairement*. L'idéogénisme est chassé de toutes les fonctions fondamentales ; il ne survit que dans les détails.

IX. — PSYCHOSES A BASE D'AUTOMATISME *(suite)*

(*Pratique médicale française*, juin 1926, A)

RÉSUMÉ. — 1° L'Automatisme Idéo-Verbal n'est pas d'origine idéique ni affective, mais bien d'origine mécanique.

2° Dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, les Processus Verbaux Anidéiques (exemple les jeux syllabiques), les Phénomènes Idéaux-Verbaux Neutres (exemple l'écho de la pensée), et les Phénomènes Négatifs (exemple les arrêts de la pensée), ont une importance capitale.

3° Ces processus ont une origine mécanique, comme les processus sensitifs, moteurs ou visuels. Leurs prototypes sont à chercher dans les Psychoses Toxiques et Organiques.

4° Leur origine est une irritation locale, leur extension est le résultat d'une dérivation irradiante, leur complication progressive est une conséquence nécessaire de l'agencement et du fonctionnement des neurones intellectuels.

5° Les données majeures du délire entrent par voie hallucinatoire dans la conscience. Leur agrégation prolifique constitue une Idéation Parasitaire. Leur évolution est elle-même automatique.

6° L'Idéation Parasitaire opère dans l'Inconscient Normal une sélection arbitraire, déformante et hypertrophiante.

7° Le caractère persécutif pris par les voix résulte lui-même mécaniquement, pour une grande part, des règles de la Dérivation. La prédominance des phénomènes de dérivation sur les phénomènes destructifs explique les caractères spéciaux de la Démence dite Vésanique.

8° Dans les Ps. H. Chr., la construction même du délire s'explique, en dernière analyse, par l'accumulation constante des résultats de troubles infinitésimaux, tous de même sens, dans les conditions mécaniques de la pensée élémentaire.

9° La Personnalité Consciente n'intervient que secondairement dans les Délires.

©BIUM

I. Anidéisme sensitif et sensoriel

L'origine purement mécanique est évidente dans le cas des Hallucinations Olfactives et Viscérales, dans le cas des H. Musicales, enfin des H. Visuelles. — Preuves de l'anidéisme des H. Visuelles : images surgissant subitement, sans rapport avec la pensée du sujet, sans congruence réciproque, sans charge affective, souvent fragmentaires, souvent fantasmagoriques ; parfois, série visuelle et série auditive simultanées, mais non concordantes ; approche non sentie, maintien et rappel impossibles ; en somme, autonomie totale du flux visuel ; véritablement Images Libres, comme dans le cas de Tabes ou de Tumeur, le Chloralisme, etc. Autres preuves de genèse mécanique : la spécificité absolue des images pour chaque toxique, la non-objectivation toute spéciale, et la non-appropriation.

Si l'Idéorrhée Visuelle est incohérente, du moins chaque image est construite... L'excitation discrète d'une zone organisée ne peut donner que des *résultats organisés*. Ainsi s'explique la production d'Hallucinations Musicales. Ainsi s'explique la conservation de la Syntaxe dans les H. A. courtes, de la logique dans les H. A. prolongées. *Ainsi l'origine mécanique d'un rendement cérébral quelconque n'empêche pas sa complexité ni même sa coordination.* Nous constaterons cette vérité d'un bout à l'autre de cette étude.

II. Anidéismes divers

Nous constatons l'Anidéisme dans l'origine, quelquefois même dans le contenu, d'un certain nombre de Processus Idéo-Verbaux (7) (1).

1° *Processus Positifs Subcontinus.* — *a*) Phénomènes Psittaciques, comprenant les Jeux Verbaux Parcellaires, les Non-Sens, les Scies Verbales.

b) Mentisme, Idéorrhée, Hypermnésies diverses. Dévidage muet des souvenirs. Ces derniers phénomènes, s'ils ne sont pas, quant au contenu, anidéiques, sont du moins dépourvus de causalité idéique ; leur genèse mécanique est pour nous évidente.

2° *Processus Positifs Episodiques.* — Les uns sont des faits intellectuels : étrangeté des gens et des choses, per-

(1) Les chiffres entre parenthèses se réfèrent aux numéros d'ordre des publications déjà résumées.

ception perpétuelle de ressemblances, fausses reconnaissances. Les autres sont d'ordre affectif : velléités absurdes, émotions sans objet.

3° *Processus Négatifs avec Sentiments Intellectuels.* — Disparitions de Pensées. Oublis. Arrêts de la Pensée. Vide de la Pensée. Perplexités sans objet. Doutes. Aprosexies. Fatigue.

4° *Processus Mixtes (négatifs et positifs).* — Substitutions de Pensées. Oublis et Apports. Fausse apparence d'Idéorrhée (par accroissement des émergences parasitaires, sans accélération ni fertilité idéique). Passages d'une Pensée Invisible mais Reconnue.

Ces phénomènes sont, pour la plupart, déficitaires. Observables à dose réduite dans de nombreux cas de Psychoses Hallucinatoires Tardives, ils se rencontrent abondamment dans presque tous les cas de Démence Précoce. Si, en outre nous tenons compte des deux données suivantes, que dans la D. P. ils s'unissent à des phénomènes grossiers, tels que troubles moteurs, troubles nettement sensoriels, diminution de toutes prestations intellectuelles et de la sociabilité, tandis que dans les Psychoses Tardives ils s'unissent à des phénomènes subtils (tels que l'Echo de la Pensée, les Intuitions, les Hallucinations Psychiques) et tendent à s'effacer devant eux, nous arrivons à cette formule : dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, considérées d'un bout à l'autre de la série des âges (sénilité seule exceptée) *les mêmes processus se rencontrent, mais dans des proportions inverses*; les phénomènes subtils prédominent vers les 50 ans, les phénomènes positifs grossiers et les phénomènes déficitaires prédominent vers les 25 ans.

Cette gradation est parallèle à la gradation des atteintes neurologiques déterminées par les lois de l'Age, de la Massivité et de la Latence, telles que nous avons cru pouvoir les énoncer (6).

En d'autres termes les mêmes phénomènes se rencontrent d'un bout à l'autre de la série des Psychoses Hallucinatoires Chroniques classées par âges, mais les proportions respectives des phénomènes, d'un bout à l'autre de la série, vont s'inversant.

III. Anidéisme et Interférence

Si nous considérons les plus typiques d'entre ces phénomènes, d'une part le Vide de la Pensée, d'autre part les Jeux Psittaciques, nous reconnaîtrons que les négatifs sont

©BIUM

des *Phénomènes d'Inhibition*, que les positifs sont *Phénomènes d'Intrusion* et que tous réunis constituent des *Phénomènes d'Interférence*.

Ces phénomènes d'Interférence s'observent dans la pensée normale. Ainsi pour les Phénomènes Négatifs : arrêts et vides, perplexités, aprosexies. Ainsi pour les phénomènes à la fois positifs et négatifs : substitutions, fausses reconnaissances, états paramnésiques, pensées reconnues et non perçues (ombre anticipée d'une pensée indiscernable et transitoire). Ainsi enfin pour les phénomènes positifs : mots parasites, jeux verbaux parcellaires, psittacisme, d'autre part velléités et tentations du mode impulsif et obsessionnel.

De tels phénomènes se présentent chez nous tous à l'état naissant, d'une façon presque continue, mais sont refoulés ou plutôt s'annulent d'eux-mêmes. Ils se présentent comme indépendants non pas seulement par rapport à la pensée consciente mais entre eux. Il arrive fréquemment que passages visuels et passages verbaux ne concordent pas, que deux séries des uns et des autres se déroulent simultanément sans être aucunement conjuguées, c'est-à-dire sans objet commun, et que d'ailleurs l'une et l'autre série soient sans objet. Dans les états de distraction, d'hypnagogisme, de fatigue, d'insomnie, de narcose au début ou de subéthylisme, ces processus jettent dans l'esprit des produits de sélection fortuits, dont le choix ne peut s'expliquer que par des causes mécaniques, exactement comme le mentisme qui si souvent les accompagne.

De ces phénomènes les négatifs sont les *ratés*, les positifs sont les *déchets* de la pensée normale. Dans la pensée subnormale, ils s'exagèrent. Dans la pensée pathologique, ils se multiplient, s'amplifient, s'intensifient jusqu'à prendre le dessus sur la pensée consciente. La différence entre le normal et le pathologique réside seulement (du moins au point de vue descriptif) dans le triomphe de l'accessoire sur l'essentiel. Dans les cas extrêmes, la Synthèse Personnelle n'est pas seulement embarrassée, mais disjointe et même submergée par les émergences inférieures.

Les analogies d'aspect entre normal et pathologique n'impliquent pas forcément une identité causale. Dans le normal et le subnormal, les causes doivent être superficielles, minimes, fluctuantes ; dans les Psychoses qui nous occupent, elles sont profondes, constantes et indéfiniment croissantes. Elles consistent en l'irritation par des épines histologiques insuppressibles.

©BIUM

IV. Dérivation

A. — Quelques-uns des phénomènes négatifs plus haut cités, prodromes éloignés de démence, peuvent résulter d'atteintes directes et destructives ; négligeons-les. D'autres, plus subtils, peuvent résulter d'inhibitions, autrement dit *d'Interférences.* Ces interférences résulteront elles-mêmes d'irritation, avec ou sans dérivation. Quant aux phénomènes positifs que nous groupons sous le nom de *Phénomènes d'Intrusion,* ils semblent relever d'un processus de dérivation, lui-même suite d'une irritation.

Les vocables parasites qui passent au premier plan de la conscience, l'observation de soi-même, les remarques sur la vie viscérale, les dialogues involontaires avec soi-même, les commentaires sur soi ou l'ambiance, les répliques grossières aux menus incidents extérieurs, les tentations saugrenues qui se prolongent, tout cela représente des troubles normaux ou subnormaux accrus par une augmentation d'influx injustifiée. Toutes choses se passent comme si des fuites de courant exaltaient les éléments inférieurs de la sphère mentale, au détriment du courant principal chargé d'alimenter les données supérieures.

Mais les irritations produites dans les Psychoses Chroniques par des épines histologiques, dans les Intoxications par des fixations électives, ne renforcent pas uniformément tous les éléments en présence : le renforcement en est *inégal et sélectif.* La sélection elle-même a lieu en *raison inverse* de la valeur des éléments dans la hiérarchie soit biologique, soit psychologique, soit strictement intellectuelle. Cette loi se vérifie facilement dans le domaine du vocabulaire et dans celui des effets moteurs (velléités).

Nous étudierons plus loin ce caractère d'infériorité des suscitations parasites. La dérivation nous apparaîtra comme principalement descendante, et les conséquences de ce seul fait seront capitales.

Provisoirement, n'envisageons que le caractère contingent et anidéique des suscitations parasites. De ces deux traits, *contingence et anidéisme,* nous allons trouver un exemple dans un phénomène subnormal ou même normal qu'on peut nommer « *les Mots Jaculatoires Fortuits* ».

Il s'agit là de l'évocation et projection de mots dénués de sens par un surinflux transitoire émotionnel. Que dans le cours d'une rêverie le hasard des souvenirs ou des perceptions amène à notre esprit un souvenir, et que ce souvenir

©BIUM

réveille en nous une contrariété, surtout dans le cas où nous lutterons contre ce souvenir, des mots seront articulés par nous avec force, presque à mi-voix ; nous-mêmes nous n'en prendrons conscience qu'auditivement, et par une perception tardive de l'effort d'articulation. Que seront ces mots ? Des mots lus quelques minutes avant, sur un journal ou une enseigne, et lus avec indifférence, peut-être même inconsciemment, et qu'un courant émotionnel, par dérivation imprévue, a tonifiés. Peu importe que la cause du frayage inconnu les ayant fait bénéficier d'un surinflux soit leur récence, et que le surinflux soit de nature affective : il reste ceci, que *les mots ont été renforcés par une cause autre que rationnelle, et éjectés avant contrôle.*

Bien des causes de *frayage* autres que l'emploi récent, bien des causes *d'inflation* de l'influx autres que l'émotion agiront de même. Selon toutes probabilités une électrisation élective microscopique, telle que l'on peut en utopie l'imaginer, les reveillerait et projetterait mécaniquement, comme l'émotion. Le phénomène pourrait être défini ainsi : *irritation occulte produisant par diffusion, en lieu indu, une suscitation illogique.*

B. — Dans le cas des Psychoses Hallucinatoires Chroniques, la dérivation n'est pas isolée ni élémentaire, mais multiple et irradiante.

1° *Foyers d'Irradiation.* — Des épines histologiques nettes peuvent fonctionner comme des foyers d'irradiation. De telles épines peuvent consister en compression (tumeur, plaques de méningo-encéphalite, hypertension), en une fixation élective de toxique, en une infection voisine (otite), en une congestion locale, etc. Dans ces cas nettement mécaniques, les Hallucinations auditives souvent se sont trouvées d'emblée être organisées et hostiles.

Dans tous ces cas l'influx (ou mieux le surplus d'influx produit par une irritation) subit de multiples dérivations. Les dérivations tantôt s'engageront dans des voix physiologiquement toutes préparées à être unies (de là les cohérences partielles dans les productions idéiques), tantôt forceront des obstacles pour s'engager dans de nouvelles voies, pour des raisons de résistance ou d'attirance toutes mécaniques ; de là, des résultats idéiques saugrenus. Nous y reviendrons.

2° *Sensibilisation.* — Probablement l'irritation se propage dans des voies à l'avance sensibilisées. La sensibilisation physiologique (habitudes abolies, usage récent) n'est qu'un d'entre les modes de frayages. Il y en a d'autres, et de beaucoup plus importants, semblerait-il.

©BIUM

Une sensibilisation diffuse est évidente dans les Psychoses Alcooliques subaiguës et surtout aiguës. Elle apparaît chaque fois qu'une sollicitation produit des effets éloignés... Les Hallucinations Combinées sont le résultat de Sympathies Intersensorielles qui démontrent à la fois, semble-t-il, l'irradiation et la sensibilisation préétablies (Synesthésies).

La sensibilisation diffuse est certes plus rare dans les Ps. H. Chr. que dans les Ps. Toxiques proprement dites. Elle apparaît cependant nettement dans des crises de Psychoses Hallucinatoires Chroniques à Marche Rémittente, cas où précisément des troubles endocriniens semblent devoir être incriminés.

Elle apparaît nettement aussi dans certains cas d'Hallucinose avec hypermnésie et mentisme, dans la manie avec appoint idéo-sensoriel (influence) dans les bouffées hallucinatoires par Hypertension du L. C. R. (deux cas de Claude et de Lhermitte), dans les cas de Tabes ou de Tumeur, etc.

Toute lésion, locale ou diffuse, semble devoir être par elle-même une cause de sensibilisation pour les régions avoisinantes et pour les voies y aboutissant. La sensibilisation serait alors réalisée par sommation. Chaque épine isolée aurait ainsi autour d'elle, pour ainsi dire, une zone d'influence toute prête pour des irradiations ordonnées ou désordonnées, dans tous les cas illégitimes : d'où les résultats arbitraires et fantaisistes, comme fantasmagories visuelles et comme jeux psittaciques divers.

V. Echo de la pensée

L'Echo de la Pensée est un phénomène d'origine nettement mécanique : toute idéologie restera impuissante à l'expliquer. Le mécanisme susceptible de le produire nous paraît ne pouvoir être qu'une forme de la Dérivation.

L'Echo de la Pensée peut être regardé comme résultat de la bifurcation d'un courant qui aboutirait à deux expressions séparées d'une même idée. Rien d'étonnant à ce que deux circuits proches et équivalents fournissent sous une même impulsion un même rendement. Si les suppléances de zone à zone sont nombreuses, *a fortiori* les suppléances dans une même zone, et ces suppléances s'offrent d'elles-mêmes comme voies de dérivation. Il y aurait déviation d'influx dans l'écho, comme dans tous les autres phénomènes d'exaltation des accessoires de la pensée ; mais là le point de départ et le parcours seraient sur un cercle naturel.

L'énonciation des gestes semble n'être qu'une variante, et

©BIUM

même une variante inférieure, de l'écho de la pensée proprement dit. C'est une synthèse verbale prenant pour base l'autoscopie qui est une des composantes obscures de la conscience. L'écho de l'écriture est l'exaltation de la pensée parlée qui accompagne toute écriture, surtout dans les moments d'effort ou au contraire les moments de bien-aller extrême. L'énonciation des intentions est l'écho de la pensée naissante. Les commentaires sur les actes ne sont que des variations sur la pensée autoscopique, variations consistant dans le tour syntaxique de la phrase (deuxième et troisième personne du verbe, forme dialoguée, etc.) et que nous verrons être d'origine mécanique.

L'Echo Anticipé n'est qu'un cas de synthèse verbale s'opérant sur des données intellectuelles préconscientes. « Ils trouvent avant moi le nom des choses. » Comme tel il est à rapprocher de la *Prémonition Verbale des Sensations:* « Ils savent avant moi quand je vais avoir le mal de mer, quand je vais vomir, quand je vais avoir envie d'aller à la selle ; ils sentent avant moi venir mes règles ». Toutes ces phrases souvent entendues dépeignent la traduction de la conscience viscérale par une synthèse verbale occulte ; des données viscérales entrent dans la conscience par la voie hallucinatoire, comme tout à l'heure des données plus intellectuelles.

Cette prémonition Hallucinatoire des Sensations se produit souvent dans les Rêves...

Dans tous ces cas nous constatons une synthèse verbale raisonnée à point de départ infra-conscient. Ce point de départ peut être viscéral, sensitif, ou de l'ordre des sentiments intellectuels (pensée imminente ou possible).

Pour l'édification de ces synthèses verbales l'influx a suivi des voies non pas entièrement arbitraires, mais dans quelque mesure préformées, d'où un certain degré de logique. Dans son ensemble le processus peut être décrit comme une *Inflation de Synthèses Collatérales :* simple cas particulier du phénomène plus haut décrit : *l'Hypervalue des Sous-Produits de la Pensée.*

VI. Hallucinose

Dans l'Hallucinose Pure l'élément idéique est minimum, l'élément affectif est absent, l'origine mécanique est nette.

Le sujet n'est ni mécontent ni inquiet ; il est même souvent euphorique ; les phrases entendues ne sont pas l'aboutissant d'une cogitation personnelle subconsciente,

©BIUM

car elles sont dénuées d'unité, leur répertoire thématique est imprévu, indifférent, chaotique, non orienté vers le sujet et encore moins dirigé contre lui. Des voix diverses émettent des phrases sommaires, sans lien entre elles ou faiblement complémentaires, pauvrement thématiques, ne visant pas le sujet, portant sur des données qui ne l'intéressent pas et reprenant ces données sans jamais les traiter à fond. Le sujet peut se croire branché sur un réseau téléphonique où plusieurs conversations se croisent. Ce sont les Phrases Libres, comme naguère nous avons vu des Images Libres...

Traits particuliers de l'Hallucinose dont l'origine est ou doit être mécanique : rareté de l'Echo, hypermnésie, mentisme, excitation intellectuelle, euphorie, exhumation de souvenirs ou de notions didactiques insoupçonnées ; élaboration de formules doctrinales, voix instructives ; l'origine subconsciente du dogmatisme est dans ces cas évidente...

Ainsi les processus majeurs de l'Hallucinose ont des causes nettement mécaniques ; et leurs détails différentiels, par rapport aux autres formes cliniques de l'A. M., ont eux-mêmes des causes mécaniques.

Dans l'Hallucinose, les notions arbitrairement suscitées n'en présentent pas moins un certain degré d'agencement. Mais l'agencement est assez souvent saugrenu. Il survient des déformations verbales systématiques. Il survient aussi des idées nettement absurdes. Mais entre les idées absurdes et les idées les plus admissibles, il n'existe pas de différence de nature : seul diffère le degré dans l'organisation.

Un sujet entendra subitement prononcer : « C'est Victor Hugo qui a construit la Tour Eiffel. » Le sujet s'étonne de cette phrase. Cette même phrase peut réapparaître transformée : « Victor Hugo a emporté la Tour Eiffel », puis : « Victor Hugo a volé la Tour Eiffel. » Enfin elle peut revenir sous la forme vocative : « Tu as volé la Tour Eiffel », ou sous cette forme équivalente : « C'est M. X... (notre malade) qui a volé la Tour Eiffel ».

Sous sa dernière forme la proposition, originairement psittacique, intéresse l'affectivité ; elle a donc plus de chances de reparaître et elle reparaîtra sans doute augmentée d'une charge affective ; si ses variantes se multiplient (et elles ont des causes mécaniques pour faire ainsi), il y a des chances pour que leur charge affective se maintienne et se diversifie ; nous arriverons ainsi à une construction idéo-affective de même genèse que les constructions psittaciques dont elle paraît, *a priori*, si différente.

©BIUM

Un sujet, en état de calme ou d'euphorie, entend un jour crier « Voleur » ; il cherche autour de lui à qui une telle parole peut s'adresser ; le mot se répétant, il s'étonne de ne voir personne, mais ne suppose pas encore que le mot s'adresse à lui ; ce mot le suivant dans les rues, il croit se rendre à une évidence, en admettant qu'il y a une action concertée, mais ne croit encore qu'à un projet de l'intriguer ou taquiner ; puis il incline à croire à une hostilité, que finalement les voix lui expliquent. Nous exposant cette gradation, le malade nous dit : « Autrefois, j'étais conciliant ; maintenant je suis devenu irageur ; on m'en fait trop. » Telle est la genèse du sentiment de persécution chez les sujets non paranoïaques. (1-6).

VII. Idéations rudimentaires

Les produits les plus notoirement anidéiques montrent encore une construction prouvant *d'inconscientes directives.* Dans le domaine verbal, les mots et les phrases fantaisistes observent les lois harmoniques propres à telle langue ; les phrases absurdes observent les formes grammaticales, la syntaxe, la structure logique. Donc l'irritation supposée irradie par cycles préformés ; autrement dit des associations physiologiques servent au courant comme directions préférentielles. Une phrase complète, soit pourvue, soit dépourvue de sens, suscite une autre phrase complète, et un dialogue va se constituer. Le courant tourne dans les anneaux intriqués, passant quelquefois par forçage de l'un à l'autre, tout circuit nouvellement gagné restant acquis ; de là, un réseau toujours croissant, lui-même départ d'autres réseaux, et ainsi de suite. L'extension graduelle des réseaux de dérivation a pour corollaire l'extension de l'idéation artificielle : *ce sont là deux faces d'un même processus.* L'extension graduelle des réseaux (c'est-à-dire des zones d'influence de chaque foyer d'irritation) rencontre en chemin des agrégats tout constitués (souvenirs et tendances) qu'elle englobe, exalte et s'annexe. Ces souvenirs et tendances, bien loin d'être à la source de la Psychose, sont passifs : ils y figurent seulement au titre d'inclusion dans le processus neurologique.

Ainsi se réalisent les effets arbitraires des types suivants: réveil de notions oubliées (enseignement hallucinatoire), assemblages baroques de concepts (révélations sensationnelles), suscitation d'agrégats affectifs abolis (amours anciennes).

©BIUM

VIII. Règles de la dérivation

La dérivation a ses habitudes. Tout influx morbide se diffuse surtout en descendant ; la dérivation ascensionnelle est rare et n'est jamais que partielle. Les phénomènes de l'esprit les plus élevés sont les moins susceptibles d'être produits par dérivation ; les phénomènes inférieurs sont favorisés *chacun au prorata de son infériorité.* Les hallucinations psychiques ne sont ordinairement que des formes abstraites de pensées ultra-banales ; dans les cas rares où le psychisme supérieur est activé (éther, hachich, quelquefois délire d'influence), si l'excitation porte haut, les irradiations n'en sont pas moins désordonnées et les produits de l'ingéniosité sont saugrenus.

La tendance descendante des irradiations favorise, dans le domaine du vocabulaire, le verbiage aux dépens des idées, le concret aux dépens de l'abstrait, les mots parasites aux dépens des essentiels, les termes et les modes affectifs aux dépens des termes de rapports. Dans le domaine des idées, des mots et des volitions, l'association par contraste est favorisée : or, c'est un mode d'association très inférieur. Dans le domaine des sentiments, la dérivation favorise *l'opposition, l'hostilité et l'ironie.* Dans le domaine des volitions, elle favorise la brutalité, les tendances au scandale et au sacrilège. Dans l'exercice intellectuel, la dérivation utilise de préférence les cadres logiques inférieurs...

La même tendance à une diffusion descendante se montre dans les hantises, les tentations, les obsessions : elles portent surtout sur des données coprolaliques ou injurieuses. Elle se montre (au point de vue logique et aussi au point de vue verbal) dans la colère, parfois dans les gaietés extrêmes.

Dans les paraphasies, les survivances et les substitutions n'ont jamais lieu au profit de mots d'un ordre élevé. Ce fait est surtout significatif dans le cas de paraphasies transitoires parce qu'il s'agit de dérivations dues à des causes toutes fonctionnelles.

IX. Complication idéique graduelle

Aux phrases courtes succèdent les propos suivis, souvent les propos dialogués avec personnages définis, thèses inverses, attaque et défense, produits d'une constructivité subconsciente où nous ne voyons qu'un résultat d'une excitation irradiée.

Les rêves nous fournissent des exemples nombreux d'opérations mentales complexes accomplies dans notre inconscient

©BIUM

sans nul pressentiment de notre part. Ainsi dans un rêve notre interlocuteur imaginaire nous exposera une invention mécanique saugrenue, mais enfin absolument neuve, découvrira de tel mot une étymologie au moins soutenable, ou fera tel diagnostic juste que nous regretterons de n'avoir pas fait avant lui. L'admiration que nous ressentons est une bonne preuve de l'extériorité totale, par rapport à notre conscience, des opérations dont le produit ne nous est révélé que terminé. D'autres fois, dans une scène compliquée, un interlocuteur de rêve fera une remarque psychologique et nous donnera une leçon de tact dont nous resterons humilié ; d'autres fois à un bon mot de nous, il ripostera par un mot plus spirituel et qui nous laissera désarmé, ou par un raisonnement spécieux que nous jugerons faux, mais que nous ne pourrons pas réfuter. Constamment dans les discussions avec adversaires supposés, en rêve et même parfois en imagination, c'est l'adversaire qui a le dernier mot, notre subconscient est plus ingénieux que notre conscient.

Dans les raisonnements hallucinatoires ces mêmes processus et coups de temps se retrouvent, mais déclanchés et entretenus par une irritation organique ; ils deviennent de ce fait plus intenses, plus continus, plus extensifs. L'irritation non seulement élargit ses zones d'influence, mais s'avance elle-même portée par les lésions histologiques, dans un trajet serpigineux, projetant des prurits dispersés puis de plus en plus confluents (6). A l'ensemble des connexions physiologiques constituant un réseau normal, base matérielle de notre personnalité, se juxtapose et se substitue un réseau second, graduellement plus étendu et plus compact. Le processus qui primitivement exaltait des points isolés exalte actuellement des systèmes ; des lots d'idées sont constitués qui vont s'exploiter comme d'eux-mêmes.

L'organisation automatique est un résultat naturel de la constitution cérébrale même. Les lésions en cause sont, au moins pour les zones qui les entourent, stimulantes et non destructives. Matériellement, tout frayage établi se perpétue ; psychiquement, tout résultat acquis se conserve. Ainsi une bonne partie de la systématisation des délires est spontanée et s'organise dans l'Inconscient : c'est une erreur de croire qu'elle soit due entièrement à un travail conscient tardif. *La forme raisonnée est inévitable dans toute pensée sans confusion.* Nous constatons un agencement et une logique dans les délires dus aux tumeurs, dans les délires mégalomaniaques post-typhiques ou scarlatineux, dans l'alcoolisme subaigu ; nous avons vu, chez des P. G. mélancoliques

©BIUM

déjà déments, s'organiser en moins de 3 jours un Syndrome de Cotard parfait...

Les données issues du raisonnement inconscient sont le plus fréquemment les suivantes : noms des persécuteurs, leur but, leurs moyens, le nom de leur organisation ; les compliments, les généalogies flatteuses, les prédictions, les annonces rétrospectives, les scénarios auditifs suivis, les négations de réalités qui deviennent promptement des négations systématiques.

Il ne serait pas exact de dire que ces données issues de l'Inconscient soient les mêmes que le sujet aurait pu trouver par raisonnement. De même qu'elles sont d'une *valeur* inférieure à sa valeur intellectuelle, elles peuvent être d'un *genre* inférieur à son affectivité vraie. Elles sont le fruit d'une activité toute factice, comme celle du maniaque ou de l'alcoolique en pleine crise. Ces idées sont presque toujours, à quelques égards, *saugrenues*.

Ces idées sont si bien contraires à la vraie personnalité que fréquemment au moment de leur apparition et quelquefois longtemps après elles sont repoussées comme ridicules. Qu'on ne dise pas qu'alors elles émanent d'une tendance encore inconsciente et ont seulement le tort de devancer la prise de conscience de celle-ci : *le fait de l'amplification* de la dite tendance serait encore de même nature que cette autre amplification, celle des sous-produits de la pensée, que nous avons plus haut reconnue être mécanique ; *la disproportion entre la valeur et l'expression* resterait le phénomène morbide. Il en serait de même si l'on voyait dans la formule verbale intruse la fixation d'un mouvement d'esprit passager : cette fixation serait seule le fait pathologique ; nous sommes tous assez polymorphes pour alimenter un délire de forme quelconque ; ce qui nous manque pour nous trouver pourvus soudain de formules verbales à la fois assorties et disproportionnées à nos tendances, c'est l'Automatisme Mental. Avec à peine plus de naturel que les non-sens (auxquels les relient, nous l'avons vu, des transitions) les formules à charge affective résultent d'une personnalité artificielle. La sensibilité de la personnalité fondamentale et la sensibilité de la personnalité artificielle ne sont nullement superposables. La seconde est grossière, *brutale, haineuse, lubrique,* parce que constituée bribe à bribe d'éléments choisis uniquement parmi ceux que la dérivation morbide *découvre, exalte et organise*. Supprimer la dérivation serait supprimer cette personnalité factice. Nous y reviendrons.

©BIUM

X. — Ingérences affectives

1° *Pullulation des Hallucinations Auditives sous l'influence des Emotions*

Toute émotion, spécialement émotion pénible, fait, par une sorte de sensibilisation ascendante diffuse, pulluler les Hallucinations. Elle favorise surtout les plus frustes d'entre elles : non-sens, vulgarités variées, phrases thématiques sommaires, conseils impulsifs, impulsions, etc. Parfois une émotion heureue supprime pour un temps les hallucinations ; si elle se prolonge, elle peut donner lieu à quelques hallucinations optimistes ; le plus souvent elle éveillera, par le mécanisme du contraste, des oppositions idéiques et affectives se traduisant en voix hostiles.

De même l'effort mental fait pulluler les voix : notamment l'écho de la lecture ou de l'écriture (avec les commentaires connexes), augmente parallèlement à l'effort d'attention. Pour cette raison, l'halluciné ne réussit que bien rarement à se distraire, comme il le voudrait, des voix hostiles : car tout effort d'application passe, par un virement, à l'actif du travail hallucinatoire.

Ainsi par à-coups, à chaque émotion, le répertoire hallucinatoire s'enrichit de ressources nouvelles qui reparaîtront à l'état calme.

2° *Passage du Caractère dans le Délire*

Le caractère, c'est-à-dire le total des émotions quotidiennes moyennes, tend à passer, au moins par ses éléments les moins élevés, dans la personnalité seconde constituée par le Délire (1, 2, 3, 5, 6). De là l'influence du fonds paranoïaque, jaloux ou interprétatif, et de l'hyperesthésie sexuelle. A l'occasion surtout de ces tendances, les voix pensent pour le sujet et comme lui, mais avec outrance ; elles exercent comme une culture du caractère, en lui restituant amplifiées ses aptitudes, en dégageant toutes ses virtualités hostiles. Les virtualités optimistes sont par contre laissées au repos. Fréquemment les voix prennent le contre-pied des affections ; elles énoncent des renseignements faux, dénoncent des amis ou des proches, font aux lieu et place du sujet un travail interprétatif. Le sujet résiste d'abord puis doute, mais ce qui est doute chez lui devient certitude chez la personnalité parasite, et le sujet finit par se laisser convaincre. Parfois, lui-même a fourni le thème initial ; mais ce

©BIUM

qui chez lui n'était que contrariété devient aversion chez la personnalité parasite ; ce qui est aversion devient répudiation ; la répudiation devient elle-même une négation systématique.

3° *Indépendance relative des deux Personnalités*

Fréquemment, le tonus affectif se trouve être différent en degré et même partiellement en nature chez les deux personnalités. Une simple fatigue chez la Personnalité Prime se traduira chez la Personnalité Seconde par une colère. Nous interrogeons une vieille fille, hallucinée avec scission très accusée, qui se montre heureuse non seulement d'être interrogée, mais, par un appoint érotique, d'être traitée familièrement, bref dont toute la bonne volonté nous est acquise ; nous constatons, malgré l'air de satisfaction, les regards francs et l'application dans les réponses, quelques menus indices de fatigue : tension des sourcils, légers tics, retards légers dans toutes réactions ; nous pensons à cesser notre interrogatoire, quand elle fait un mouvement de colère, dirigé contre une de ses voix, et dit tout haut : « Laissez, si nous voulons répondre, nous répondrons ; nous voulons répondre à Monsieur ». En même temps elle nous serre la main, et nous confirme qu'une de ses voix, nous déclarant un importun, lui ordonnait de ne plus nous répondre, mais qu'elle n'en tiendrait aucun compte. Evidemment ce qui était chez elle simple fatigue devenait chez la Voix impatience et, amplifié, se traduisait en paroles hostiles, tandis que son sentiment foncier, la bienveillance à notre égard, n'éveillait en elle aucune voix correspondante. Les éléments de la sensibilité personnelle subissaient, dans leur transmission à la pensée parasitaire, une inversion quantitative ; et l'élément artificiellement amplifié (simple fatigue) était en outre dénaturé (hostilité). La représentation de la Première Personnalité dans la Seconde *n'était donc pas proportionnelle.*

Si les deux personnalités peuvent être, dans un même moment, si différentes, examinées dans la durée elles devront l'être au moins autant, et c'est ce que nous vérifierons.

XI. — Constitution de la Personnalité Seconde

Le terme de Personnalité Seconde, comme celui de Pensée Néoplasique, que nous employons fréquemment, ne peut être qu'une métaphore.

©BIUM

La Personnalité Seconde n'est pas une zone définie du cerveau réservée à une idéation spéciale. C'est un système d'associations constitué par des irradiations fixées, superposé ou intriqué aux systèmes antérieurs normaux. C'est un ensemble fonctionnel utilisant pour conducteurs les mêmes réseaux que les fonctions normales, mais avec des sélections et suppressions. Probablement des commutations dues au genre même de l'influx font que le courant passe selon telle figure ou selon telle autre, peut-être aussi, comme en physique, plusieurs courants peuvent être transmis sur un seul fil. Quoi qu'il en soit, le courant factice tend à modifier la substance conductrice ; le réseau devient de plus en plus propice aux courants factices, impropre aux courants naturels. Les courants factices partent de points nodaux qui consistent en des épines neurologiques.

Ainsi la Personnalité Seconde se résume en des habitudes de conduction. Tout un système d'associations se constitue par dérivation et s'accroît par dérivation. Il constitue un lot d'idées et de tendances susceptibles d'alterner en bloc avec la Personnalité Prime, de la combattre et de la diriger. *La Personnalité Seconde commence à l'écho de la pensée et aux non-sens ;* elle s'achève par les Hallucinations Organisées. Peu importent les subdivisions réalisées à l'intérieur de la pensée parasitaire ; qu'il y ait un interlocuteur ou plusieurs, les mécanismes fondamentaux restent les mêmes ; et le roman hallucinatoire, s'il offre quelque intérêt pour la psychologie, n'en offre pas au point de vue de la pathogénie.

La Personnalité Seconde est constituée *par une sélection à l'envers.* Son vocabulaire est grossier, souvent imagé, rarement subtil ; son répertoire d'idées est lubrique, scatologique et subversif ; tout cela est puisé dans les rebuts de la Personnalité Première. Quelques composantes usuelles de cette même personnalité passent dans la personnalité seconde, mais par des processus spéciaux *de contraste, de transposition, de péjoration,* elles suscitent des paroles grossières ou des sentiments déplaisants ; et le dernier retentissement de toute émotion tend à prendre la forme injurieuse.

Ainsi la formation de l'Idée de Persécution est spontanée, automatique, en quelque sorte inévitable. *Elle est le résultat mécanique d'une Sélection Péjorative avec Amplification.* Mais née ainsi, une telle idée ne transforme pas profondément un caractère et ne suffit pas à constituer un persécuté maximum (1, 2, 3, 4, 6). Là où l'Idée de Persécution

©BIUM

produit un maximum de haine, le caractère paranoïaque, inné ou acquis, a devancé l'Automatisme Mental ; mais les troubles hallucinatoires portent à la N^me^ Puissance le caractère paranoïaque, non pas seulement parce qu'ils fournissent au sujet des motifs rationnels de plainte, mais encore parce que l'osmose constante entre le caractère et les voix rend au caractère, sous des formes diversifiées, ce que les voix lui ont emprunté.

Ainsi la Personnalité Seconde est faite des résultats accumulés de dérivations incessantes et innombrables. Ces dérivations sont de cause mécanique et obéissent à des lois mécaniques. Leur face physiologique présente une descente dans l'axe nerveux ; leur face psychologique peut être définie : *majoration péjorative.* Par suite, la Personnalité Seconde doit se révéler inférieure, intellectuellement et moralement à la Personnalité Prime ; et le plus souvent y règne une dominante hostile. L'Idée de Persécution est ainsi d'origine mécanique. La Personnalité Seconde est un résultat imprévu de forces infimes, mais innombrables et continuellement agissantes, qui s'organisent spontanément du fait seul de leurs convergences. La puissance organisatrice, sensible dès le début, réside dans les forces intrinsèques, non dans un plan préétabli, exactement comme pour tant de complexus naturels, tels que cristaux et polypiers.

XII. — Echanges entre les deux Personnalités

A. — *Apports hallucinatoires*

La Personnalité Seconde fournit à la Première des renseignements sur l'Inconscient Viscéral ainsi que sur le Préconscient Intellectuel ou Affectif. Ces réverbérations du Subconscient dans la Conscience se font tantôt par énonciations simples, tantôt par ironies, commentaires, taquineries, constructions imaginatives du type des rêves. Les mécontentements de Primus se réverbèrent dans Secundus, s'y amplifient, nous l'avons vu, et s'y transposent pour se projeter, sous forme de voix inamicales, dans Primus. Fréquemment l'émotion pénible est une impatience provoquée par l'A. M. lui-même ; le sujet se plaint et les voix ripostent ; il se plaint encore et les voix surenchérissent. Toute impatience, même inexprimée, va retomber sur l'impatient en pluie d'ironies ou d'injures ; ses découragements même seront longuement commentés. Toute émotion déclanche des voix, toutes voix provoquent des émotions, et toute émotion

©BIUM

tend à rendre les voix hostiles ; d'où non seulement un cercle vicieux mais un crescendo perpétuel. Pour la Personnalité Seconde, toute hostilité une fois enregistrée reste acquise. A mesure que le sujet s'indigne des scies innocentes du début, les voix se font de plus en plus nombreuses et plus acerbes. « Il y aurait là de quoi vous rendre persécuté », nous disait un de nos malades, homme optimiste. Bien entendu, si le malade présente, soit par innéité, soit par effets d'une maladie, un trouble profond du caractère, sa dysthymie passera d'emblée dans le Délire ; chez un paranoïaque les voix seront d'emblée sarcastiques, tyranniques, menaçantes ; ainsi se constitue le Persécuté Maximum, type Magnan (1, 2, 3, 4, 6).

Secundus apporte à Primus des notions toutes faites : informations, révélations, désignations, précisions et explications.

La Personnalité Seconde est non pas seulement plus hostile, mais plus mégalomane que l'autre ; fréquemment elle jette à celle-ci, d'une façon inattendue, des annonces flatteuses qu'elle repousse.

La Personnalité Seconde est en outre hypersexuelle. Elle l'est du moins, constamment et intensément, chez les femmes. Le développement excessif des préoccupations sexuelles est manifestement de même ordre que le développement excessif du vocabulaire inférieur et de la pensée viscérale, c'est-à-dire d'ordre mécanique.

B. — *Collaboration des deux Personnalités*

Sur les données fournies par la Personnalité Seconde, la Personnalité Prime exerce sa sagacité ; elle continue et perfectionne la systématisation. Celle-ci dépend non pas seulement de la qualité de l'intelligence, mais de la forme du caractère : ténacité, hostilité.

Toute psychose Hallucinatoire est une sorte de Délire à Deux où les Psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus fruste domine l'autre, parce qu'il est plus inventif et plus tenace.

XIII. — Différences entre les deux Personnalités

Pour certains auteurs, le Délire ne serait que le Développement de tendances affectives insoupçonnées ; c'est là, à notre avis, prendre pour la cause du mal ce qui n'est qu'un de ses résultats. Pour d'autres auteurs, le Délire serait l'expression détournée d'une dysesthésie (Guiraud).

©BIUM

Les préoccupations anciennes et les souvenirs anciens du malade sont assez souvent réveillés par la psychose, mais leur intérêt n'est pour ainsi dire que littéraire. Nul ne peut délirer à vide ; nul ne délire qu'avec son trésor de souvenirs, et ce trésor chez chacun de nous est polymorphe. Il n'y a donc aucun intérêt à reconnaître que tel sentiment ou telle idée sont naturels chez tel délirant ; il importerait seulement de prouver qu'il y a, dans la Personnalité Seconde, une représentation *proportionnelle* de la Personnalité Prime, que les éléments dégagés sont bien impartialement choisis, et que ce n'est pas une part essentielle du sujet qui reste dans l'ombre. Or, toutes analogies cliniques disent le contraire.

Dans toutes les Psychoses facilement accessibles à l'observation, on constate le caractère *néoformé* des forces qui *manœuvrent* le délire. Le P. G. délire avec un orgueil pégétique, son orgueil actuel n'est qu'en apparence le prolongement de l'orgueil ancien. Dans la manie, les thèmes, les sentiments, le vocabulaire sont constamment des innovations de la maladie. Dans le *Delirium Tremens*, le Délire Professionnel est-il l'œuvre de la profession ou du toxique ?

Entre le fait d'une idée quelconque et le fait de son exaltation dans un délire, il y a toujours un *Phénomène interposé*, ou plutôt deux : Sélection, Amplification. Le processus sélectif et amplificateur opère juste comme un haut parleur qui non seulement renforce les ondes qu'il reçoit, mais encore accueille, seules, parmi toutes ondes possibles, une série prédéterminée. Reconnaître que cette série d'ondes donne présentement telle mélodie de tel auteur est chose facile ; s'en contenter, c'est, en présence d'un des miracles de la physique, montrer trop peu de curiosité.

Nul ne s'étonnera de voir un kyste dermoïde contenir des productions pileuses à peu près de la même couleur que les cheveux du porteur du kyste, ni de ce que les cellules épithéliomateuses chez un nègre contiennent du pigment. Il n'y a de curieux pour le médecin que le fait d'une prolifération indue.

De même, ce n'est pas la ressemblance du délire avec le psychisme du sujet qui est morbide, mais le mécanisme qui met en œuvre telle ou telle portion du sujet ; c'est le fait que cette portion se développe ou revienne au jour ; c'est aussi qu'elle soit déformée.

Sélection, amplification, déformation résultent de causes extérieures à leurs objets. Entre, d'une part, les données exploitées (souvenirs, notions, pensées, tendances), et d'au-

©BIUM

tre part, leur exploitation, tout un processus s'interpose : *Processus Amplificateur, Sélecteur et Déformateur.* Ce processus est réalisé par un toxique dans certains cas ; dans d'autres cas, par la tendance obsessionnelle, la manie, les causes organiques. La soi-disant identité de qualité et de quantité entre les aptitudes du sujet et les éléments de son délire est une erreur d'interprétation.

Le Processus Interposé travaille par actions électives. Les hallucinations soit visuelles, soit tactiles que nous savons être spécifiques de tel toxique, et le tonus psychique afférent à ce même toxique, ont pour causes des affinités imperceptibles entre certaines formes chimiques et certaines textures cellulaires : les sensations spécifiques correspondent à des imprégnations spécifiques ; chaque toxique a, pour ainsi dire, son répertoire de formes, de sons, de faux contacts et de sentiments, tous produits indépendamment les uns des autres par des affinités directes. S'il n'existait qu'un seul toxique, on pourrait, à la rigueur, croire que son action fait sortir de notre inconscient son vrai contenu ; mais les différences d'action entre toxiques obligent à admettre une part énorme de sélection dans leur travail évocatif ; et l'activité constructive, tout arbitraire, qu'ils montrent dans l'élaboration des données simples comme hallucinations tactiles, nous oblige à admettre une constructivité équivalente dans le domaine, seulement plus variable, des idées.

La sélection et la pullulation arbitraires apparaissent dans tous les domaines : vocabulaire (déchets de la pensée, mots grossiers), répertoire des pensées (vulgarité, animalité), formes du raisonnement, genres des sentiments et instincts ; dans chacun de ces domaines et entre ces domaines, la hiérarchie est renversée. Les dominantes de la Personnalité Seconde sont *Animalité, Vanité, Hostilité.*

XIV. Evolution de la Personnalité Seconde

Par la constitution de réseaux nouveaux coupant ou recouvrant les réseaux anciens, la base de la Personnalité Première n'est pas détruite, mais seulement diminuée. La personnalité première survit dans certains rendements intellectuels et certains rapports affectifs. Elle resurgit sous des influences temporaires : voyages, émotions, maladies ; on a parfois relaté une agonie lucide chez des subdéments vésaniques. En effet les altérations semblent plus fonctionnelles qu'anatomiques ; du moins les lésions anatomiques

©BIUM

semblent restreintes par rapport à leur retentissement fonctionnel ; ceci est valable surtout pour les psychoses hallucinatoires de l'adulte, mais l'est encore dans quelque mesure pour les démences précoces, à en juger par les cas avec rémission.

Le fait de démence ou non-démence, dans les psychoses de l'adulte, dépend sans doute de la nature et de la virulence de l'agent causal. En présence d'un dément vésanique il importerait de savoir à quel âge le début exact, s'il y a eu forme hallucinose, forme influence, quelle a été l'intensité des menus phénomènes d'automatisme et en particulier de l'écho de la pensée. Nous n'observons que des phases relativement tardives, où des Syndromes peut-être différents au début sont devenus indifférenciables. Le Syndrome de Passivité, si cohérent soit-il, n'est pas une formation primaire, mais secondaire ; et il serait à désirer que certaines nuances différentielles permissent d'en soupçonner les causes.

XV. Dérivation et Chronaxie

Les causes de cette dérivation que nous croyons pouvoir admettre peuvent être cherchées dans des troubles de la chronaxie (1). Les changements de la formule chronaxique, les dystonies, les syntonies artificielles, cadrent pour le mieux avec les débordements d'influx, frayages, forçages ; ils nous fournissent des métaphores précisant celles empruntées à l'idée de courant ; et ces métaphores qui se superposent si exactement aux faits psychiques pourraient bien être l'exact énoncé des faits physiques. Après les électivités topologiques qui seraient celles des agents toxiques et infectieux viendraient les électivités fonctionnelles, celles que pratiqueraient les courants. Nous retrouvons ainsi deux séries de processus : les uns étendus et bénins, stimulatifs, portant sur les idées et l'affectivité ; les autres graves et limités, mais extensifs, de nature histologique, qui seraient la cause des précédents.

XVI. Non-Annexion

Le cas de la non-annexion n'est pas spécial aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques. Il s'observe constamment dans

(1) Cf. Guiraud. — *Encéphale*, novembre 1925. Nous prêtons aux troubles de la chronaxie un autre mode d'action que celui décrit par Guiraud.

©BIUM

les Psychoses Toxiques. Quels sont le mode et le lieu de la scission entre les néoproductions et le Moi ?

Nous avons insisté (8) sur l'incomplétude ordinaire des diverses hallucinations, et spécialement des Hallucinations Visuelles. D'où résulte cette incomplétude ? probablement d'une mise en jeu non complète des stades multiples du circuit correspondant soit à une perception normale, soit à un souvenir normal, soit à une représentation normale.

Quand, par exemple, une incitation, au lieu d'aborder un circuit par son début, ou par des stades déterminés de son parcours, porte d'emblée sur une portion intermédiaire, il est possible que la sensation éprouvée n'ait pas les qualités normales d'une perception, d'une représentation ou d'un souvenir.

Il est probable aussi qu'une cœnesthésie intra-cérébrale fonctionnelle (et non pas seulement une cœnesthésie régionale : Sollier) nous informe nettement, bien qu'inconsciemment, des points actifs et inactifs d'un même circuit, *la sensation d'inactivité de certains points comportant irréalité.*

XVII. Syndrome Basal ou Nucléaire

Nous avons eu en vue au cours de cette étude un Syndrome caractérisé, dont les éléments principaux sont les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tous genres. Ce syndrome est bien cohérent, quoique non nettement circonscrit. Il forme la base commune des Délires d'Influence, de Possession et de Persécution, avec ou sans Démence. Nous n'avons pu encore trouver pour lui de désignation satisfaisante. Nous l'avons appelé Petit Automatisme, Syndrome de Passivité, Syndrome de Contrainte, Syndrome de Parasitisme, Syndrome d'Interférence, pour le distinguer de l'Automatisme Général et des Hallucinations Thématiques avec lesquelles, sur les limites, il se confond. Nous admettons que son origine est mécanique.

En 1920, nous le disions *basal ;* nous l'appellerons plutôt aujourd'hui *nucléaire.* En effet, nous voyons une continuité entre les phénomènes parcellaires du début et les constructions idéiques de la période d'état ; tous résultent d'un même processus, que par métaphore et peut-être aussi avec vérité, nous appellerons Dérivation. Le mécanisme de la Dérivation elle-même semble consister en des troubles de la Chronaxie.

Une différenciation de l'A. M., par formes cliniques, n'a

©BIUM

pas encore été tentée, et ne pourra jamais sans doute être très précise.

Dans la D. P., nous avons observé le plus fréquemment des voix multiples, grossières, confuses, souvent un Syndrome de Passivité régulier, parfois une scission initiale avec voix mentale conseillère unique et notion de la morbidité.

Dans la P. G., nous n'avons constaté le Syndrome de Passivité régulier qu'à titre tout à fait temporaire. Par contre, chez des P. G. et des Tabétiques, nous avons vu souvent un mentisme spécial, continu et durant des semaines, consistant en dialogue mental avec un personnage unique, supposé proche, dialogue énoncé à haute voix entièrement (demandes et réponses), formant par suite un long monologue dialogué, monotone, souvent coléreux, à thèmes restreints et formules stéréotypées ; souvent le mentisme s'accompagne de graphorrhée, et les écrits reproduisent le dialogue : demandes, réponses, longues séries de nombres plus ou moins stéréotypés et altérés, énumérations relatives à des richesses ou à des griefs. Ici, les réponses de la voix tiennent lieu d'écho. L'opposition est fondamentale comme le mentisme. Très souvent, il y a défilés visuels automatiques.

Chez les sujets débiles ou incultes, l'écho de la pensée ou bien n'est pas remarqué ou est absent ; l'écho des gestes et l'écho des actes le remplacent.

Pour l'Hallucinose revoir le tableau tracé plus haut : y ajouter la tendance aux Synesthésies.

XVIII. Syndrome de Passivité Transitoire

A. — Nous avons parlé jusqu'ici du Syndrome de Passivité (ou de Parasitisme, ou de Contrainte) chez les Chroniques. Ce même Syndrome se présente à titre transitoire, chez des sujets bien différents : les Maniaques, les Intoxiqués, les Diathésiques, les sujets à hypertension céphalo-rachidienne, etc. (Voir Heuyer, Logre, Lévy-Valensi, Claude, Lamache, etc.).

Dès 1920, nous signalions cet ordre de faits (1).

B. — Les syndromes de Passivité Transitoires, sont eux-mêmes susceptibles de différenciations.

Dans l'Hypomanie, le Théisme et le Caféisme, nous relevons : Caractère plutôt psychique que psycho-sensoriel. Mentisme. Optimisme. Prédominance d'intuitions et de pensées étrangères ; parfois unité supposée dans la direction de ces pensées. Etrangeté de l'ambiance. Passage de pensées

©BIUM

obscures. Imprécision. Peu d'écho des pensées. Parfois écho des intentions *abstraites* ; conseils. Paresthésies diffuses bénignes. Dans le théisme et le caféisme souvent énervement marqué, avec asthénie et insomnie. Au total, plutôt influences vagues et diffuses.

Dans l'Alcoolisme Subaigu, nous relevons : Voix d'emblée thématiques, objectives et caractérisées, avec expression de pensées énergiques et hostiles. Bien moins d'écho que de commentaires ; moins de commentaires que de railleries ; écho des intentions *motrices* ; annonces d'échecs, scies et menaces. Voix multiples ; propos émouvants. Phrases le plus souvent au *futur*. Annonces, ordres, défenses ; cercle d'idées toujours proche de l'activité. Certitudes constantes ; précisions extrêmes (horaires, numériques, etc.). Phrases explosives anidéiques. Verbo-motricité fréquente. Hallucinations sensitives fortes et précises. Synesthésies de tous genres. Souvent absence totale des phénomènes ténus, voix uniquement menaçantes.

XIX. Résumé

Dans notre conception des Psychoses Hallucinatoires Chroniques, le rapport classiquement admis entre les Eléments Idéo-Affectifs et les Hallucinations est *inversé*. En outre, dans le domaine des Hallucinations, nous inversons le rapport d'importance entre phénomènes thématiques et phénomènes athématiques ; *ces phénomènes sont instructifs en raison inverse de leur charge idéative*. L'Echo et les Non-Sens présentent les mécanismes de la Psychose dans leur plus grande simplicité.

Ils résultent d'une dérivation. *Des dérivations irradiées aboutissent à des constructions automatiques*. D'un bout à l'autre de la genèse du Délire s'exercent les mêmes forces infimes, mais continues et constamment additionnées. Leur œuvre constitue à la longue une personnalité seconde. *La personnalité seconde a, pour des raisons mécaniques, ses tendances propres*. La personnalité première intervient dans la psychose inconsciemment, pour lui fournir quelques tendances et quelques agrégats affectifs, et, consciemment, pour compléter la systématisation.

Les Complexus Idéo-Affectifs personnels, actuels ou anciens, ne figurent que comme inclusions dans le processus neurologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 33.925

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Centenaire de Pinel

Huit années s'étaient écoulées depuis la mort de Pinel, quand un de ses fils, débarquant à Rio-de-Janeiro, y trouvait, non sans quelque étonnement, la plus chaleureuse des réceptions. Son nom lui ouvrait les portes des principales maisons de la ville, et il écrivait, dans son enthousiasme : « Il n'y a pas un docteur ici qui ne se fasse honneur d'avoir été l'élève de mon père et d'avoir ses ouvrages. L'illustre Pinel est aussi connu au Brésil qu'en Europe. » Sa réputation, en effet, était mondiale, partout il comptait des disciples, fidèles propagateurs de ses doctrines, et dans un de ses ouvrages, il parle de ses élèves de Pétersbourg, de Madrid, de Calcutta et des pays d'Amérique. Mais ce n'était pas seulement alors le nom du médecin aliéniste que

©BIUM

l'on répétait au loin, c'était encore celui du professeur de pathologie médicale à la Faculté de Paris, du médecin de l'Infirmerie générale de la Salpêtrière ; car Pinel eut, en son temps, suivant l'expression de Broussais, son plus ardent adversaire, une « prestigieuse autorité ». Les années ont passé, les progrès de la science ont été rapides, et, en médecine générale, son œuvre a vieilli. Il s'y attendait d'ailleurs et ne se faisait guère d'illusions ; son but fut de relier le passé au présent, d'instruire la jeunesse et de préparer l'avenir. Mais en médecine mentale, il reste le vrai précurseur.

Pour le public, ignorant des choses médicales, c'est surtout le philanthrope, celui qui, en des jours troublés et malgré les obstacles, sut élever les aliénés au rang de malades, faire tomber leurs chaînes et substituer la douceur à la brutalité. Tel fut forcément son rôle pendant plusieurs années, car il dut procéder à une réforme complète, abattre des taudis, introduire partout l'air et la lumière, éduquer un personnel nouveau, et jusqu'en 1802 on ne lui confia guère que des incurables. Mais dès qu'il en eut la possibilité, il se consacra uniquement au traitement, moral et physique, et pour poursuivre cette tâche féconde, il forma ces disciples qui devaient devenir des maîtres à leur tour.

Il avait pris possession de son service, à la Salpêtrière, dans la matinée du 13 mai 1795, et c'est le 30 mai 1927, au matin, que nous nous rendrons en pèlerinage au vieil hospice, si plein de son souvenir. Ce mois du renouveau, de tout temps fêté par nos pères, la République l'appela floréal. Ce nom n'est-il pas le symbole de la fleur d'espérance que Pinel apportait ?

Nos amis répondront tous à notre appel, et il ne

©BIUM

semble pas nécessaire d'insister auprès d'eux. Ceux qui habitent Paris se grouperont autour de nous, et nos collègues de province, que ne retiendraient pas des devoirs impérieux, voudront rendre hommage au grand ancêtre. Quant à nos confrères étrangers, j'en ai la conviction, ils viendront nombreux pour honorer Pinel. La bienvenue sera cordiale et joyeuse, et nous saurons, en cette saison printanière où la nature est belle, leur montrer la France pacifique, son accueil et son sourire.

René SEMELAIGNE.

©BIUM

MÉLANCOLIE VRAIE ET GUÉRISON

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes

SOMMAIRE. — *Mélancolie vraie et pseudo-mélancolie dite périodique. — Chagrin, tristesse : origine de l'affection. Formes de la mélancolie vraie. Diagnostic : dysthénies périodiques, démence précoce. Pronostic. Traitement. Observations types : mélancolie sans délire, mélancolie-stupeur, mélancolie délirante. — Conclusions.*

⁂

Il y a une mélancolie qui jouit d'une existence propre. Nous l'appelons la mélancolie vraie, pour la distinguer de la fausse mélancolie, ou mélancolie périodique des auteurs. Celle-ci est une pseudo-mélancolie ; quand, chez un malade, on en porte le diagnostic, on formule un pseudo-diagnostic. Si nous employons l'expression mélancolie vraie, qui est une sorte de pléonasme, c'est pour tenter de fixer les idées et de diminuer, si possible actuellement, la confusion du vocabulaire psychiatrique (1).

⁂

A l'origine de la mélancolie vraie, on constate, dans les cas types, un état émotionnel fait essentiellement de chagrin et de tristesse, de regrets et de remords. Les sujets frappés sont, le plus souvent, des individus de 40 à 60 ans ; mais la mélancolie vraie peut appa-

---

(1) BENON (R.). — *La mélancolie. Clinique et thérapeutique*. Editeur, G. Doin, Paris, 1925.

©BIUM

raître chez un homme plus jeune, et aussi à la fin de l'adolescence. Y a-t-il, au début de la maladie, ou mieux au début de l'accès, des causes organiques, des transformations humorales ? C'est probable, sinon certain. Toutefois, le phénomène primitif, le phénomène initial déterminant, est le choc ou l'état émotionnel éprouvé par le patient : méconnaître cette notion élémentaire, c'est accuser une lourde faute clinique. Cela ne veut pas dire, assurément, que l'émotion-chagrin est la cause suffisante de l'accès : mais elle est, dans la période de début, si importante, si utile à analyser, qu'on ne saurait la négliger en aucun cas, et pour établir un diagnostic précis, et pour diriger l'action spéciale de sa thérapeutique.

L'accès mélancolique est donc, à l'origine, un syndrome hyperthymique à base de chagrin. Ce syndrome peut ne pas se compliquer d'idées d'auto-accusation : c'est la mélancolie minor, ou mélancolie sans délire ; cette mélancolie de forme légère s'accompagne toujours d'un certain degré d'asthénie ; cette asthénie est secondaire à l'état hyperthymique douloureux. — Si l'asthénie, chez le mélancolique, atteint un degré élevé, le degré de la stupeur, la forme de mélancolie réalisée est la mélancolie-stupeur. Cette mélancolie-stupeur, quelquefois, s'accompagne d'idées délirantes et de raptus pantophobiques (courts et brusques accès d'agitation à base d'anxiété, avec ou sans confusion mentale). Les idées délirantes, dans la forme stupide, à cause du mutisme, ne peuvent être étudiées que dans la phase de convalescence de l'accès ou, même, après le retour à l'état normal. — Les formes observées le plus communément dans les hôpitaux et les asiles d'aliénés sont la mélancolie délirante et la mélancolie anxieuse ; cette dernière faisant suite, en général et plus ou moins rapidement, à la précédente. La mélancolie délirante, sans agitation anxieuse bien caractérisée, coexiste avec de l'inertie, de l'immobilité, sans stupeur véritable. En résumé, les tableaux cliniques observés sont :

1. la mélancolie sans délire, ou mélancolie minor ;

©BIUM

2. la mélancolie-stupeur avec ou sans délire ; quand celui-ci existe, il n'est ordinairement révélé par le sujet que dans la période de convalescence ;

3. la mélancolie délirante, avec ou sans agitation anxieuse ; cette agitation est secondaire au délire et dépend directement de ce délire.

⁂

La mélancolie vraie, d'origine dysthymique, ne doit pas être confondue avec la mélancolie périodique des auteurs, laquelle est d'origine et de nature dysthénique. Cette découverte, faite par J. Tastevin, a un intérêt considérable au point de vue pronostique et thérapeutique. La mélancolie périodique n'est pas, au début, du chagrin, de la tristesse ; elle est simplement de l'asthénie nerveuse générale, musculaire et psychique. Aucune contradiction ne peut être apportée sur ce point, extrêmement clair, extrêmement précis, quand on se donne la peine de pratiquer une analyse psychoclinique serrée, sérieuse, répétée, contradictoire au besoin.

La mélancolie vraie ne saurait donc être incorporée, au point de vue nosologique, à la psychose maniacodépressive de Kræpelin, ou plus exactement aux dysthénies périodiques. Cette erreur d'apparentement possible entre deux affections aussi dissemblables est due à l'auteur allemand ; J.-P. Falret, dès 1851, avait aperçu les différences qui séparaient les deux états psychonévropathiques.

De même la mélancolie, délirante ou non, chez les jeunes sujets, ne se termine pas toujours par la démence précoce. Il y a, là encore, insuffisance d'observation. L'hébéphrénie, ou la démence juvénile, est commune, sans aucun doute, mais elle ne représente pas, avec la psychose périodique, les seules maladies mentales de la jeunesse.

Les idées délirantes d'auto-accusation peuvent s'observer chez un sujet asthénique primitif, tendant à la chronicité ; cela ne signifie pas que syndrome hyposthénique et syndrome hyperthymique mélancolique

©BIUM

doivent être rangés dans le même cadre nosologique. — Un asthénique qui réalise secondairement un délire d'auto-accusation, peut-il évoluer comme un malade faisant un accès de mélancolie vraie ? Cela paraît possible. Ces cas sont des exceptions.

Le pronostic de la mélancolie vraie est bon, favorable, dans 50 pour cent des cas, à l'asile des aliénés, peut-être dans 70 pour cent des cas totalisés (asile et clientèle). C'est une notion à répandre, que la mélancolie est curable, même à longue et très longue échéance. Chez des sujets électivement prédisposés, la mélancolie vraie, motivée, peut pourtant récidiver (dans 25 pour cent des cas environ) : nous étudierons cette question dans un autre mémoire.

La mélancolie est un type de maladie à traiter par la persuasion et la douceur. Ni le personnel des asiles, — insuffisant comme nombre et comme qualité, — ni les locaux, ne conviennent, en général, pour soigner des malades aussi sensibles et, maintes fois, aussi agités. Un traitement particulièrement peu recommandable est la camisole de force, avec crucifixation sur un lit. De profondes et coûteuses réformes s'imposent dans l'assistance hospitalière pour améliorer la vie tragique des malades en proie à de pareilles vésanies (1).

---

(1) Voir Benon (R.). — 1. *Eléments de pathologie mentale. Clinique et médecine légale*, Paris, 1922, Doin, éditeur ; — 2. Les dysthénies périodiques. Psychose périodique ou maniaque dépressive. *Rev. neur.*, 1911, 15 mai, n° 9, et *Gaz. méd. de Nantes*, 1911 ; — 3. Petits accès d'asthénie périodique. *Ann. méd.-psychol.*, 1913, mai ; — 4. Simulation d'accident et mélancolie. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1916, juin, p. 366 (en collab. avec Leinberger) ; — 5. Asthénie chronique et asthénie périodique. *Rev. neurol.*, 1922, mai, p. 538 ; — 6. La mélancolie sans délire. *Cong. de l'Assoc. Fr. A. S., Montpellier*, 1922, 30 juillet-4 août ; — 7. Désertion en présence de l'ennemi. Mélancolie après l'acte. *Ann. méd.-psychol.*, 1922, octobre ; — 8. Mélancolie vraie et asthénie périodique. *L'Encéphale*, 1922, décembre, p. 646. *Gaz. méd. de Nantes*, 1923 ; — 9. Délire hallucinatoire aigu et mélancolie secondaire. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1922 ; — 10. Mélancolie et manie. *Rev. neurol.*, 1923, janvier, n° 1 ; — 11. Une conception de la pathologie mentale. *Bull. méd.*, 1923, 12-15 septembre, p. 1.047, n° 38 (exposé de travaux, *Agrégation*, 1923) ; *Rev. de crimin., psych. et méd. lég., Buenos-Ayres*, 1923, septembre-octobre ; *Gaz. méd. de Nantes*, 1924 ; — 12. Alcoolisme.

©BIUM

⁂

Nous voulons, ici, rapporter et commenter quelques observations de mélancolie vraie, suivies de guérison. Ces faits, à notre avis, sont insuffisamment connus. Trois de nos malades (observations II, III, IV) ont pu être suivis pendant seize, quatorze et dix ans ; deux autres, pendant trois ans : l'un de ces deux derniers (observation I), guéri de son accès, a été tué sur le front des armées ; l'autre (observation V), après guérison de son accès de mélancolie, est mort de cancer de la face.

A. Mélancolie sans délire. — L'expression mélancolie sans délire, est celle que nous préférons pour désigner cette variété d'accès psychopathique. On peut l'appeler encore (cet accès) mélancolie minor, mélancolie simple, pour marquer le contraste avec la mélancolie délirante et anxieuse, dite quelquefois mélancolie major. L'expression dépression mélancolique entretient la confusion avec l'accès d'asthénie périodique, qui, par le fait des malaises spéciaux qu'il crée, s'accompagne de tendances mélancoliques, mais non pas encore chez tous les sujets. Si l'on veut conserver l'expression dépression mélancolique, il faut dire qu'elle signifie : dépression post-mélancolique, dépression post-hyperthymique mélancolique, dépression secondaire à un accès mélancolique. Cela est possible, à la condition de savoir et de préciser.

Voici une observation de mélancolie sans délire : elle concerne un militaire qui a fait son accès en 1915, pendant la guerre, à l'occasion de la mort de sa femme.

Obs. (personnelle). Résumé. — *Soldat, 36 ans (1915). Mobilisé le 2 août 1914, part pour le front le 4. Femme*

Asthénie chronique et asthénie périodique. *Gaz. des hôp.*, 1923, 29 décembre, p. 1.697 ; — 13. L'émotion chagrin. Mélancolie minor : évolution. Soc. de Psychiatrie, séance du 19 juillet 1924. *Journ. de Psychol. norm. et pathol.*, 1924 ; — 14. L'émotion-anxiété et l'hyperthymie anxieuse. Soc. de Psychiatrie, séance du 19 juillet 1924. *Journ. de Psychol. norm. et pathol.*, 1924.

©BIUM

décédée le 25 décembre 1914 ; chagrin prolongé. Evacué le 26 septembre 1915. Mélancolie sans délire. Convalescence de deux mois, le 29 mars 1916. Guérison. Repart pour les armées ; tué le 11 juin 1918.

Oriçom..., Antoine, 36 ans, soldat du n^e régiment d'infanterie, cultivateur, est entré à la C. M. M... le 21 décembre 1915.

Histoire clinique. — Mobilisé le 2 août 1914, il part, le 4, pour le front, et n'en a pas « bougé », comme il dit, pendant plus d'un an. Il a combattu à Lille, à Liévin, à Péronne, à Hébuterne. Le 27 décembre 1914, il avait appris la mort de sa femme, décédée le 25 par méningite. Il a continué à servir, mais son chagrin a été vif et durable. Le 26 septembre 1915, à Arras, il a été évacué sur l'arrière pour commotion (?), néphrite traumatique (?) et « dépression mélancolique ». Lors de cette commotion, il n'a guère eu qu'un étourdissement ; projeté à terre, il s'est relevé seul et aussitôt; il n'a pas perdu connaissance. Apercevant son sergent immobile, il s'est approché de lui et l'a interpellé en lui frappant sur l'épaule; le sergent était mort. O... ne fut pas plus impressionné que cela ; il avait déjà vu tant de camarades tomber ! Le souvenir de sa femme morte l'obsédait avant toute chose.

Le 1er décembre (1915), il part chez lui en convalescence pour quinze jours. C'était son premier congé depuis le début des hostilités. Il rejoint son dépôt en temps voulu. Dans la nuit du 15 au 16, il s'agite, présente un tremblement généralisé, et, les jours suivants, refuse de s'alimenter. Hospitalisé le 17 (H. M. Broussais), pour excitation, idées de mélancolie et anxiété, éthylisme avec simulation probable (?), il est dirigé, le 21, sur l'asile.

Etat actuel (25 décembre 1915). — Les premiers jours, O... parlait peu et refusait de se nourrir. Rassuré, il a expliqué petit à petit son état : « C'est le chagrin qui m'a rendu malade. Ce n'est pas la peur, je n'ai jamais eu peur au combat. Je suis triste depuis que j'ai perdu ma femme. C'est une sorte d'ennui. Je vois ma petite fille de onze ans toute seule (elle a pourtant été recueillie par ses beaux-parents). Durant mon congé, j'ai couché dans le lit où ma femme est morte. J'aurais voulu pleurer, j'ai caché mon chagrin, ça m'est resté là (creux épigastrique).

©BIUM

D'avoir revu la maison, la famille, ça m'a bouleversé totalement. Je n'ai guère fermé les yeux depuis ce temps-là, je ne peux pas manger. » Il gémit, sanglote longuement et dit : « Je suis oppressé là-dedans (poitrine). Je vais mourir, je ne reverrai plus ma fille. J'ai tenu pendant quinze jours, chez mes beaux-parents, mais à la caserne, je n'ai pas pu triompher de cela. » Pas de délire de culpabilité, ni illusions, ni hallucinations, etc.

Depuis l'entrée, on observe un tremblement généralisé, plutôt rythmé, s'accompagnant de petits signes d'énervement disparaissant dans le sommeil et aussi quand on fixe un moment l'attention du sujet. Il n'avait pas présenté de tremblement après la commotion subie aux armées. Par intervalles, il tape du pied, ou se frotte les mains vivement, ou se gratte la tête. Quelquefois on constate des mouvements brusques, limités à des groupes musculaires spéciaux ainsi que dans la chorée ; il soulève sa jambe gauche ; il contracte ses peauciers ; il projette la tête à gauche, il hausse les épaules ; il projette la tête en arrière, le tronc en avant ; il contracte les muscles du menton, etc.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires sont inconnus (orphelin élevé par l'Assistance publique). Homme intelligent, sensible, affectueux, mais sans instruction. Aucune maladie grave. Trois ans de service militaire. Marié à 25 ans ; une fille, 11 ans.

Evolution. — Le diagnostic porté a été : mélancolie sans délire ; mutisme et refus d'aliments partiel, tremblement généralisé. L'affection a évolué comme suit :

6 janvier 1916. — Les réactions négativistes ont aujourd'hui disparu ainsi que le tremblement qui a duré à peu près une semaine. « Les bains chauds m'ont sauvé, M. le Docteur, dit-il. Je mange mieux, je dors mieux, mais je n'ai ni bras, ni jambes. J'ai vu ma famille, ça m'a fait plaisir... Quand je suis parti de chez moi, j'ai été pris comme dans un étau, ici (à l'épigastre), par le chagrin. Les nerfs, les tremblements m'ont gagné peu à peu. Quand j'étais là, devant vous, je ne pouvais chasser l'idée de ma femme, de ma maison. Pourvu que ça ne me reprenne pas !... Ça s'en va petit à petit. »

10 février. — Calme, mais un peu déprimé (asthénique).

29 mars. — Sortie. Travaillait dans la section ; proposé pour deux mois de convalescence.

©BIUM

2 mars 1922. — Est reparti pour le front le 20 juin 1916; évacué pour intoxication par les gaz, le 23 août 1917, il a été tué en tranchées, le 11 juin 1918. Il n'avait plus jamais présenté ni mutisme, ni tremblement, ni asthénie, etc.; il venait régulièrement en permission, il « dominait » son chagrin.

Commentaires de l'observation 1. — Mélancolie sans délire et même sans asthénie secondaire profonde, puisque ce militaire qui faisait campagne, a pu servir pendant dix mois après le choc émotionnel qu'il a subi. Signes d'énervement nettement caractérisés. Guérison. La commotion mentionnée sur le billet d'hôpital de ce soldat, est, à peu près certainement, une erreur. Cet homme n'a pas subi de commotion cérébrale puisqu'il n'a pas perdu connaissance. On peut admettre qu'il a présenté une petite commotion lombaire, à cause du diagnostic de néphrite traumatique, encore que le malade, qui a gardé tous souvenirs des faits, n'y attache aucune importance et ne parle que de la tristesse que lui avait laissée la mort de sa femme.

B. La mélancolie-stupeur. — La mélancolie sans délire s'accompagne dans tous les cas d'asthénie généralement nette. Cette asthénie post-douloureuse émotionnelle, secondaire au chagrin supporté, peut atteindre une intensité, un degré, élevés du fait sans doute de prédispositions individuelles : c'est ainsi que se trouve réalisé l'état de stupeur mélancolique. Cette stupeur, déterminée par l'état mélancolique, coexiste assez souvent avec des idées délirantes d'auto-accusation : elle est susceptible de se compliquer, par intervalles, d'impulsions subites, mais de très courte durée, impulsions presque toujours en relation avec des illusions, de la confusion mentale et de l'anxiété. L'observation qui suit est un exemple de cette forme de mélancolie, mais sans délire.

Obs. 2 (personnelle). Résumé. — *Femme, 48 ans (1902). Stupeur mélancolique (asthénie profonde secondaire à l'hyperthymie mélancolique). Etiologie ; en 1901, incon-*

©BIUM

duite de sa fille. Placement à l'asile. Guérison. En avril 1913, persistance de la guérison ; bon état général. Décédée en 1918, par affection pulmonaire probable.

Oizeaum..., Marie, 48 ans, sans profession, entre à la C. M. M., le 17 avril 1902.

Antécédents. — Antécédents héréditaires inconnus. Personnellement, a eu plusieurs angines graves dans sa jeunesse. Mariée à 21 ans : deux filles bien portantes. Fièvre typhoïde à 23 ans, et péritonite post-puerpérale à 24 ans.

Histoire de la maladie. — En 1901, à la fin de l'année, sa fille aînée divorça ; son petit-fils qu'elle élevait, qu'elle gardait depuis sa plus tendre enfance et qu'elle affectionnait beaucoup, lui fut enlevé en raison des torts reconnus par le tribunal envers sa fille. Elle en ressentit un vif chagrin. Le divorce déjà l'avait tourmentée ; elle savait que sa fille, à peine séparée de son mari, s'était mise en ménage avec un amant. Elle répétait toujours que sa fille lui faisait honte. Quand il lui fallut rendre l'enfant qu'elle avait élevé, ce fut pour elle la plus cruelle des douleurs : elle ne parlait plus, ne mangeait ni ne dormait ; elle se mettait dans un coin et pleurait. Il arriva qu'elle devint incapable même de marcher. Par moments, elle disait qu'elle avait peur, pour ses enfants : elle voyait du feu, criait, s'agitait, elle disait voir des cerises dans les arbres et c'était l'hiver ; elle disait entendre l'enfant qui l'appelait (illusions, hallucinations). Elle est placée à l'asile le 17 avril 1902 (elle vient de l'Hôtel-Dieu).

Etat actuel (18 avril 1902). — La malade ne parle pas ou presque pas ; on ne peut obtenir d'elle aucun détail sur les motifs de son entrée à l'hôpital. Lorsqu'on lui demande si elle a eu des maladies, elle prononce les mots de fièvre typhoïde, péritonite. Pressée de questions, elle finit par déclarer qu'elle a beaucoup de chagrin. Elle ne dit rien sur la cause de son chagrin. On la prie de dire son âge, elle répond 28 ans (?), de dire l'année actuelle, elle répond 1802. L'observateur pense à un état démentiel.

3 mai. — Même état ; elle marche le dos voûté, la tête basse. Ne se lève pas d'habitude.

17 juin. — Etat stationnaire. Son mari l'emmène pour la soigner chez lui.

©BIUM

Evolution (juin 1902 à décembre 1903). — Son état ne s'améliore pas. Elle doit être surveillée à la maison par son mari, par ses enfants. Isolée, elle a peur ; elle veut que quelqu'un reste près d'elle. Souvent elle a des crises de larmes. Elle ne mange pas seule, il faut l'y contraindre. Puis, son mari, malade, est obligé d'entrer à l'hôpital ; ses filles doivent travailler pour gagner leur vie ; elle est, par suite, ramenée à l'asile, le 23 décembre 1903.

24 décembre 1903. — Même état qu'en 1902. On note, encore, affaiblissement intellectuel. En fait, la malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

8 janvier 1904. — Faiblesse considérable, inertie.

24 août 1904. — Sortie. La malade s'est améliorée peu à peu. Elle s'est sentie progressivement plus active et s'est mise à travailler à l'atelier de couture. Elle fut bientôt reprise par son mari. Diagnostic: stupeur mélancolique.

1er avril 1913. — Elle est bien guérie. Elle a conservé le souvenir de tous les détails de sa maladie. C'est le chagrin de l'enfant, la honte de sa fille, qui l'avaient rendue malade (la fille est aujourd'hui remariée et réconciliée avec sa mère). Elle se rappelle nettement qu'elle entendait parfois l'enfant qui l'appelait, qu'elle avait peur, qu'elle ne pouvait plus marcher par l'épuisement, l'abattement, qu'elle n'avait pas les idées claires, qu'elle avait la tête vide. Elle a retrouvé ses forces petit à petit. Actuellement, à 59 ans, très bonne santé générale.

Juillet 1922. — La malade est décédée en 1918, par affection pulmonaire probable. Pas de récidive, pendant la guerre, au point de vue psychopathique.

Commentaires de l'obs. 2. — A noter la longue durée de la maladie (trois ans environ), et l'existence de quelques hallucinations auditives verbales durant l'état aigu. De tels faits ne sont pas d'observation rare dans les asiles : l'affection est assez souvent méconnue, surtout quand l'analyse psycho-clinique de la période de début ne peut pas être réalisée par le témoignage précis de tierces personnes. On ne saurait ranger de tels cas dans la psychose périodique.

C. Mélancolie délirante. — Les auteurs distinguent nettement, dans leurs descriptions cliniques, la mélan-

©BIUM

colie délirante : d'une part, de la mélancolie sans délire et de la mélancolie-stupeur, — ce qui est juste ; d'autre part de la mélancolie anxieuse, — ce qui est plus discutable. La mélancolie anxieuse n'est pas autre chose que la mélancolie délirante compliquée d'agitation à base d'anxiété. Elle est donc avant tout et simplement une forme de la mélancolie délirante. Ce qui crée, dans la mélancolie, l'agitation anxieuse, c'est le délire, ce sont les illusions et hallucinations : sans ces dernières, il n'y aurait pas d'agitation à base d'anxiété. Cela est important à connaître au point de vue clinique et au point de vue thérapeutique moral.

Obs. 3 (personnelle). Résumé. — *Employé-comptable, 49 ans (1910). En octobre 1909, le malade constate une erreur dans ses livres. Accès mélancolique. Idées de culpabilité, d'indignité, de ruine. Tendance au suicide. Agitation durable, en janvier 1910. Disparition des idées délirantes vers mai-juin 1910. Persistance d'un état asthénique prononcé. Enervement intense par intervalles. Décembre 1912 : amélioration. Juin 1913 : guérison. Juillet 1924 : guérison maintenue.*

Ulongd..., Charles, 49 ans, chef de bureau, entre le 3 janvier 1910.

Antécédents. — Père alcoolique chronique. Rien du côté maternel; quatre enfants bien portants ; aucune maladie nerveuse ou mentale dans la famille. — Pas de maladie grave dans sa première enfance. A 12 ans, fièvre « muqueuse ». Marié à 21 ans : quatre enfants, trois garçons et une fille, bien portants ; l'aîné a 23 ans, le plus jeune, 8 ans. — Intelligence bien développée, caractère gai ; mais, par moments, colères terribles, le plus souvent pour des futilités. Bon pour sa femme et ses enfants, et très travailleur.

Histoire de la maladie. — U... était, à la fois, comptable au service des Forêts et trésorier d'une Société de secours mutuels ; il s'était adjoint, dans ces dernières fonctions, un homme qui avait toute sa confiance. Or, un jour, en octobre 1909, il constate que 3.000 francs manquent dans sa caisse. « Ç'a été un coup terrible, dit sa femme. A partir de ce jour, ç'a été fini de lui. » Triste, abattu, taci-

©BIUM

turne, ou préoccupé, énervé, il n'a plus dormi (insomnie) ; on avait beau lui dire qu'il n'était pour rien dans cette affaire, que ses chefs et ses amis connaissaient son honnêteté, rien ne le tranquillisait. Quatre ou cinq jours après cet événement, on retrouve même une somme de 1.500 francs ; deux ou trois semaines après, le trésorier-adjoint restituait le reste. Les journaux politiques qui s'étaient emparés du fait et livrés à des injures ou diffamations, furent condamnés ; des manifestations sympathiques publiques furent organisées en faveur du malade, etc. ; rien ne parvint à modifier ses pensées.

Il disait sans cesse à sa femme : « Un homme à qui j'avais fait tant de bien et qui me vole ainsi ! J'ai été trop bon. Non, c'est moi le coupable, j'ai mal fait mon service, j'ai manqué à mon devoir, je ne devais pas lui abandonner ces fonctions. C'est moi qui suis responsable. Nous sommes perdus. Ma situation est brisée. Il va y avoir une catastrophe. Mes enfants ! Mes enfants ! Quel malheur pour vous ! »

L'agitation coléreuse était aussi marquée que l'agitation anxieuse. Il avait des accès de désespoir. Il cherchait à s'étrangler, à s'étouffer avec des mouchoirs ou des serviettes. Et cependant il faisait remarquer : « Mais j'ai une assurance sur la vie ; si je me tue, vous ne toucherez rien. » Parfois, il menaçait de tuer les personnes de son entourage.

Il avait des céphalées terribles, qui le prenaient vers une heure du matin ; il se tapait la tête le long des murs tellement il souffrait. Il disait que c'était comme s'il avait reçu des coups de madrier sur le crâne. Il accusait aussi des douleurs dans les reins. Il maigrissait peu à peu. L'estomac, dont il se plaignait chaque jour, fonctionnait mal. Il mangeait peu. Il ne vomissait pas. — Il est conduit à l'asile, le 3 janvier 1910.

Au point de vue étiologique, il importe d'ajouter, d'après sa femme, que depuis deux ans, c'est-à-dire depuis 1907, il se surmenait considérablement. Il avait maigri, en 1909. Enfin, au mois d'avril de cette même année, il avait eu des ennuis avec son fils aîné qui avait quitté la maison. Toutefois, pas d'insomnie, pas d'idées délirantes, avant l'affaire d'octobre 1909.

Etat actuel (4 janvier 1910). — La démarche du malade, ses gestes sont lents. Il pleure, gémit : « Je suis perdu !

©BIUM

Je suis un grand coupable. Je suis indigne de vivre... Il (le trésorier-adjoint) n'a pas rendu l'argent ; on le dit, ce n'est pas vrai. J'ai réellement fait des malversations dans ma comptabilité. Je n'ai peut-être pas volé, mais j'ai fait avec certaines sommes des avances pour d'autres dépenses. Quel malheur ! Que vont devenir mes enfants ? Mes pauvres enfants !... Il vaudrait mieux que tout soit fini. Je voudrais être mort... On me met dans une maison de santé, comme pensionnaire ; je n'ai pas d'argent pour payer. » Céphalée, sensation de brûlure dans la tête.

5. — Le malade est abattu, affaissé. Il accuse une lassitude générale. La parole est lente (phénomènes d'épuisement nerveux).

7. — Nouvelle période d'excitation anxieuse et colé-reuse, avec idées mélancoliques, idées de suicide, céphalée, etc. Langue saburrale. Pas de constipation. Pas de sitiophobie.

15. — Persistance des alternatives de dépression et d'excitation. Une fois, il dit : « Les gendarmes vont venir m'arrêter. Je suis un grand coupable, je suis un voleur qui mérite des châtiments. » Par intervalles, constipation.

17. — Analyse des urines négative.

19. — Je veux aller devant les juges, devant le maire pour crier mes fautes, mon indignité. Que cela finisse ! Que tout soit connu ! Tout le monde est déshonoré par ma faute. J'ai fait tant de mal à mes proches, à mes amis !... — Céphalée : « La tête me brûle, me pique. Parfois, c'est comme un coup de poignard derrière la nuque... » Le malade s'étonne que, dans l'état où il est, il puisse dormir (en réalité, il ne dort que lorsqu'il est épuisé).

28. — Même état. Retiré par sa femme. En quittant l'hôpital, dans la voiture, il a dit à sa femme qui emportait ses vêtements : « Malheureuse ! Qu'as-tu fait ? Tu as volé ce paquet... »

Etat du malade du 28 février 1910 au 18 janvier 1911. — Le malade est dans sa famille. Son état morbide se modifie. Les alternatives de dépression (asthénie) et d'excitation persistent, mais les idées mélancoliques (idées de culpabilité, d'indignité, de ruine) s'atténuent et finissent par disparaître vers mai-juin 1910. L'agitation anxieuse est alors due aux phénomènes d'ordre

©BIUM

asthénique qui persistent et se montrent durables. Le malade est violent : au cours d'étreintes brusques, il a luxé par trois fois la mâchoire inférieure de sa femme ; une fois, enfin, il a cherché à l'étrangler. Second placement à l'asile le 18 janvier 1911.

19 janvier 1911 : Idées de négation. — Le malade est affaissé sur sa chaise, le visage est amaigri ; le corps est animé de tremblements généralisés ; la mise est négligée.

Il dit : « Je ne suis plus rien. Je n'existe plus. Mon corps n'est plus mon corps. Quand je suis dans mon lit, je suis comme dans un tombeau. Mes yeux n'existent plus, ils sont anéantis, et pourtant ils sont encore sur ma figure. Voyez ma bouche, elle n'a plus de dents... Jamais je ne pourrai rien faire, je le sens bien. Je n'aurai plus la force voulue. Je m'étais occupé de trop de choses à la fois. » Pas d'idées d'immortalité ; pas d'idées de culpabilité. Pas de diminution de la mémoire.

3 février. — « Mon corps est défait, détruit... Il me semble que je suis tout démoli. » Gâtisme depuis l'entrée.

15 avril. — Disparition du gâtisme. Même état physique et névrosique.

26 juin. — Pas d'idées de culpabilité. « Je n'ai fait de mal à personne. Je n'ai rien à me reprocher. *Je me suis frappé bien inutilement.* Je me suis laissé aller à un désespoir que rien ne justifiait ; la certitude m'en a été donnée à maintes reprises par tous ceux qui s'intéressent à moi. »

L'asthénie est manifeste : « Je me sens tellement affaibli physiquement et moralement que je me demande si la mort ne serait pas préférable. Je sais que je ne peux plus rien faire ; je voudrais mourir. Il me semble que je suis tout démoli. J'aurais pourtant bien voulu guérir, si j'avais pu. Je vois les autres qui travaillent, qui vont et viennent, et je ne peux pas faire comme eux... Je ne suis pas comme tout le monde, je ne pourrais pas faire ce qu'ils font ; ils portent des fardeaux, je suis faible, je manque de force... Je n'ai pas de suite dans les idées, je ne pense pas, je ne sais plus rien. Je ne sais plus ce que je fais (pas d'amnésie en fait, mais difficulté d'évoquer les souvenirs)... Oui, je suis déjà venu ici. Ça devait être en 1910..., janvier, je crois... Je suis sorti vers le mois

©BIUM

d'avril, je crois... Je pense, je me rappelle, mais tout est vague.

« J'ai toujours des idées de mort. Je me considère toujours comme perdu. Je pense aux miens ; je me dis : Ils vont être dans la misère. J'attends mon cercueil. J'ai des peurs terribles, ici, à cause des autres malades, de leurs gestes, de leurs cris... Je suis resté trois mois (?) sans boire, ni manger. » Insomnie. Céphalée. Pas d'amaigrissement.

19 juillet. — Fréquemment le malade présente des épisodes anxieux et surtout coléreux.

« Je suis détraqué, brisé, démoli. Je suis perdu, je le sais ; c'est un malheur pour les miens. Il fallait une victime, il y en a une. Je préfère mourir que manger... J'aime mieux être interné que d'aller chez moi, je ne veux pas que les miens aient de la peine (il verse quelques larmes)... Non, je ne guérirai pas, car je suis dans un trop triste état. On m'enterrera demain. Je ne suis plus qu'une loque. Je ne peux plus avancer. Je ne suis plus comme tout le monde... Les malades disent que je suis allé commettre des crimes sur les grand'routes... Ce lait que vous m'obligez à prendre, ça m'empoisonne... J'ai eu tort de me tourmenter pour cet argent. Ce misérable m'avait volé ! J'ai pris ça à cœur. »

9 août. — Le malade cherche à réagir contre son asthénie. Il dit : « La qualité primordiale d'un père doit être la fermeté, la force de caractère. Il faut que je travaille. » Alors il a balayé ce matin et il est souriant : « Oui, j'ai balayé. J'ai dit : Il faut que je fasse quelque chose. — D. — Mais vous refusez de manger ? — R. — C'est pas la peine. — D. — Vos forces sont donc revenues ? — R. — Non, mais je travaille quand même, il faut que je travaille. Il faut absolument que je fasse quelque chose. Tout ce que je vois faire aux autres, je *veux* le faire. Je suis content de faire quelque chose. Que vaut mon travail ? Je n'en sais rien... Oh ! j'ai du goût sans en avoir. Je me sens un peu plus fort, un peu mieux. Je cherche à imiter les autres. Oh ! non, je ne suis pas guéri. »

Au bout de quelques heures ou quelquefois de quelques jours le malade voit qu'il ne peut pas arriver à travailler comme les autres (manque de force), alors il redevient triste, inquiet et coléreux ; il a des crises violentes de désespoir (agitation coléreuse). Il va et vient dans la chambre et dans la cour, d'un pas rapide. Il

©BIUM

répond sèchement ou profère des insultes, des grossièretés, presque à tout le monde. Il casse des carreaux, brise des chaises, déchire ses vêtements, etc. Au lit, il lacère ses couvertures, ses draps, se frappe la tête contre le mur, déchire sa paillasse, se couche nu dans la paille (cela dure quelquefois plusieurs jours). Si on lui adresse la parole, il dit qu'il attend la mort, qu'on va l'enterrer, qu'il est dans son tombeau. Si quelqu'un entre, il demande si c'est sa châsse qu'on apporte. Si sa femme vient, il l'injurie, etc. Il parle beaucoup dans ces accès coléreux (excitation intellectuelle) ; ainsi, par moments, il dit qu'il n'a pas de femme, qu'il n'a jamais été marié ; plus tard, il accuse sa femme de lui avoir fait toutes sortes de misères, de l'avoir enfermé à l'asile... Puis, il se met à chanter des airs d'opéra ; il raconte les voyages qu'il a faits comme congressiste mutualiste, etc. etc. En principe, l'émotion énervement domine dans le tableau clinique.

Cette phase d'excitation est suivie de dépression profonde. Le malade accuse de la fatigue, de la courbature, des douleurs musculaires. Il regrette, les larmes aux yeux, ce qu'il a dit, ce qu'il a fait. Il se plaint toujours d'asthénie.

En résumé, le syndrome asthénie est constant. Les périodes d'excitation coléreuse, suivies de fatigues, durent de quelques heures à quelques jours ou semaines.

16 août 1912. — Depuis un an, pas de modification. Il prétend qu'il ne dort jamais. Il refuse ordinairement les médicaments.

3 décembre. — Est resté calme trente-trois jours.

7. — « Je me promène, oui, c'est vrai, mais je me traîne plutôt. C'est un supplice de ne pas pouvoir être comme les autres. Je m'énerve parce que je vois que je ne suis pas comme les autres... Je ne peux pas faire comme ils font... Je ne peux pas reposer dans mon lit.

« Il me semble que les personnes qui m'entourent m'en veulent, me regardent de travers...

« Il me semble que je n'ai plus de cœur. Je ne le sens pas battre.

« Je souffre horriblement (il montre automatiquement le creux épigastrique). Je ne dors pas. J'entends les autres dormir c'est affreux.

« Je ne mange pas » (il reste souvent plusieurs jours sans manger). Pas d'amaigrissement. Bon état physique,

©BIUM

15. — Voici quelques phrases trouvées dans les notes du malade : « Ma fille aînée, pauvre enfant, si bonne et si douce ! Pourquoi faut-il que la fatalité ait fait de ton père ce qu'il est aujourd'hui ? Ton petit frère est malade, ce qui a empêché ta mère de venir : c'est à croire que tout s'acharne contre une femme pour la rendre malheureuse. Demain, je serai peut-être mal (énervé) ; mais ma dernière pensée aura été pour ma famile. Chaque visite qui m'est faite me donne le regret d'une vie brisée... La faiblesse de caractère est une lâcheté... La misère en commun (dans la famille) est préférable à la séparation (l'asile)... Je n'ai jamais commis de faute contre l'honneur, mais ce qui me fait le plus souffrir, c'est de penser que des méchants pourront faire du mal à mes enfants, à cause de moi... Ah ! que ceux qui ont conservé la santé sont heureux !... Souffrir toujours et faire souffrir les siens, voilà ma destinée !... Chaque jour apporte son nouveau contingent de souffrance... Ma vie, je la traîne comme un boulet... Je suis perdu... Ma femme est venue... Plus je la vois, plus je regrette mon bonheur perdu... Ce qu'il y a de plus terrible, c'est que toute idée n'est pas morte en moi, malgré l'état lamentable de mon physique... Je vois les autres travailler, manger, jouer : quel contraste pénible !... La fatalité m'accable. Je ne méritais pas ce qui m'est arrivé. »

Janvier 1913. — Sortie d'essai et guérison *totale* en trois mois.

Juillet 1924. — Toujours bien portant et travailleur. Il a supporté sans faiblir toutes les émotions et privations de la guerre de 1914-1918.

Commentaires de l'obs. 3. — La cause de la mélancolie ici fut précise ; le malade constata qu'une somme de 3.000 francs manquait dans la caisse de la Société de Secours mutuels dont il était le trésorier. Sa femme ajoute, au point de vue étiologique, que son mari se surmenait intellectuellement, mais ce surmenage ne s'était traduit par aucun phénomène d'épuisement ; elle ajoute que son mari avait eu, auparavant, un choc moral par le fait d'un désaccord avec son fils aîné ; mais ce choc n'avait été suivi d'aucune manifestation psychique morbide. Le délire de culpabilité, à la période d'état, n'était pas permanent ; dans l'intervalle,

©BIUM

le malade accusait surtout de l'asthénie. Il eut ensuite des idées de négation ; mais sans idées d'immortalité, ni d'énormité : le syndrome de Cotard, à notre avis, est fondé sur des interprétations fausses, déterminées par l'état d'asthénie secondaire à la douleur morale. Par moments, on voyait se développer chez lui des crises d'excitation, intenses et prolongées, à base d'énervement. Ses propos, durant cette phase coléreuse, étaient extrêmement incohérents. Calme, il jugeait parfaitement sa conduite, s'excusait regrettait ses paroles, ses gestes. Il a guéri complètement. Aujourd'hui, en 1924, il déclare catégoriquement que la cause de sa maladie fut la disparition des fonds qui lui avaient été confiés à titre de trésorier. Il fait observer qu'il est moins impressionnable qu'avant 1909.

Obs. 4 (personnelle). Résumé. — *Menuisier, 52 ans (1912), Etiologie : diminution des commandes de travaux, coïncidant avec une situation financière relativement mauvaise ; enfin et surtout, cinquième grossesse de sa femme. Mélancolie délirante : idée de culpabilité, d'indignité, de ruine, de suicide. Evolution plutôt rapide vers la guérison. En 1922 : guérison maintenue.*

Avidd..., Edouard, menuisier, 52 ans, entre à la C. P. X..., le 6 juin 1922.

Antécédents héréditaires — Rien du côté paternel. Mère atteinte d'hémiplégie, décidée vers 60 ans ; sept enfants; un frère est mort, à 34 ans, à l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes; une sœur, placée plusieurs fois dans le même asile, s'est pendue le 20 juin 1912 ; elle était atteinte vraisemblablement de dysthénie périodique post-mélancolique.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Durant son service militaire, a fait campagne en Turquie. Marié à 29 ans, quatre filles bien portantes. Homme intelligent, de caractère doux ; ouvrier estimé. Pas de stigmates d'alcoolisme chronique. Crises de coliques néphrétiques en 1900.

Histoire de la maladie. — Depuis deux ou trois ans, les travaux de menuiserie n'étaient plus aussi abondants que

©BIUM

par le passé : le malade dut contracter quelques dettes chez ses fournisseurs. Chacun dans la famille le savait. Récemment même, à l'occasion de l'achat de la maison de son beau-père, — achat qu'il tenait à réaliser pour ne pas avoir de main-morte à payer, — sa nièce, qui a une quarantaine d'années, lui dit : « Tu ferais bien mieux de payer tes dettes au lieu d'acheter une maison ». Cela le mortifia très dur. Enfin, et cet événement apparaît comme celui qui eut le plus d'importance dans le développement de l'état psycho-émotionnel morbide, en février 1912, sa femme se trouve enceinte (cinquième enfant). Petit à petit, surtout à dater d'avril-mai, son caractère change, il devient sombre, triste, anxieux, néglige ses occupations, ne travaille que très irrégulièrement, pleure fréquemment, ne dort pas, s'accuse de toutes sortes de choses, mais surtout il regrette d'avoir mis sa femme enceinte : un nouvel enfant et pas de travail, c'est la ruine et par sa faute. Placement à l'asile le 8 juin 1912.

Etat actuel (9 juin 1912). — Le délire mélancolique est nettement accusé ; il est riche, varié, durable. Le malade parle avec des efforts, par à-coups. Il gémit, soupire, pleure, se remue sur sa chaise (énervement).

« Je suis grandement coupable, dit-il. Je vais être jugé. Je vais être condamné par les tribunaux. J'ai sur la conscience toutes espèces de choses, de grandes choses, je ne saurais vous dire tout le détail. Et puis, vous le savez..., ma femme enceinte... avec des dettes. Je ne peux plus pleurer. Je mérite plus que la mort. J'ai eu tort de suivre mes idées, mes désirs (il pleure). J'ai fait des sottises à M. L... (son protecteur) ; c'est un brave homme, et moi, je ne le suis pas.

« On a tort de s'occuper de moi, je ne le mérite pas puisque la police a droit sur moi. Pourquoi faire écrivez-vous ? Ce n'est pas la peine de vous intéresser à moi. Je viens d'abandonner ma famille en venant ici (il se cache la figure, sanglote).

« Qui va payer pour moi dans cette maison ? Je suis ruiné et ma famille aussi. On n'aurait pas dû me laisser m'engager ainsi, puisque je ne peux pas payer (plaintes, gémissements).

« Tout le monde sait ce que j'ai fait, je le vois bien (interprétations délirantes, mais plutôt peu actives).

« L'idée de suicide me vient, mais ce n'est pas une idée fixe comme les autres. »

©BIUM

Il accuse quelques phénomènes asthéniques : « Je ne serais bien que toujours assoupi, tellement je suis faible. Par moments je ne pense bientôt plus à rien. Je ne comprends plus rien. J'ai toujours un voile devant les yeux » (asthénopie accommodative). Difficulté à pleurer. Constipation opiniâtre (asthénie intestinale).

Enervement plutôt peu marqué. Céphalée: « Ça me serre parfois la tête très dur ». Insomnie. Langue suburrale. Pouls petit et rapide. Pupille égales et actives. Réflexes rotuliens normaux.

25. — Paraît à ce jour moins mélancolique que préoccupé de santé : « Rien ne fonctionne. Les médicaments que vous me donnez, ça ne fait que m'abîmer l'estomac. »

28. — Quelques idées mélancoliques : « Aujourd'hui j'ai encore des dettes (exact). Nous vivions sur le crédit (faux : le malade a une certaine fortune et ses créanciers ne l'ont jamais mis en demeure de s'acquitter envers eux). Qui va payer ici ? Qui va payer le linge que je salis ? Je n'ai pas fait ce que j'aurais dû faire. » Toutefois, il est impossible de le faire développer ses autres idées mélancoliques, comme à l'arrivée. Il prétend qu'on sait tout, qu'il est inutile de revenir sur ces choses-là.

En revanche, au point de vue asthénique, il paraît manifestement mieux : « Je me sens plus fort que lorsque je suis arrivé ici. Ça va mieux, je pense que je guérirai. »

Bon état général. Disparition de l'insomnie et de la céphalée.

Juillet 1912. — Placé au pavillon des malades tranquilles. Se promène dans les jardins, parle plus volontiers, mais pas de sa maladie ; il voudrait rentrer dans sa famille.

29 août. — Sortie par guérison.

15 septembre. — Il nous écrit : « Je me porte très bien pour le moment. Tout fonctionne bien. J'ai repris la vie de famille et en même temps le travail ; j'ai de quoi m'occuper d'ici longtemps. Je crois que ça marchera maintenant. Toutes les mauvaises pensées ont disparu. »

27 avril 1913. — Santé physique et morale excellente. Il est père d'une cinquième petite fille depuis le mois d'octobre 1912.

7 juillet 1922. — Ni rechute, ni récidive. Néphrite chronique depuis 1919-1920; le malade est tenu de suivre un régime sévère et sa capacité ouvrière est diminuée. Il a éprouvé de nombreux ennuis pendant la guerre, mais les a parfaitement supportés.

©BIUM

Commentaires de l'obs. 4. — Mélancolie délirante ayant évolué, plutôt rapidement, vers la guérison (durée de cinq à six mois). Phénomènes asthéniques secondaires très nets, mais bénins. Dans de tels cas l'internement devrait être évité. Il est à remarquer que la terminaison a été favorable bien que les antécédents héréditaires fussent chargés.

Obs. 5 (personnelle). Résumé. — *Fermier-cultivateur, 46 ans (1912). En 1910-1911, revers de fortune ; pertes d'animaux. Chagrin, ennuis. Idées de culpabilité, d'indignité, de ruine ; reproches, sentiment de honte, isolement ; interprétations fausses, illusions. Quelques idées de suicide. Asthénie secondaire au développement de l'état émotionnel douloureux. En juillet : amélioration ; en avril 1913, guérison complète. Décès en 1915 : cancer de la face.*

Landinb..., Jean-Marie, cultivateur, 46 ans, entre à la C. P. X..., le 25 mars 1912.

Antécédents. — Père et mère morts à un âge avancé : 89 et 75 ans. Une sœur bien portante. Pas de maladie nerveuse ou mentale dans la famille. Personnellement, pas de maladie grave dans son enfance ou dans sa jeunesse. Hernie inguinale droite congénitale. Marié à 35 ans, en 1901 ; deux garçons bien portants. Buveur, mais pas de stigmates de l'intoxication éthylique. Homme intelligent, fort, vigoureux, intéressé, de caractère plutôt gai, mais emporté quand il buvait.

Histoire de la maladie. — Au cours de l'hiver 1910-1911, il eut des revers de fortune : il perdit une dizaine de petits « lards » (petits porcs), et plus tard une vache ; il vendit aussi un taureau à vil prix. Cela lui a « tapé » dans la tête, suivant l'expression de son entourage. Depuis, il est en proie à des idées noires, il est triste. Son état s'est aggravé peu à peu, surtout en novembre (1911). Il ne cesse de répéter qu'il n'arrivera pas à faire face à ses affaires, qu'il a toujours des malheurs. Il prétend que les pertes d'animaux l'ont ruiné. Il s'adresse des reproches : « Tout ça, c'est de ma faute, je travaille mal mes terres, je dirige mal mon ouvrage, je fais de mauvais marchés, etc. » Il déclare toujours, à propos des événements qui se produisent, que les torts sont de son côté. Il a honte, il ne veut plus aller ni causer avec personne ; il s'isole, quelquefois

même il refuse de sortir du lit. Il dit qu'il ne reparaîtra jamais devant le monde, qu'il n'est pas digne de vivre, qu'il faut lui couper la tête.

Il se livre à des interprétations fausses. Il prétend que le monde se rit de lui, qu'on lui en veut. S'il voit deux individus parler ensemble, il croit tout de suite que c'est de lui qu'ils s'entretiennent. Il dit aussi avoir vu dans les journaux qu'il arrangeait mal ses terres. Quelquefois, il prétend entendre les gens l'insulter (illusions ou hallucinations).

Par moments, il parle de s'en aller et de se détruire ; il s'énerve et menace.

Au début, il accusait des éblouissements : quelque chose lui passait sur la vue.

Appétit très diminué.

Il est amené à l'asile le 25 mars 1912,

Etat actuel (26 mars 1912). — Le malade est calme, mais abattu, par intervalles ; il contracte les sourcils.

D. — Vous souffrez. Qu'avez-vous ? — R. — J'ai des idées... C'est toujours la tête qui travaille. Je ne sais pas où je vais chercher toutes ces idées-là...

D. — Quelles sont ces idées ? — R. — Toujours des idées que mon travail était mal fait. Quand je « charruais » (labourer), je trouvais que la terre n'était pas bien travaillée. Il me semblait que, autrefois, je faisais mieux que cela. On me disait pourtant que je traçais mes sillons aussi bien que les autres... Pour tout, c'était la même chose.

D. — Comment sont venues ces idées ? — R. — J'ai eu des malheurs. J'ai perdu des bêtes. Ça m'a monté petit à petit à la tête. Je pensais que je n'étais pas capable de diriger ma ferme. Ça dure depuis plus d'un an.

« Et puis, j'ai honte. Je ne veux voir personne. Je crois qu'on se moque de moi. Tout ce que le monde dit, je le prends pour moi. C'est étonnant (interprétations fausses dont il apprécie jusqu'à un certain point la fausseté). C'est plus fort que moi ; j'y croyais malgré moi. Quand j'étais jeune, je me rappelle que j'avais toujours honte du monde.

D. — Vous sentez-vous malade ? — R. — Depuis que j'ai ces idées-là, j'ai beaucoup moins de force (asthénie). Je n'ai aucune vivacité dans les membres. » Pour le démontrer, comme il est assis, il lève les bras en l'air et

©BIUM

les laisse tomber lourdement sur les genoux). Il marche lentement. Il parle avec effort. Il évoque difficilement ses souvenirs : cela l'énerve : « Est-ce malheureux ! Je sais et je ne peux pas trouver. Je me sens perdu... Jamais je ne guérirai. Tout me gêne, tout me fâche. Quand je suis dans un endroit, je voudrais être dans un autre (léger degré d'inquiétude et d'énervement). Il vaudrait mieux être mort que d'être comme ça (tendance au suicide). »

Il accuse de l'épigastralgie, de la céphalée, des cauchemars, de l'insomnie.

4 avril. — Pas d'idées mélancoliques dans le temps présent ; ne s'adresse pas de reproches.

Il est surtout préoccupé par les phénomènes asthéniques: « C'est un mal minant. Pas de force; pas de courage, aucune énergie. Si je me baisse sur les jambes, j'ai de la peine à me redresser. Les jambes, les bras, c'est mou. Il me semble que le sang ne marche pas dans les veines. Ma tête s'embrouille, surtout si je parle. Comme je suis là, je ne pourrais pas travailler. »

Quelques troubles de la perceptivité : « Les premiers jours, ici, quand je me réveillais, j'étais tout égaré. Je ne savais pas où j'étais. Ça durait un bon moment. »

Insomnie : « Au lit, je plie, je remue les jambes, je suis énervé, pas à mon aise. »

Céphalée : « Par moments, je souffre en avant, en arrière. C'est un petit mal, pas dominant, pas à ne pas pouvoir résister. » Douleurs dans les fesses qui descendent dans les jambes. Bourdonnements d'oreilles.

Juin. — « Je me sens mieux, l'idée du travail revient. J'ai plus de force. Je dors mieux. » Cauchemars (ne peut les évoquer).

11 juillet. — Sortie par amélioration.

16 avril 1913. — Le malade est complètement guéri.

11 décembre 1915. — Il est décédé à cette date, des suites d'un cancer de la face, opéré à deux reprises, en mars 1914 et en mai 1915. Il a souffert terriblement, mais n'a jamais déliré en aucune façon : sa santé physique même, jusqu'au dernier mois, est restée très bonne.

Commentaires de l'obs. 5. — Mélancolie délirante avec asthénie secondaire très bien caractérisée. Les idées vésaniques se sont développées lentement, et n'ont duré que quelques mois ; le malade a été placé

©BIUM

à l'asile au moment où le délire s'effaçait. L'asthénie (amyosthénie et anidéation) a persisté plusieurs mois après le délire. La guérison, cependant, s'est réalisée complètement.

Conclusions. — Voici d'un point de vue général, les conclusions que nous croyons pouvoir tirer du présent mémoire :

1° Il existe une mélancolie vraie, qui diffère totalement de la mélancolie périodique des auteurs, laquelle, du reste, n'est pas de la mélancolie, mais de la dépression pure ou asthénie (J. Tastevin) ; c'est donc une erreur clinique et nosologique que d'incorporer la mélancolie à la psychose périodique ;

2° La mélancolie vraie est de cause et de nature dysthymique ; l'émotion essentielle qui la détermine, est le chagrin, la tristesse. La mélancolie représente, en vérité, un accès d'hyperthymie à base de chagrin ;

3° Chez les jeunes sujets, on peut observer une mélancolie vraie qui n'est ni de la démence précoce, ni de la psychose périodique ;

4° Les formes de la mélancolie sont : 1. la mélancolie sans délire (mélancolie minor) ; 2. la mélancolie délirante (mélancolie major), avec ou sans agitation anxieuse ; 3. la mélancolie-stupeur, qui, assez souvent, s'accompagne d'idées délirantes ;

5° La mélancolie vraie, dans ses formes les plus graves, est parfaitement curable ; à notre avis, elle doit se terminer favorablement dans plus de 50 0/0 des cas;

6° Le traitement moral est le traitement de choix ; il est à peu près irréalisable dans les asiles actuels d'aliénés, faute de locaux convenables et faute d'un personnel nombreux, éduqué et stable.

©BIUM

Documents Cliniques

Réaction fébrile exagérée chez un épileptique tuberculeux à l'occasion d'une grippe. Hyperexcitabilité sympathique.

Par Henri DAMAYE et Pascal AVELLA

Le traitement de l'épilepsie a fait, en ces dernières années, un pas énorme, depuis qu'on s'est aperçu que le cerveau n'était pas seul en cause dans la symptomatologie de l'affection, mais que le système nerveux végétatif y jouait souvent un rôle considérable. Ainsi en est-on venu à associer au Gardénal la borosodine ou la belladone, selon la prédominance sympathicotonique ou vagotonique du comitial.

L'un de nous étudia, avec M. Warschawski, la forme sympathique de l'état de mal et montra les heureux effets de l'ésérine associée au somnifène dans cette terrible forme de l'accident.

Le Gardénal supprime les crises convulsives, mais point les phénomènes sympathiques, et des états de mal sans convulsions peuvent survenir au cours du traitement avec les symptômes cardinaux suivants : hyperthermie à 40° ou 41°, battement intense du pouls, surtout aux artères de la tête, langue rôtie. En de tels cas, ainsi que nous l'avons montré l'an dernier, le somnifène et l'ésérine peuvent rendre de grands services. M. Henri Colin a montré que le Gardénal, bien moins fréquemment que les bromures, mais quelquefois aussi, pouvait être agent de substitution, remplaçant les convulsions par des accès délirants ou de l'agressivité.

©BIUM

Nous venons d'observer un malade qui, malgré un traitement au Gardénal régulièrement suivi et la disparition complète des crises convulsives, réagit par des phénomènes sympathiques à une infection grippale bénigne d'abord, mais qui prit de l'importance en raison d'une tuberculose pulmonaire en évolution. Le malade mourut d'œdème aigu du poumon par le fait de la grippe.

Ce qui est intéressant chez cet épileptique sans crises est une courbe de température chevauchant, pendant neuf jours, de simple trachéo-bronchite, entre 40° et 41°, avec battements artériels intenses et langue sèche, rate augmentée de volume. Il y avait bien là de quoi dérouter un clinicien qui eût ignoré l'épilepsie du malade.

Si ce malade n'avait pas été tuberculeux, l'ésérine et le somnifène l'auraient peut-être guéri. Nous sommes en droit de le penser, car ésérine et somnifène rendirent à la langue son humidité et firent disparaître à peu près l'éréthisme artériel. La température ne chevaucha plus qu'entre 39° et 40° avec l'intervention de ces médicaments.

La température ne tomba pas, mais nous avions fait aussi un abcès de fixation et l'œdème aigü du poumon commençait a s'installer.

Telles sont les particularités intéressantes du cas que nous rapportons ici (1).

C... Fernand, marin, entré à l'asile en août 1925, célibataire, à l'âge de vingt-quatre ans.

Père « très nerveux ». Mère a quatre enfants et a fait deux fausses couches. — Le malade a eu la rougeole à quatorze ans et, à cette occasion, les crises convulsives d'épilepsie apparues à l'âge de neuf ans, devinrent plus fréquentes. Vers la vingtième année, C... devint irascible, agressif et menaça de mort, à plusieurs reprises, des membres de sa famille. Il fut traité, chez lui,

(1) Avant le gardénal, nous remarquions la fréquence des états de mal au moment des épidémies de grippe. Nous avons vu des convulsions survenir chez un enfant convalescent d'une laryngo-trachéite grippale. Damaye, *Progrès médical*, 16 sept. 1922. La grippe et l'état de mal comitial.

©BIUM

par le bromure de potassium d'une façon très irrégulière.

A son entrée à l'asile, mydriase légère, réflexes tendineux exagérés. Pas d'obnubilation intellectuelle ; pas d'incohérence ni de troubles de l'orientation. Signes de bacillose pulmonaire à la première période.

Dès la première crise convulsive, le malade est mis au gardénal (trois comprimés par jour et extrait de belladone pendant dix jours par mois. La belladone se montra ici radicale, beaucoup plus efficace que la borosodine).

Les crises convulsives ne reparurent plus. Le malade travailla et son caractère s'améliora énormément. Mais en décembre 1925, la famille exigea la sortie et négligea le traitement de l'épilepsie. Les crises reparurent bien vite, accompagnées d'excitation, et le malade fut ramené à l'asile au bout d'une huitaine de jours. Le traitement antérieur fut réinstitué et de nouveau très régulièrement suivi. Les crises convulsives et l'excitation disparurent comme auparavant.

Le 4 février 1927, à la fin de l'épidémie de grippe qui sévit à l'asile comme un peu en toute la France, C... fut pris de laryngite grippale. On continua, bien entendu, le gardénal.

Ce qui frappa, dès le 6, ce fut la réaction fébrile à 40°6 et l'oscillation persistante, les jours suivants, entre 40° et 41°.

C'était une température hors de proportion avec les signes cliniques de laryngo-trachéite et la bacillose pulmonaire non ramollie. La rate parut grosse. Ni sucre ni albumine dans les urines. Point de Mac-Burney et ventre légèrement ballonné, mais pas de syndrome appendiculaire bien net. Pas de vomissements ni de nausées, ni de constipation.

Mais en même temps, la langue était sèche, le pouls vibrant, surtout aux artères de la tête ; un peu de mydriase. On pouvait penser à un état de mal comitial à forme sympathique, grâce à la notion de l'épilepsie du malade ; car un clinicien non averti de cette épilepsie eût pu errer formidablement en matière de diagnostic, en présence de cette symptomatologie. On aurait

©BIUM

peut-être pensé à une appendicite, à une septicémie, à une typhoïde..

Grâce à la notion de l'épilepsie du malade, nous diagnostiquâmes un état de mal comitial sans convulsions à forme sympathique, déclanché sans doute par l'infection grippale légère. Le malade réagissait à cette infection alors bénigne selon son système nerveux déréglé. Il eut une crise convulsive.

On alimenta avec du lait sucré mélangé d'œufs. On fit une injection de salicylate d'ésérine, un milligramme, une injection intra-veineuse de 0,07 somnifène. Pendant l'injection de somnifène, le malade eut une crise convulsive de nouveau, comme la veille. Mais les crises ne reparurent plus ensuite : ces deux restèrent isolées.

Les moyens révulsifs furent mis en œuvre comme adjuvants : ventouses scarifiées, sinapismes aux membres inférieurs et, le 15 février, on fit un abcès de fixation à la térébenthine. On fit aussi chaque jour du sérum artificiel et de l'huile camphrée à haute dose. L'ésérine fut continuée chaque jour (1).

Sous l'influence de cette active médication, la langue redevint humide, l'éréthisme artériel s'atténua énormément et la fièvre oscilla entre 39° et 40°. Le malade se sentit un peu mieux et prit de meilleur appétit son lait sucré et ses œufs.

L'abcès de fixation évolua très bien et fut incisé.

Mais, hélas ! le 17 février, nous constations des signes de congestion œdémateuse aux deux poumons sans broncho-pneumonie. On eut beau faire : le malade mourut le 21.

NÉCROPSIE. — Léger œdème des pieds. — Plèvres très épaissies avec adhérences interlobaires très solides. — Au poumon gauche, congestion avec œdème intense ; quelques petits points très rares d'hépatisation rouge tout au début ; pas de tuberculose. — Au poumon droit, tubercules gris et caséeux non ramollis infiltrant toute la base ; pas de cavernes ; un peu d'œdème. Pas

(1) Nous conseillons aussi l'ERGOTAMINE dans les états de mal sympathiques des comitiaux.

©BIUM

de broncho-pneumonie. — Péricardite bacillaire avec environ dix c. cubes liquide séro-citrin. Ventricules en systole. Pas de lésions valvulaires. — Foie gros sans lithiase, très peu dégénéré. — Rate grosse non dégénérée. — Reins en état de dégénérescence graisseuse nette mais encore peu avancée. Surcharge graisseuse du bassinet. — Quelques adhérences anciennes à l'appendice ; pas d'appendicite en évolution. Rien au reste du tube digestif. — Dans la boîte crânienne, cinquante centimètres cubes environ de liquide. Pie-mère très légèrement, à peine épaissie, non adhérente au cortex. Les ventricules sont moyennement amplifiés et remplis de liquide. Pas d'athérome des artères.

La mort était donc le fait d'un œdème aigu du poumon qui commençait à peine, après quinze jours de maladie fébrile, à faire de l'hépatisation rouge. On ne pouvait donc invoquer la pneumonie. La fièvre à 40°, 41°, accompagnée de phénomènes d'éréthisme sympathique, ne répondait pas à la lésion grippale : elle répondait à l'épilepsie.

Cette observation est une contribution aux réactions nerveuses anormales, aux réactions fébriles anormales des comitiaux.

En résumé, grippe légère chez un comitial tuberculeux, ayant, très vraisemblablement, déclanché un état de mal à forme sympathique avec température à 40°, 41°. Le traitement somnifène-ésérine jugule l'état de mal. Mais la grippe, jusque-là bénigne, s'aggrave et détermine un œdème aigu du poumon qui emporta le malade.

©BIUM

Encéphalite épidémique chronique fruste avec crises de bradypsychie et perversions instinctives chez un enfant de douze ans (1)

Par Georges PETIT et Henry DAUSSY

A mesure que se prolonge l'épidémie d'encéphalite dite léthargique qui, depuis plus de dix années, continue à sévir dans tous les milieux avec une inquiétante ténacité, nous apprenons à mieux connaître et à mieux déceler nombre de syndromes qui, très différents des formes classiques, appartiennent cependant légitimement à cette affection. Malgré leurs modalités cliniques à la fois très diverses et très variables, malgré le caractère souvent fruste et intermittent de leurs manifestations, — parfois monosymptomatiques, comme dans notre observation, — il est possible de déterminer leur origine et de les rattacher à leur cause toujours présente : l'infection par le virus encéphalitique.

A ce propos, qu'il nous soit permis d'insister une fois de plus sur cette notion incontestable, et qui paraît encore cependant trop généralement méconnue : à savoir que l'infection par le virus encéphalitique se comporte à l'égard du système nerveux et de l'organisme tout entier, non point comme une infection aiguë ou subaiguë passagère qui s'éteindrait au bout de quelques semaines ou de quelques mois (à l'exemple de la méningite cérébro-spinale, de la poliomyélite, etc.), en laissant seulement après elle des cicatrices organiques, des séquelles résiduelles, mais, au contraire, — et ainsi que l'un de nous (2) en rapportait maints exem-

(1) Communication faite à la séance de la Société Médico-psychologique du 27 décembre 1926.

(2) Georges PETIT. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 22 avril 1921. — *Soc. Médico-psychol.*, 25 juillet 1921. — *Soc. de Psychiatrie*, 21 avril 1921.

©BIUM

ples cliniques dès 1921, — comme *une infection chronique, à manifestations le plus souvent intermittentes ou paroxystiques, dont la virulence latente, mais tenace, peut se révéler par des reprises et des réactivations, par des symptômes et des syndromes aussi polymorphes que variables, durant plusieurs années après le début.*

L'histoire du jeune malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous est un nouvel exemple de cette évolution d'une maladie infectieuse qui, malgré une symptomatologie initiale fruste, continue, au bout de sept années, à manifester sa virulence par des troubles psycho-organiques fort graves.

Jean C., âgé actuellement de douze ans.

Antéc. hér. et coll. — Grand-père paternel alcoolique et syphilitique. Père mort hémiplégique à 43 ans. Frère aîné instable, « tête brûlée ». Mère et deux sœurs bien portantes.

Antéc. person. — Né à terme. Pas de convulsions. Développement physique et intellectuel normal : enfant plutôt précoce.

Pendant l'hiver 1919-1920, Jean C., qui était alors âgé de cinq ans et qui commençait à fréquenter l'école où il se montrait un enfant vif, éveillé et intelligent, se met à présenter, dans le cours de chaque journée, des *accès de somnolence incoercibles.* « Il était inutile, nous dit la mère, d'essayer de tirer l'enfant de son sommeil : il y retombait aussitôt. » Ces crises de narcolepsie se prolongeaient pendant une heure, environ ; dans l'intervalle des accès de somnolence, l'enfant paraissait normal, continuant à jouer et à étudier. Ni l'entourage, ni Jean C., ne se souviennent que le jeune garçon ait présenté, durant cette période, d'autres symptômes de la série encéphalitique : troubles oculaires, fièvre, insomnie nocturne ou cauchemars, myoclonies, tremblements, troubles de l'humeur ou du caractère, hallucinations ou idées délirantes, etc. Hors ces accès de somnolence, Jean C., paraissait tout à fait normal. Un médecin consulté avait d'ailleurs rassuré la famille, en parlant de « troubles de la croissance ». L'institutrice ayant été prévenue de ces accès de sommeil, le jeune garçon continua donc à fréquenter l'école où il se comportait alors comme un élève intelligent et travailleur. Les accès diurnes de somnolence persistèrent ainsi, avec un rythme variable, *pendant environ quatorze mois ;* d'abord

©BIUM

quotidiens, ils s'espacèrent progressivement pour finalement disparaître.

L'enfant avait alors dix ans passés. Il se révélait comme très intelligent, mais ses maîtres et sa famille commençaient à remarquer sa dissipation, sa turbulence et sa perversité. Petit à petit s'établit, en effet, depuis lors, un ensemble assez particulier de *perversions morales,* accompagnées de *troubles de l'humeur, du caractère et de la conduite* qui allèrent en s'accentuant de plus en plus, au cours de ces dernières années, avec de telles modalités que Jean C., considéré longtemps comme « un mauvais sujet » par son entourage, nous est amené cependant en consultation par sa mère qui finit par soupçonner le caractère pathologique de cet état.

Elève très intelligent mais dissipé et inégal, Jean C.. est considéré par ses maîtres comme un enfant indiscipliné, méchant et insupportable. Il a été renvoyé successivement de toutes les écoles où il était placé, si bien que sa famille a été obligée, en dernier lieu, de le confier à un ecclésiastique chargé de veiller sur lui seul.

Irritable à la moindre observation, il présente fréquemment des *crises de colère* extrêmement violentes durant lesquelles il menace, insulte grossièrement ou même frappe condisciples, maîtres et parents ; depuis quelques années, il s'attaque même aux inconnus qu'il rencontre dans la rue, aux sergents de ville en particulier qu'il apostrophe ou insulte sans aucun motif. Il manifeste habituellement, mais en particulier le soir, un *besoin d'agitation et de dissipation,* bavarde intarissablement et hors de propos, taquine malicieusement son entourage, fait « de vilains tours », etc. Il manifeste également des *tendances mythomaniaques* très accentuées, avec *mensonges* pervers et *dénonciations calomnieuses.* Depuis quelques années, il commet des *vols,* non seulement aux dépens de ses parents auxquels il soustrait de petites sommes d'argent qu'il emploie à acheter des friandises ou des livres d'aventures, mais encore aux dépens des commerçants du voisinage dont il dévalise avec habileté mais sans vergogne les devantures. Son *instinct sexuel,* éveillé de manière précoce, le pousse depuis plusieurs années à se masturber avec frénésie ; il y a quelques mois, enfin, il s'est attaqué à une petite fille de six ans qu'il a tenté de violer.

C., exprimerait assez fréquemment le regret de ses réactions indisciplinées ou perverses, mais pour recommencer aussitôt après. Il nous confirme avec quelque honte tous

©BIUM

les renseignements fournis par sa mère sur son compte, déclare qu'il sait fort bien qu'il agit mal; « mais, ajoute-t-il, je ne peux pas m'en empêcher : c'est plus fort que moi ».

Outre ces perversions morales et ces troubles de l'humeur et du caractère, le jeune C. présente également, depuis la disparition de ses périodes de somnolence et paraissant s'être substituées à celles-ci, des *crises de bradypsychie avec viscosité mentale et persévération des actes*, que le malade et sa famille désignent sous le nom d' « absences ». Subitement, au cours de ses occupations, Jean C., devient distrait et indifférent à tout ce qui l'entoure : il ne répond plus aux questions posées et paraît, en effet, tout à fait « absent ». Il faut le secouer pour attirer son attention et le « faire revenir à lui ». Son visage présente alors sa coloration normale, mais les yeux sont fixes et un peu hagards. Le malade demeure ainsi immobile ou bien poursuit, d'un mouvement automatique, l'occupation commencée : s'il est à sa toilette, par exemple, il continue à mouvoir son peigne dans sa chevelure, quelquefois durant un quart d'heure.

Ces crises de bradypsychie qui, il y a six ans, survenaient assez irrégulièrement, tous les deux ou trois jours environ, sont devenues de plus en plus fréquentes depuis trois ans. Actuellement, elles surviendraient quotidiennement, quelquefois même plusieurs fois par jour. Leur durée varie de quelques minutes à un quart d'heure. Elles apparaissent brusquement, sans symptômes prémonitoires et disparaissent aussi rapidement, permettant au malade de reprendre l'occupation un moment interrompue. La notion de la durée exacte de la crise échappe à notre petit malade, mais il n'y a pas perte de connaissance. Le jeune C. a l'impression d'être un peu obnubilé, d'avoir « la tête lourde », mais il peut rendre compte du phénomène présenté par lui ; c'est ainsi qu'il nous décrit fort exactement les impressions de viscosité mentale et de persévération ressenties par lui lorsque l' « absence » survient pendant la lecture : « Je repasse continuellement dans ma tête, nous dit-il, la phrase que je viens de lire, comme si ma pensée s'y était collée. »

L'examen direct auquel nous avons pu soumettre le jeune C., pendant plusieurs jours, à l'hôpital Henri-Rousselle (service de M. Toulouse) a confirmé les renseignements de la famille et les assertions du petit malade. Malgré ses promesses de sagesse, C., s'est comporté, dans le service, comme un enfant turbulent, indiscipliné, bavard et pervers, taquinant ou brimant les autres malades qu'il menaçait ou insultait et se rendant insupportable. Devant nous, cependant, il

manifestait quelque honte de ses méchancetés et prenait un air contrit et repentant en les avouant, ajoutant toujours qu'il ne pouvait s'empêcher d'agir de la sorte, qu'il se sentait « poussé ».

En dehors de ces troubles de l'idéation, de l'humeur, du caractère et de la moralité, nous n'avons pu déceler d'autres manifestations psychopathiques chez Jean C. Ce jeune garçon, à la mine intelligente et éveillée, présente un développement physique et intellectuel en apparence tout à fait normal. Malgré son indiscipline scolaire et son instabilité, son niveau mental, ainsi que ses connaissances usuelles, dépassent la moyenne habituelle de son âge. C., ne présente aucune idée délirante, aucun trouble psycho-sensoriel. Son affectivité apparaît intacte. Le sommeil serait tout à fait normal, sans rêves ni cauchemars. Il n'existe pas actuellement de céphalalgies.

Au point de vue neurologique, nous avons relevé chez notre malade une série de *petits signes* dont chacun, considéré isolément, n'a pas grande valeur, mais dont l'ensemble témoigne, à notre avis, de perturbations intermittentes ou paroxystiques du système vago-sympathique que nous avons retrouvées fréquemment associées dans les diverses formes de l'encéphalite épidémique. Ces petits signes sont les suivants : crises intenses de prurit du cuir chevelu survenant le soir ou pendant la nuit, engourdissement passager d'un membre ou d'une extrémité ; bouffées de chaleur, crises de palpitations, crises de bâillements, perversions de l'appétit avec boulimie intermittente, crises d'énervement ou de subanxiété immotivées, etc.

Il ne paraît exister actuellement aucun trouble moteur appréciable, aucune ébauche de syndrôme parkinsonien, bradycinétique ou excito-moteur : pas de raideur ni de tremblements, pas de modifications des mouvements volontaires ou automatiques; signe de la roue dentée négatif, pas de tics, pas de myoclonies, pas de troubles respiratoires, etc. Les réflexes tendineux, ostéopériostés, de posture, etc. sont normaux. La sensibilité est intacte. L'examen ophtalmologique ne permet de déceler aucun trouble objectif ou fonctionnel. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien où l'on note : lymphocytes 0,06 par mmc., albumine 0,27, glucose 0,69.

Notons enfin que, pendant la mise en observation du malade dans le service, les crises de bradypsychie ont diminué de fréquence, peut-être sous l'influence du traitement par une dose quotidienne de 0 gr. 50 de gardénal.

©BIUM

En résumé, un jeune garçon, ayant actuellement douze ans, a présenté, alors qu'il était âgé de cinq ans, des crises journalières diurnes de narcolepsie incoercible qui se sont répétées pendant quatorze mois, sans être accompagnées d'aucun autre trouble mental, nerveux ou infectieux appréciable. Depuis cette époque, s'est développé progressivement un syndrome classique d'excitation hypomaniaque avec perversions morales (vols, indiscipline, mensonge, tentative de viol, etc.) qui s'accompagne, presque quotidiennement, de crises de bradypsychie avec viscosité mentale ou persévération des actes. Les symptômes neurologiques demeurent très frustes. Le développement physique et intellectuel du malade se montre, par ailleurs, normal.

En présence du tableau clinique présenté par notre jeune malade, il nous paraît inutile de discuter longuement le diagnostic différentiel de son affection. Il semble, en particulier, tout à fait oiseux d'envisager une modalité quelconque de « l'épilepsie », en raison des crises de bradypsychie, qualifiées d' « absences », par le malade et par son entourage. Outre que, chez notre malade, ces crises apparaissent, comme leur description le démontre, assez différentes des « absences » comitiales classiques, nous savons, d'autre part, que le terme d'épilepsie ne saurait désigner qu'un pur syndrôme clinique qui peut se manifester dans toutes les affections neurologiques et psychopathiques et dans la plupart des autres affections organiques, — y compris l'encéphalite épidémique, — et que la dénomination d' « épilepsie essentielle » ne sert qu'à masquer notre ignorance des causes qui peuvent provoquer les accidents comitiaux. De même, la notion d'une hérédité paternelle et collatérale assez chargée au point de vue nerveux ne saurait rendre compte, à elle seule, du syndrome psychopathologique observé : elle permettrait seulement de supposer une fragilité cérébrale ou une prédisposition névropathique constitutionnelle dont aucune manifestation ne s'était révélée, cependant, il faut le reconnaître, avant les crises de narcolepsie provoquées par le virus encéphalitique.

Dans le cas actuel, en effet, le diagnostic positif

©BIUM

d'encéphalite épidémique chronique ne saurait, à notre avis, faire aucun doute. L'existence de crises incoercibles de narcolepsie diurne apparaissant, en 1919, en pleine épidémie d'encéphalite dite léthargique, le syndrome classique d'excitation hypomaniaque taquine avec perversions morales qui leur a succédé, les crises de bradypsychie avec viscosité mentale et persévération des actes, enfin les autres petits signes neurologiques de la série encéphalitique que nous avons signalés plus haut constituent un ensemble de symptômes qui se retrouvent trop fréquemment dans l'histoire d'encéphalitiques avérés, en particulier de parkinsoniens encéphalitiques, pour que nous puissions hésiter, dans le cas présent, à les rattacher à la dite infection.

Mais, si la viscosité mentale, le ralentissement de l'idéation, la « bradyphrénie » habituelle et permanente ont été signalés assez fréquemment chez les malades présentant une encéphalite épidémique grave, en particulier chez les parkinsoniens encéphalitiques (Hesnard, Naville, Verger), on n'a jamais encore signalé, à notre connaissance, dans les formes frustes et ambulatoires, des « crises de bradypsychie » analogues à celles présentées par notre jeune malade. Dans notre observation, ces crises ont succédé aux crises de narcolepsie, dont elles constituent, à notre avis, des substituts atténués : le ralentissement des processus psycho-moteurs, avec tendance à la persévération idéative ou motrice, ne marque-t-il pas, habituellement, la période initiale de l'endormissement, celle qui précède le moment où la conscience sombre dans le sommeil...

Signalons, enfin, la marche si particulière de cette encéphalite chronique ambulatoire qui a évolué, sans épisode aigu ou fébrile initial et depuis sept années chez un enfant en apparence si plein de santé que le caractère pathologique de son état avait été jusqu'alors tout à fait méconnu. Sur un fond mental et physique en apparence normal, l'infection latente, mais toujours active, n'a guère traduit sa virulence persistante que par des manifestations intermittentes, par des paroxysmes, par des crises, que seuls une observation attentive

©BIUM

et un examen prolongé ont permis de déterminer. Dans nombre de ses formes méconnues, l'encéphalite épidémique se présente ainsi comme *une infection chronique insidieuse et latente, une maladie chronique à paroxysmes et à crises,* dont les symptômes apparaissent souvent si effacés ou si fugaces, dont les éclipses et les rémissions sont si fréquentes, qu'un examen extemporané et une observation rapide ne permettent pas toujours de déceler le processus pathologique.

L'existence de ces formes chroniques frustes, à paroxysmes et à crises, de l'encéphalite épidémique ne saurait cependant être méconnue ; de même que ne saurait être perdue de vue la ténacité de l'infection encéphalitique qui conserve sa virulence latente, mais persistante, pendant un grand nombre d'années, malgré la bénignité apparente ou le caractère intermittent des manifestations cliniques.

Ces notions ne sont point seulement d'un intérêt théorique : pratiquement, elles commandent la thérapeutique de l'encéphalite qui doit être continuée sans interruption ou tout au moins reprise fréquemment pendant nombre d'années après le début de l'infection, à l'exemple de la thérapeutique de la syphilis cérébrale, dont l'évolution a tant de points communs avec celle de l'encéphalite épidémique.

©BIUM

LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES PAR LE TRAVAIL

Le travail par petits ateliers à la 3e section de l'Asile de Villejuif (1)

Par le Dr CALMELS

La 3e section de l'Asile de Villejuif créée et organisée en 1910 par M. le Dr Colin, dirigée actuellement par le Dr Guiraud est destinée au traitement des aliénés difficiles qui se divise en trois catégories :

1° Les habitués des Asiles, malades à internements et à condamnations multiples, comprenant les débiles moraux, les alcooliques transitoires, les épileptiques à crises rares.

2° Les alcooliques et les épileptiques à réactions dangereuses et violentes.

3° Les malades délirants qui, sous l'influence de leurs tendances impulsives et dangereuses, ont commis des actes antisociaux graves. On se rend compte que tous ces malades, à peu d'exception près, ne sont ni très délirants, ni trop affaiblis au point de vue intellectuel et physique. La claustration prolongée dans l'inactivité d'un groupement de pareils individus risquait d'avoir beaucoup d'inconvénients : irritabilité par désœuvrement, évasions ou violences longuement et collectivement concertées, troubles mentaux surajoutés comparables aux psychoses de détention. Une organisation judicieuse du travail ne pouvait avoir que d'excellents résultats comme distraction et comme traitement moral. Mais la question devait être aussi envisagée au point de vue social. Le travail des mala-

---

(1) Communication faite au Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et de langue française, Genève, 1926.

©BIUM

des de la 3e section n'est pas une simple distraction, il doit être productif et son rendement doit compenser dans la plus large mesure possible les frais occasionnés par leur assistance.

Organisation du travail

Pour des malades ayant une forte tendance à l'évasion et aux réactions dangereuses, il ne saurait être question de travail agricole, qui, dans les asiles en général, reste le plus pratique et le plus productif. Il ne peut s'agir que de travail effectué à l'intérieur. Les objets à confectionner doivent pouvoir être utilisés par des établissements similaires (autres asiles de la Seine, hospices de vieillards, etc.). Tous les autres systèmes nous paraissent peu admissibles. Un établissement d'assistance ne peut sans activer des réclamations justifiées faire concurrence à l'industrie privée en mettant en vente des objets fabriqués par ses malades ; d'autre part, s'il accepte de les fabriquer pour un entrepreneur moyennant un prix de confection par unité, il est obligé de lui abandonner la presque totalité du bénéfice. Mais les objets consommés par un ou plusieurs asiles d'aliénés sont assez nombreux et de nature assez variée pour maintenir l'activité de petits ateliers. Parmi ces objets nous citons : les chaussons à semelles en cuir, les bas ou les chaussettes en laine ou en coton, les reliures pour la bibliothèque des malades et la bibliothèque médicale, les chaises à réparer ou à rempailler. Tels sont les principaux travaux réalisés à la 3e section.

La distribution des locaux nécessite des précautions particulières. Il faut éviter les vastes ateliers avec nombreux malades pourvus d'un matériel parfois dangereux pour les surveillants. Le procédé employé, dès le début, par le Dr Colin a permis d'éviter jusqu'ici tout accident. Les locaux sont disposés en petits ateliers destinés à trois malades ; les infirmiers surveillent dans un couloir central, et pourraient, si besoin était, se porter en nombre suffisant dans l'atelier où

©BIUM

un ou plusieurs malades s'agitent. La subdivision du travail est indispensable. C'est un principe universellement admis dans l'industrie que pour obtenir un bon rendement l'ouvrier doit être exclusivement occupé à une opération simple, toujours la même, ne demandant que des mouvements presque automatiques ; d'autre part, plus l'acte est simplifié, plus l'apprentissage est facile, ce qui est important pour ne pas décourager les apprentis travailleurs. Par exemple la confection des chaussures s'exécute en dix opérations :

1°	Bobinage de la tresse.....	1 ouvrier
2°	Tissage à la machine.....	12 —
3°	Découpage des semelles, des talons et et des talonnettes.....	1 machine
4°	Gravure des semelles.....	1 —
5°	Couture des semelles.....	1 —
6°	Collage.....	2 ouvriers
7°	Couture des talonnettes.....	1 machine
8°	Mise en forme.....	2 ouvriers
9°	Finissage du chausson.....	2 —
10°	Finissage et luisage de la semelle.....	3 —

Pour obtenir un rendement économique, l'outillage doit être assez perfectionné. La 3e section possède des machines-outils dont la valeur marchande actuelle est fort élevée.

Les ateliers de travailleurs ne fonctionnent régulièrement que s'ils sont dirigés par un technicien, capable de distribuer et de diriger le travail et de dresser des apprentis. Outre le personnel ordinaire occupé de la surveillance, la 3e section utilise 4 chefs d'équipe des travailleurs : bonneterie, chaussonnerie, reliure, menuiserie.

Le personnel technique et les infirmiers ont des instructions spéciales pour éviter qu'un objet pouvant servir d'arme dangereuse soit soustrait dans les ateliers. Au moment de la cessation du travail, tous les outils ont une place déterminée où ils doivent être reposés par le malade travailleur. D'un coup d'œil l'infirmier peut ainsi s'assurer qu'aucun ne manque. D'autre part, comme c'est dans la nuit que le person-

©BIUM

nel est réduit au minimum, des précautions spéciales sont prises pour qu'aucun objet ne soit introduit dans les petits dortoirs destinés aux malades. Ces derniers se déshabillent dans le couloir où ils laissent tous leurs vêtements et trouvent leur chemise de nuit sur leur lit. Cet ensemble de précautions est suffisant puisque depuis l'ouverture en 1910 aucune violence ne s'est produite à l'aide d'objets servant au travail.

Encouragement au travail

Dès son entrée à la 3e section, tout malade est mis en observation au 1er quartier en dehors des ateliers. Son état mental, son comportement et son dossier sont étudiés avec soin. Dans la plupart des cas, le travail paraît indiqué, le personnel médical insiste auprès du nouvel arrivant sur les avantages qu'il peut retirer du travail, douceurs, milieu plus agréable, pécule, etc. Les avantages accordés aux travailleurs sont de deux sortes : 1° Collectifs sans considération de rendement: nourriture meilleure, café matin et midi. Ainsi encouragés certains débiles peu adroits, quelques infirmes ou encéphalitiques figés font preuve au moins de bonne volonté. 2° Individuels : Il est naturel de payer le travail aux pièces et même d'exiger un rendement minimum pour que, par suite de la grande division du travail, les paresseux n'entravent pas l'activité des autres. Le prix de la pièce est calculé selon la production d'un ouvrier moyen de façon à faire varier le gain quotidien entre 0 fr. 50 et 1 fr. 50. Ces chiffres datent du reste déjà de quelques années, et pourraient sans inconvénient être majorés. Cet établissement du prix de la pièce ou plutôt de l'unité de travail est assez délicat pour la chaussonnerie à cause de la division extrême du travail, tel acte est tarifé 0,025 la paire, tel autre 0,01 (couture de la talonnette) au total le prix payé aux travailleurs pour une paire de chaussons est de 0,40, une paire de bas 0,18, une paire de chaussettes 0,15, etc.

Avec l'autorisation du médecin, le malade dispose

©BIUM

librement de son pécule pour s'acheter des friandises, ou l'économise en cas de sortie.

L'attitude de certains déséquilibrés antisociaux, protestataires révoltés contre la Société est intéressante. On les voit travailler avec une docilité et une assiduité surprenante, et, quand on s'étonne devant eux, ils répondent qu'ils sont bien obligés de gagner de l'argent pour acheter du tabac fin, du chocolat, des douceurs. Ces exemples démontrent la nécessité d'une rémunération suffisante.

Rendement

Les résultats pratiques sont fort intéressants au double point de vue de la quantité des objets produits et du prix de revient.

La chaussonnerie dont nous avons plus haut expliqué la division du travail a produit :

En 1922	12.950	paires de chaussons
1923	12.026	— —
1924	12.290	— —
1925	12.400	— —

pour une moyenne de 24 à 26 travailleurs. La 3e section fournit de chaussons non seulement l'Asile de Villejuif, mais plusieurs autres asiles de la Seine et les Colonies familiales.

La bonneterie a confectionné avec l'aide de malades:

En 1922.....	7.453	paires	de bas	et de chaussettes
1923.....	6.463	—	—	—
1924.....	9.160	—	—	—
1925.....	6.293	—	—	—

Outre le travail neuf on pratique le rempiétage des bas et des chaussettes ce qui est une économie considérable. Auparavant on était obligé de vendre comme chiffons les montants des bas et des chaussettes usés alors que le rempiétage permet encore de les utiliser longtemps. Le bénéfice de cette opération est difficile à calculer.

La reliure est aussi très active quoiqu'elle n'occupe que 8 malades en moyenne.

©BIUM

En 1925, 975 volumes ont été reliés. La plupart des carnets, fiches, chemises, cartons, etc., utilisés dans plusieurs asiles sont découpés ou confectionnés à l'atelier de reliure.

Le prix de revient est avantageux pour l'asile. Il n'est pas toujours facile à calculer pour la bonneterie et la chaussonnerie faute de comparaison exacte avec les mêmes objets mis en vente par le commerce, mais pour la reliure il est facile de tabler sur le tarif syndical.

Calculés suivant ce prix syndical, l'ensemble des travaux effectués à l'atelier de reliure s'élève à 24.681 fr. 73, or, le prix de revient à l'asile n'est que de 17.439 fr. 14.

Le tableau suivant montrera avec quelle rigueur ce prix de revient est calculé puisque le traitement intégral du relieur y est compris ; et ce relieur, cependant, concourt à la surveillance des malades ; d'autre part, il est tenu compte des frais généraux, de l'amortissement du matériel, du gaz, de l'eau utilisés.

Prix de revient :

Traitement du relieur.....	9.732 20
Marchandises employées.....	6.140 64
Pécule payé aux malades.....	745 40
Frais généraux....	820 90

Le bénéfice pour les asiles est donc de plus de 7.000 francs pour la reliure seule.

Il est bien plus considérable pour la chaussonnerie. Le prix de revient de la paire est de 10 francs alors que dans le commerce des chaussons d'aussi bonne qualités seraient payés 20 francs au minimum, même en gros. Sur les 12.000 paires annuelles on peut estimer le bénéfice à 120.000 francs.

De même pour la bonneterie, en comprenant le traitement du chef d'atelier, l'amortissement, etc., dans le prix de revient on obtient :

Pour une paire de bas de laine.....	10 20
Pour une paire de bas de coton	8 60
Pour une paire de chaussettes de laine .	8 95
Pour une paire de bas de coton	4 95

Il suffit de comparer ces prix avec ceux du commerce, à qualité égale, pour se rendre compte de l'avantage de la fabrication intérieure.

Considérations générales

Les résultats obtenus à la 3e section de Villejuif montrent que la question d'étendre ce mode de travail par petits ateliers à l'intérieur des quartiers peut être étudiée pour les asiles ordinaires.

Nous pensons qu'on doit se borner à la production d'objets consommés par l'asile ou les établissements analogues, dépendant de la même administration. Si l'on essayait de commercialiser le travail des malades, on se heurterait à de nombreuses difficultés.

La question du danger que peut présenter l'usage d'objets tels que marteaux, couteaux, pièces métalliques semble résolue par l'expérience à condition qu'on prenne les mêmes précautions qu'à la 3e section.

Une difficulté à envisager est le prix bien élevé des machines-outils qui rendraient assez dispendieuse l'organisation de la chaussonnerie. Mais la reliure, le tricot, la bonneterie, la brosserie, le jonchage et le cannage des chaises, restent dans le domaine de la pratique.

Dans la plupart des asiles, il est incontestable que le travail agricole et spécialement l'horticulture est à encourager d'abord. Mais, en plus des travailleurs qui peuvent aller aux champs ou aux jardins, on constate la présence dans les quartiers de nombreux malades inactifs tels que délirants chroniques anciens, déments précoces peu atteints, paralytiques généraux en rémission, etc. qui, tout en restant à l'intérieur des quartiers seraient capables de fournir du travail, surtout s'ils sont stéréotypés dans la même opération simple.

L'impression de tristesse et d'ennui qui se dégage de l'aspect de nombreux malades inertes dans un quartier, serait remplacée par de petits ateliers toujours en activité. Beaucoup d'aliénés chroniques peuvent et doivent, quoique incurables, être utilisés socialement.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 FÉVRIER 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président

MM. P. Abély, X. Abély, Beaudouin, Collet, Demay, membres correspondants, assistent à la séance.

M. LEGRAIN, président, en ouvrant la séance, annonce la mort de M. Marcel Briand, ancien président de la Société, devenu membre honoraire de la Société après en avoir été pendant de longues années membre titulaire. Il exprime toute la peine que la disparition de notre regretté collègue lui a causée, ainsi qu'à tous les membres de la Société. Appelé, en sa qualité d'expert, à déposer devant la Cour d'assises, il n'a pu assister aux obsèques, où la Société a été représentée par son secrétaire général.

La séance est levée en signe de deuil.

REPRISE DE LA SÉANCE

M. H. COLIN, secrétaire général, annonce qu'il a reçu de M. Blin, membre titulaire, une lettre demandant à la Société de lui conférer le titre de membre honoraire. M. Blin fait partie de la Société depuis 1889 et a été nommé membre titulaire en 1895. Rien ne s'oppose à ce que sa demande soit favorablement accueillie (assentiment).

Rapport de Candidatures
pour deux places de membres titulaires

M. DE CLÉRAMBAULT, au nom d'une commission composée de MM. CLAUDE, DE CLÉRAMBAULT, DUPOUY, MARCHAND, MIGNOT. — Le Dr PETIT, membre corres-

©BIUM

pondant de notre Société, possède les titres professionnels suivants : ancien interne des Asiles de la Seine, ancien interne de Charenton, médecin des Asiles de la Seine, enfin, depuis 1925, médecin-chef des Asiles de la région de Paris.— Je n'ai garde d'oublier ses titres militaires : Médecin de Bataillon pendant presque tout le temps de sa mobilisation ; deux fois blessé ; croix de guerre, légion d'honneur ; après la guerre, expert dans un Centre de Réforme et auprès d'un Conseil de Guerre (VIII[e] Région). — Il appartient à de nombreuses sociétés savantes et fut lauréat d'un de nos prix. Il fut, à Bordeaux, au début et à la fin de ses études, un élève assidu de Régis, et nous compterons comme un de ses titres la faveur dont l'honora ce Maître. — Notre confrère a derrière lui, d'ores et déjà, une œuvre ; seul, ou en collaboration avec nos confrères Marchand, Mignard, Livet, il a publié de nombreux cas cliniques et des aperçus dogmatiques originaux. Mais deux sortes d'études dominent dans cet ensemble : d'une part, celles concernant les Hallucinations, d'autre part celles concernant l'Encéphalite épidémique. Sa thèse, « Sur les Pseudo-Hallucinations Aperceptives » (Bordeaux, 1913), complément des travaux de Baillarger, de Séglas, de Kahlbaun, de Kaudinsky, est devenue un ouvrage classique. Il en serait de même de ses travaux sur l'Encéphalite Epidémique s'il les présentait réunis. Il a émis, au sujet de cette affection, l'opinion qu'elle est persistante autant et de la même façon que syphilis et tuberculose, qu'on ne doit pas qualifier de séquelles ses manifestations tardives, car le terme « séquelle » implique « virulence initiale éteinte », que cette affection est chronique, qu'elle évolue insidieusement, et qu'elle procède par paroxysmes et par éclipses ; par là se justifie la comparaison avec tuberculose et syphilis, mais plus spécialement syphilis ; par son caractère capricieux et insidieux, elle peut encore être comparée, nous dit l'auteur, à la Sclérose en plaques. — Par sa première série de travaux, l'auteur se montrait analyste raffiné dans un domaine sensiblement psychologique ; dans la

©BIUM

seconde, il développe ce goût pour les recherches les plus matérielles, que de nombreuses publications d'anatomie pathologique nous faisaient déjà entrevoir. — De ces deux tendances, la seconde semble présentement obtenir sa prédilection ; nous le regretterions, si elle lui faisait entièrement abandonner ses recherches subtiles sur le terrain des vésanies. En tout cas, les deux aptitudes si différentes qu'il réunit font de lui le clinicien complet.

J'ai déjà exposé, en 1923, les titres scientifiques et autres du Dr SANTENOISE, l'un des anciens internes de l'Infirmerie Spéciale et des Asiles qui font le plus d'honneur à leurs anciens Maîtres. Depuis 1923, plusieurs titres se sont ajoutés aux précédents. Dans l'ordre administratif, le Dr Santenoise est devenu, par concours, Inspecteur Général près le Ministère de l'Intérieur. Dans l'ordre scientifique, il a conquis le grade d'Agrégé de Physiologie près la Faculté de Médecine de Paris. Le prestige du Maître Richet l'a fait dévier, sinon de sa première direction, tout au moins de sa première voie ; il travaille encore au progrès de la Psychiatrie, mais il le fait en partant de la physiologie : par les résultats du laboratoire, il éclaire les données cliniques. — Ses travaux sur la vie neuro-végétative fournissent un substratum palpable à la Psychose Intermittente. — Ses expériences, encore inédites, sur les troubles de la Chronaxie dans le Cortex, apportent un document d'importance capitale à l'étude du Syndrome d'Automatisme, ou, si l'on veut, des phénomènes désordonnés qui préparent, encadrent et constituent l'Hallucination. En électrisant le Gyrus Sygmoïde du Chien et en modifiant par moments telle condition d'innervation que nous lui laisserons à préciser, il constate dans la distribution, jusque-là régulière, de l'influx moteur, un désordre typique sous forme de dérivations, soit isolées, soit irradiées, qui produisent des mouvements indus en place indue, tandis que les mouvements attendus en place dûment électrisée ne se produisent pas. Le tableau des perturbations motrices ainsi produites sem-

©BIUM

ble calqué sur la description des phénomènes appelés par nous Troubles Positifs, Négatifs et Mixtes de l'A. M. Il est éminemment probable que l'auteur dans cette expérience, je n'ose pas dire isole, mais manœuvre les facteurs intimes du Syndrome ; il nous montre en tout cas sinon le processus même, du moins un type de ce processus ; et la technique physiologique est sûrement celle qui, au moins par analogie si ce n'est par des preuves directes, doit, dans la période où nous sommes, faire faire à l'étude des vésanies le plus de progrès. La première divulgation de cette belle expérience, peut-être expérience mémorable, a été faite par le Dr Santenoise aux auditeurs du Cours de l'Infirmerie Spéciale, dans cette même salle où en 1852 le professeur Lasègue faisait connaître le délire des Persécutions. — Le Mémoire d'Agrégation du Dr Santenoise : « Recherches sur les rapports fonctionnels du Pneumogastrique, du Pancréas et de l'Appareil Thyroïdien » présente réunis les trois thèmes majeurs de ses innombrables travaux. — Par ses compétences multiples, par son activité, par son autorité déjà grande, le Dr Santenoise apportera à nos séances une quote-part de tout premier ordre.

Election. — A la suite de ce rapport, MM. les Drs G. Petit et Daniel Santenoise sont nommés membres titulaires de la Société Médico-Psychologique à l'unanimité des 23 votants.

Crimes et délires passionnels

Discussion

M. Dupain. — A propos de la communication faite à la séance du 27 décembre dernier par MM. Laignel-Lavastine et Achille Delmas : Histoire médico-administrative d'un paranoïaque revendiquant, je puis ajouter que j'ai eu dans mon service un malade analogue à M. Pierre. M. Pierre avait un revolver dans sa poche,

©BIUM

mon malade M. Paul avait un revolver chargé qu'il posait sur la table de famille, à côté de son couvert. Par moment il interrompait son repas pour dire à sa femme ou à ses enfants : « Je ne sais ce qui me retient de vous brûler la cervelle. » Sa femme, par ailleurs, épouse austère et sans reproche, était terrorisée, mais ses doléances n'étaient point écoutées. Elle s'ingéniait à profiter du sommeil de son mari pour essayer de noyer les cartouches dans l'eau de la cuvette de toilette. Dans la journée notre malade tirait des balles dans son jardin comme avertissement aux voisins ses persécuteurs. Enfin M. Paul fut interné à la suite d'un scandale et voies de fait dans la rue. Il avait soufflété à tour de bras un vieux prêtre qui sortait du Séminaire, prétendant que ce respectable ecclésiastique, qu'il ne connaissait pas du reste, l'avait injurié gravement en le traitant de monotrème et d'ornithorynque. Un de ses parents vint protester contre cet internement qu'il jugeait inopportun et réclamait la mise en liberté immédiate, disant que ce malheureux séquestré arbitrairement était très raisonnable et très lucide ; qu'il l'avait parfaitement reconnu et lui avait même demandé des nouvelles de sa santé, qu'il connaissait le nom du jour et le quantième du mois et ne se trompait pas dans le calcul de la valeur de la monnaie, etc.

Cependant l'internement fut maintenu. Le professeur au Séminaire put sortir tranquille et Mme Paul se mettre à table sans appréhension pour sa vie.

M. P. COURBON. — 1. L'assimilation de la passion au délire sous le prétexte que ce sont deux états affectifs qui aveuglent et tyrannisent le sujet est inadmissible quand il y a crime. Elle aboutirait à faire rayer des infractions punies par le Code Pénal tous les crimes commis au cours d'un état affectif et à abandonner au seul médecin le soin des décisions à prendre envers les auteurs de ces crimes.

Il faut donc distinguer l'état passionnel qui est du ressort de la justice, de l'état délirant qui est du ressort de la médecine. C'est une tâche qui est difficile parfois.

©BIUM

Mais en l'exécutant, il ne faut pas oublier que *ce qui fait le criminel c'est moins la passion ou le délire que les tendances constitutionnelles préalables :* perverses ou impulsives. Cette vérité proclamée depuis longtemps par MM. Pactet et Colin pour les aliénés criminels est vraie pour les passionnés criminels. Ce ne sont pas les amoureux ou les haineux le plus passionnés, ni les paranoïaques ou les revendiquants le plus délirants qui tuent ; ce sont ceux qui sont le plus pervers ou le plus impulsifs. Les autres languissent d'amour, crèvent de haine, s'épuisent en paroles, de menaces ou de supplications, etc.

Délirant ou passionné, le criminel est avant tout un un être dangereux à l'égard duquel le souci de la défense sociale ne doit pas être primé par le souci de son intérêt personnel à lui. Et par conséquent, il ne faut *conclure au délire, c'est-à-dire à la maladie, que quand on constate des signes pathologiques indiscutables.*

L'intensité de l'état affectif ne suffit pas parce qu'il est trop difficile de la mesurer. Il faut trouver en outre des signes de défaillance intellectuelle correspondant à un symptôme net, portant sur le système passionnel, ou ce qui est mieux, hors de ce système : interprétations délirantes multiples, et assez intenses pour atteindre l'inversion de l'évidence dont parle Logre, amenant des incohérences de la conduite — obsessions au sens psychiatrique du terme, c'est-à-dire accompagnées de lutte anxieuse, etc. — La recherche du passé recommandée par M. Capgras fait parfois découvrir des idées de grandeur, de persécution, d'hypochondrie, des réactions psychopathiques, de même ordre que celles incriminées, mais d'un caractère pathologique plus incontestable. Enfin les signes physiques pathologiques: amaigrissement, anorexie, insomnie, tachycardie, etc., lorsqu'ils sont intenses et habituels sont des arguments en faveur de l'état maladif.

Quand on ne trouve psychiquement ou physiquement que des anomalies trop peu marquées pour correspondre à une étiquette nosologique nette : conclure à la

©BIUM

passion et non au délire, laisser le criminel régler ses comptes avec la justice, malgré ses tares.

2. Le reproche de M. Delmas aux experts de ne pas envisager à côté de l'état de démence la force irrésistible qui a pu agir est inopérant ; car le psychiatre n'a à considérer cette force que lorsqu'elle était de nature pathologique, c'est-à-dire quand le sujet était effectivement en état de démence. Cela est si vrai que les traités de droit criminel à propos de la deuxième partie de l'article 64 ne discutent que la contrainte physique ou morale extérieure (impossibilité matérielle d'agir autrement, intimidation physique ou morale).

M. Delmas. — M. Courbon remet en question certains points importants. D'après lui il serait nécessaire, pour pouvoir conclure à l'internement ou à l'irresponsabilité, de constater chez le sujet des tares intellectuelles. A mesure que le champ de la psychiatrie s'élargit on trouve des sujets évidemment anomaux sans atteinte intellectuelle. Faudra-t-il qu'un hypomaniaque atteigne aux idées de grandeur ou à l'extravagance avant d'être considéré comme un malade ? Faudra-t-il attendre avant d'interner une mélancolique qui risque de tuer ses enfants et de se suicider, qu'elle présente des *idées* manifestement délirantes. J'estime que des troubles mentaux, entraînant l'irresponsabilité et justiciables de l'internement s'observent en dehors de toute atteinte intellectuelle et coïncident même avec une activité utilitaire. Dans ces cas on retrouve une constitution paranoïaque, un état affectif obsédant, j'entends par ces mots, un état hypersthénique, et enfin une disproportion évidente entre les réactions du sujet et les motifs de ces réactions. Quand ces éléments sont constatés, il ne faut pas hésiter à prendre des mesures.

Quant à la deuxième partie de l'article 64, j'ai bien l'impression qu'elle s'applique à des états pathologiques constituant une force irrésistible d'origine endogène, telle l'obsession impulsive. J'ai une fois conclu dans ce sens et la Cour d'Appel a accepté mon interprétation.

©BIUM

On dit toujours « au sens de l'article 64 », mais nulle part ce sens n'est défini.

M. René CHARPENTIER. — Sous le terme de « démence », le législateur a entendu tous les troubles mentaux et l'hypomaniaque ou le mélancolique dont vient de parler M. A. Delmas sont, au point de vue juridique, « en état de démence ». Ceci, plus encore que de la loi et de ses commentaires, résulte de la jurisprudence courante d'après laquelle les inculpés atteints de troubles mentaux sont considérés comme atteints de démence, au sens de l'article 64 du Code pénal, qu'il s'agisse d'un état délirant, d'un état d'excitation ou de dépression, etc., ou d'un état de déficit intellectuel congénital ou acquis.

M. COURBON. — 1. Un état affectif intense retentit toujours sur l'intelligence d'où la locution populaire : la passion aveugle. Si ce retentissement n'est pas tel qu'on puisse identifier dans ses manifestations des symptômes psychiques nets : idées délirantes, interprétations délirantes, obsessions anxieuses, confusion mentale, etc., et si, par ailleurs, on ne trouve pas de ces symptômes, on ne doit pas, lorsqu'il y a crime, qualifier l'état passionnel de délirant.

2. M. Delmas opposant le criminel délirant au criminel passionné parle de l'état affectif délirant du premier et de l'état affectif normal du second. Une passion qui tue n'est pas une passion d'homme normal. Les meurtriers sont heureusement la minorité des passionnés et ils ne sont pas tous des malades. Pour voir un peu clair dans cette question, il faut admettre qu'à côté du groupe des normaux et de celui des malades, c'est-à-dire des délirants, il y a le groupe des anormaux. Si on n'admet pas ce groupe intermédiaire, il faut assimiler la passion au délire. En outre ne pas admettre l'autonomie du groupe des anormaux, au point de vue psychologique, c'est traiter d'aliénés tous les gens qui tranchent sur la masse des contemporains : mystiques, artistes, fantaisistes, etc.

3. A propos de l'article 64 : une force irrésistible quoique de source endogène, c'est-à-dire psychologi-

©BIUM

que peut agir sur le criminel sans être de nature pathologique et échapper par conséquent à la compétence du médecin de par la volonté du législateur. S'il est vrai qu'au moment où il a tiré sur son rival ou sur sa maîtresse, un individu en proie à une ivresse émotive ne savait pas ce qu'il faisait, il n'en est pas moins vrai que ce qui a fait l'irrésistibilité du crime, c'est plus la présence du revolver que l'hyperémotivité. Or la présence du revolver dépendait de la précaution de s'armer qu'eut le criminel en allant à l'entrevue. Cette précaution est la cause psychologique que le législateur veut enlever à la seule compétence du médecin parce qu'elle n'est pas pathologique.

Tests d'évaluation du temps

Par MM. H. Beaudouin et R. Bouchard

Diverses circonstances ont retardé le moment que nous avions prévu pour soumettre à la Société les éléments de cette communication : Ce sont essentiellement quelques tests simples, que nous avons établis pour constituer une commune mesure, d'emploi facile, dans les observations qui ont servi à l'élaboration de la thèse soutenue récemment par l'un de nous (1).

Il s'agissait de comparer, chez nos malades, et concurremment chez des « normaux », la notion de durée, le sentiment de temps écoulé. Notre recherche n'a donc rien de commun avec celle des « temps de réaction » pratiquée en psychologie expérimentale et qui vise un tout autre but. Restant d'ailleurs dans la note exclusivement clinique, nous éliminons toute utilisation d'appareils spéciaux.

L'appréciation de l'évaluation du temps, lorsqu'il s'agit d'une durée « assez longue », dépassant le cadre

(1) R. Bouchard. — Sur l'évaluation du temps dans certains troubles mentaux. *Thèse* Paris, 1926, 182 p. Vigot, éd.

©BIUM

d'une journée, se confond plus ou moins, on le conçoit, avec celle, habituelle en clinique mentale, de l'orientation générale et de la mémoire. Nous ne pouvions pas toutefois ne pas la retenir spécialement dans nos observations.

Il convenait ainsi de noter, avant les résultats spéciaux des épreuves que nous indiquerons plus loin, ceux relatifs à *l'orientation générale* du sujet (espace-temps). Mais il nous paraît spécialement important d'insister ici sur le *classement chronologique* des souvenirs et sur l'impression subjective quant à leur éloignement dans le passé : un fait en réalité antérieur n'apparaît-il pas comme postérieur à un autre, qui a plus vivement frappé le sujet lors de sa production ?... par exemple.

Mais c'est aux *durées limitées* (une ou plusieurs minutes) que nous avons prêté le plus d'attention et à leur propos que nous avons imaginé les quelques tests suivants.

C'est dans le cadre de deux catégories que nous avons classé ces tests, auxquels nous avons appliqué une dénomination aussi brève que possible :

I. Evaluation du temps peu rempli et du temps vide

1° Epreuve de la minute. — Le sujet est prévenu. On lui demande de se représenter la longueur d'une minute. On le prévient que personne n'arrive à une appréciation parfaitement exacte. Il convient de conserver pendant les épreuves une attitude de neutralité absolue, calme, et d'éviter la moindre influence sur le sujet.

a) Représentation pure de la minute : L'expérimentateur déclanchant son chronomètre, qu'il continue à fixer, lève la main. Le sujet ainsi prévenu du début de l'épreuve doit dire : « voilà », lorsqu'il estime que le temps est écoulé. L'expérimentateur arrête le chronomètre et baisse la main.

b) Représentation de la minute avec sensation musculaire. Pour faire intervenir de nouveaux éléments :

©BIUM

« sens » musculaire, fatigue, résistance... c'est au sujet qu'on fait lever la main au signal, et la baisser en disant : « voilà » quand il croit la minute écoulée.

c) Evaluation du temps vide. Le sujet est prié de fermer les yeux pendant une minute en tâchant de ne *penser qu'à cet acte* (inspiré de W. James).

II. Evaluation du temps plein

1° Epreuves de lecture. — *a) Par l'expérimentateur.* On prévient le sujet qu'on va lui lire une histoire et qu'on lui demandera combien de temps on y a mis. Le passage choisi est lu à haute voix ; on s'efforce de le choisir tel qu'il soit compris du sujet et de lire de façon expressive, pour l'intéresser à la lecture.

b) Par le sujet. Dans les mêmes conditions générales et sur un autre texte évidemment, on fait lire le sujet et on lui demande aussitôt après combien de temps a duré sa lecture.

2° Epreuve du parcours. — On fait exécuter au sujet un trajet nécessitant quelques minutes, chronométré, et on lui demande le temps qu'il a mis à l'accomplir. Nous avons choisi pour nos épreuves un autre lieu que celui familier aux malades interrogés.

Notre énumération de tests n'est pas, on le conçoit, limitative. Des épreuves de cet ordre peuvent varier avec les expérimentateurs, porter sur des thèmes autres que la lecture ou la marche. Il nous paraît toutefois intéressant de simplifier la teneur de chacun de ces tests.

La notation des résultats peut se faire de diverses façons. S'il y a intérêt à la schématiser, nous croyons qu'il convient avant tout de bien inscrire des résultats comparables entre eux. En particulier, lorsqu'il s'agit d'épreuves pouvant, de par leur constitution même (évaluation du temps plein) varier dans leur durée, il est indispensable de ne pas s'en tenir à la notation simple de l'erreur d'appréciation commise, mais de calculer le *rapport de l'erreur commise à la durée réelle de l'épreuve.*

©BIUM

⁂

Nous n'insisterons pas sur les résultats généraux de nos recherches (1) : il nous a paru que l'erreur habituelle des normaux se faisait dans le sens du « raccourcissement » de la durée. Des erreurs se font, dans les mêmes limites, dans nombre d'états psychopathiques. Des erreurs anormales de « raccourcissement » se notent avec les déficits intellectuels. Des erreurs dans le sens de « l'allongement », moins fréquentes, ont été relevées au cours d'états d'excitation motrice accusée, d'états cataleptiques (2).

Les thèmes délirants portant sur le temps : longévité anormale, existences multiples, etc... apparaissent dans l'ensemble sans aucun rapport avec les troubles « élémentaires » relevés par l'emploi des tests. L'idée préconçue de ce résultat avait dirigé nos premières recherches.

Syndrome Thalamique transitoire chez un dément précoce

Par P. GUIRAUD et R. SZUMLANSKI

Un jeune homme de 30 ans, facteur des postes, sans antécédents héréditaires ni personnels notables, présente, depuis plusieurs années, des phénomènes douloureux abdominaux : hyperchlorhydrie, atonie gastrique, vomissements, etc. L'amie avec laquelle il vivait depuis des années, remarque chez lui des troubles mentaux depuis cinq ou six mois. Camille a l'air préoccupé, il lit sans cesse, médite et émet parfois

(1) V. Analyse de M. P. Carrette, in *A. M.-P.*, décembre 1926, p. 461.

(2) Il convient de préciser le sens donné ici aux termes « raccourcissement » et « allongement » du temps. On pourrait en effet dire, d'un sujet qui évalue à une minute un temps d'une durée moindre qu'il *allonge* le temps, alors que nous parlons de *raccourcissement*. Nous avons envisagé ces termes par rapport à l'observateur et à l'utilisation des méthodes conventionnelles de mesure du temps.

©BIUM

de singulières réflexions pour un facteur : « Si les choses étaient dix fois plus petites on ne s'en apercevrait pas. » A ces considérations philosophiques s'ajoutent des idées délirantes ; Camille dit à son amie : « Tu mets quelque chose dans la soupe, mange avant moi, j'ai peur que tu m'empoisonnes. » Il finit par l'insulter, la frapper et l'abandonner.

Le 15 novembre 1926, Camille se présente chez le Président du Conseil pour lui faire des révélations scientifiques. Il est arrêté par la police et s'agite violemment. Interné il présente à la fois un état de préoccupation hypocondriaque, des accès fréquents d'anxiété, des idées de grandeur. Sans donner aucune explication il se blesse lui-même assez sérieusement à la paupière gauche. Passé au Pavillon de Chirurgie et maintenu fixé à cause de son état d'agitation, il réussit à se détacher, frappe une surveillante avec une fureur aveugle, la tue, blesse une autre infirmière.

A son entrée à la troisième section le malade est relativement calme et expose son délire. « Je suis chargé de Mission. Je dois ramener à Dieu le Président de la République. J'ai été choisi à cause de mes découvertes scientifiques ; Einstein est tout petit à côté de moi. Je puis modifier l'ordre des jours et obtenir continuellement 12 heures de jour et 12 heures de nuit. Je me charge d'y arriver en quelques années ; il me suffirait d'avoir un mathématicien pour m'aider. Depuis quelque temps j'ai senti que l'air se raréfiait beaucoup sur Paris et j'ai eu l'intuition qu'il se produisait une condensation d'air par ailleurs. » A ces idées de grandeur s'ajoutent des idées de persécution et d'influene. « On a voulu me diminuer depuis quelque temps, on influe sur ma pensée, on l'arrête, on fait souffrir mon corps, on a voulu me faire passer pour fou ; on m'a travaillé mystérieusement pour me forcer à commettre un meurtre. »

Le malade reste couché dans un état de demi-stupeur, s'alimente très peu, ses mouvements sont ralentis et hésitants avec des interruptions brusques. Des sourires immotivés et asymétriques, contrastant avec ses paroles, sont observés assez souvent. Des impul-

©BIUM

sions au suicide se manifestent, Camille saute brusquement de son lit et donne avec force des coups de tête contre la porte ou les murs de sa chambre.

Physiquement le malade est grand et assez mal bâti. C'est, si l'on veut, un athlélico-dysplastique.

Les réflexes tendineux sont normaux. Le W. est négatif dans le sérum. Il y a eu passagèrement des traces d'albumine dans l'urine.

Une huitaine de jours après l'entrée nous constatons que le malade, toujours couché, se plaint de vives douleurs. Il reste la tête penchée du côté droit, examinant son membre supérieur droit ; avec la main gauche il le maintient, le tâte, fait mouvoir doucement les articulations du poignet et des doigts. Il porte souvent la main gauche sur le côté droit de la tête. Il déclare qu'il souffre de tout le côté droit : « C'est dans la tête, dans les articulations, dans le flanc, le pouce droit est endormi ; les os, la peau sont douloureux, je sens des piqûres. »

L'hémialgie est très nettement désignée sauf au niveau du front et du cuir-chevelu où la douleur est bilatérale.

L'attitude du malade par rapport à son côté droit est assez spéciale ; il éprouve bien une douleur, mais en même temps une sensation d'étrangeté et d'incertitude, on dirait qu'il est obligé de compléter constamment par la vue et par le palper l'apport sensitif anormal du côté droit. Il s'agit à notre avis d'une ébauche du phénomène décrit par Babinski sous le nom d'anodognosie. Rappelons à ce propos l'observation de Lhermitte et Cuel (1) dans laquelle leur malade avait également une attitude spéciale pour son côté atteint de syndrome thélamique, elle enveloppait de linges et cachait sous les couvertures son bras gauche parce qu'il la dégoutait.

Aux douleurs spontanées s'adjoignent chez notre malade des troubles objectifs très nets des diverses sensibilités. On constate à droite :

a) une hypoesthésie au contact. Les contacts types

(1) LHERMITTE et CUEL. — *Rev. Neurol.*, 1922, p. 187.

©BIUM

ne sont quelquefois nullement sentis surtout à la partie distale du membre supérieur ;

b) une hypoesthésie très accentuée au froid et au chaud. Alors que du côté gauche le malade désigne immédiatement et sans erreur le contact de tubes d'eau chaude ou froide, à droite il hésite, se trompe, affirme qu'il ne sent rien. On peut verser un filet d'eau froide sur son côté droit sans provoquer aucune réaction. A gauche au contraire le tressaillement réflexe dépasse la normale ;

c) une hypoesthésie à la douleur.

La discrimination tactile et la stéréognosie sont profondément atteintes. Il faut écarter d'onze millimètres les pointes du compas de Weber pour que le malade déclare : « Peut-être deux contacts sur l'index droit. » Les objets sont reconnus avec hésitation, retards et erreurs par la main droite ; à gauche la reconnaissance est immédiate et très précise. Ces troubles nous paraissent surtout tenir à l'atteinte de la discrimination tactile. Les surfaces lisses ou rugueuses sont particulièrement mal identifiées ; une calotte en velours est prise pour un mouchoir ;

d) le sens des attitudes est relativement peu atteint. Les mouvements passifs imprimés aux doigts, à la main et à l'avant-bras droits sont reproduits assez exactement par le côté gauche et inversement. La position des membres inférieurs est toujours décrite à peu près correctement;

e) la sensation de pression est très défectueuse à droite. Le sujet ne se rend pas compte s'il a dans la paume de la main ou sur l'avant-bras une ou quatre pièces de deux francs empilées;

f) la sensibilité à la pression du testicule est plus faible à droite qu'à gauche ;

g) la sensibilité au diapason n'a pu être recherchée;

h) L'amplitude des oscillations du pouls au bras est nettement plus accentuée à droite qu'à gauche. Cette constatation confirme celles de H. Bouttier et Mathieu (1).

---

(1) H. Bouttier et Mathieu. — *Rev. Neurol.*, 1921, p. 762.

©BIUM

Les réflexes tendineux sont présents, mais faibles surtout à droite.

Le réflexe des orteils s'effectue en flexion avec une intensité moindre à droite. On ne constate ni ataxie, ni parésie, ni mouvements choréiques ou athétosiques.

Signalons seulement à la face, mais avec prédominance à gauche des contractions parasites assez lentes dans les muscles des joues et des lèvres. Ce sont là les « grimaces » bien connues dans la catatonie.

Tous ces troubles sensitifs que nous venons de décrire constituent un syndrome thalamique incomplet sans doute, mais peu contestable. Le syndrome classique de Déjerine et Roussy correspond à une lésion en foyer d'origine vasculaire du tiers postérieur et externe de la couche optique. Comme l'a montré Roussy, certains de ses éléments : la parésie et peut-être la chorée et l'athétose ne sont pas thalamiques. Mais à côté de ce syndrome complet et classique de nombreux auteurs ont décrit des formes dissociées. Certains symptômes peuvent faire défaut ou bien le degré d'atteinte des diverses sensibilités peut être différent de la description de Déjerine et Roussy ; par exemple la sensibilité superficielle peut être autant et plus troublée que la sensibilité profonde. Enfin les algies, phénomène d'irritation, peuvent être remplacées par l'analgie (Lhermitte). Alors que P. Marie et Bouttier (1) signalent dans les syndromes thalamiques dissociés une hyperesthésie particulièrement douloureuse au froid, notre malade au contraire y était presque insensible. De même les réflexes au chatouillement de la plante des pieds étaient supprimés à droite. Au lieu de présenter la sur-réaction de Head, c'est-à-dire la tendance à réagir de façon excessive à toute excitation déplaisante ou plaisante notre sujet présentait de la sous-réaction. C'est bien là un équivalent des formes analgiques de Lhermitte. Nous avons déjà publié avec Daussy (2) une observation analogue.

(1) P. Marc et Bouttier. — *Rev. Neurol.*, 1922, p. 1.492.
(2) P. Guiraud et H. Daussy. — *Ann. Méd.-Psych.*, fév. 1924.

©BIUM

Notre syndrome thalamique dissocié ressemble trait pour trait à ceux que R. Hunt (1) a observés dans l'encéphalite épidémique. « Ils consistent en *douleurs sévères et persistantes* avec troubles de la *sensibilité superficielle* particulièrement de la sensibilité douloureuse et thermique. Le syndrome thalamique au complet est exceptionnel et ne se rencontre pour ainsi dire jamais. »

Chez notre sujet. aux algies unilatérales, d'aspect neurologique, s'ajoutent des phénomènes douloureux intérieurs que les aliénistes seraient tentés d'appeler hypocondriaques : douleurs œsophagiennes, thoraciques profondes, appendiculaires, céphaliques, etc.

Le syndrome thalamique persistait invariable depuis un mois environ quand subitement Camille est pris d'une crise d'agitation brusque et violente au moment où les infirmiers pénètrent dans sa chambre. Il donne de violents coups de tête contre le mur, lutte presque avec succès contre quatre ou cinq infirmiers, à tel point qu'on est obligé de le maintenir fixé pendant quelques jours, ce qui ne va pas sans rupture de nombreuses sangles et lacération de plusieurs maillots. L'alimentation artificielle est indispensable. La scopolamine-morphine seule provoque un calme relatif. Huit jours après le malade sort de sa torpeur et exprime un délire de grandeur religieuse : « Il est fils de Dieu. Super-Dieu même, il n'a pas besoin de manger ; il damnera ses ennemis, etc. » Le syndrome thalamique n'est plus apparent. L'attitude spéciale penchée à droite a disparu, de même que les algies. Persistent seules des douleurs viscérales à type hypocondriaque. Les sensibilités objectives paraissent redevenues à peu près normales autant qu'il est possible d'en juger par les réponses du malade qui est peu attentif au nouvel examen.

Le diagnostic au point de vue de la médecine mentale ne nous semble pas beaucoup prêter à hésitation. A notre avis on ne peut penser qu'à une démence précoce délirante, avec l'extension que Kræpelin

(1) R. Hunt. — *Am. Jour. of Med. Scie.* T. 182, n° 4, oct. 1921.

©BIUM

donne à cette maladie depuis 1912. Les caractères du délire philosophico-scientifique, les idées hypocondriaques avec sentiment pénible de transformation organique, l'impulsivité et la fureur aveugle, la tendance à l'auto-mutilation et au suicide, la petite catatonie (demi-stupeur, bradykinésie, sourires sans motif) nous paraissent des éléments suffisants.

Aucun symptôme d'épilepsie n'a été constaté.

Aucun symptôme net ne permet de penser à l'encéphalite épidémique (ni fièvre, ni troubles oculaires, ni somnolence, début ancien et lentement progressif).

Cette observation nous paraît comporter un certain nombre de réflexions :

1° Les syndromes décrits par les neurologistes résultant presque toujours d'une lésion en foyer (hémorragie, ramollissement) sont nets, définitifs ou très prolongés, superposables chez les différents sujets à cause de la similitude des distributions vasculaires. En psychiatrie, au contraire, nous avons souvent affaire à une atteinte beaucoup plus diffuse frappant les cellules insulairement et de façon serpigineuse et transitoire ; il ne faut donc pas nous attendre à la netteté et à la fixité des tableaux cliniques qu'observent les neurologistes. Du reste, depuis quelques années le polymorphisme et la variété d'évolution de l'encéphalite épidémique nous ont habitués à ces atteintes cellulaires transitoires.

2° Cette observation doit s'ajouter à la série déjà longue des symptômes attribuables à une atteinte des noyaux gris ou de la région sous-optique et tubérienne dans l'hébéphréno-catatonie.

3° Il semble intéressant de signaler la coexistence d'un syndrome thalamique et des variations très brusques de l'humeur avec crises subites d'anxiété. H. Claude et ses élèves, Lhermitte et beaucoup d'autres auteurs ont signalé dans l'encéphalite épidémique ces variations brusques de l'humeur et aussi la tendance au suicide impulsif. L'identité des symptômes est un argument en faveur de la similitude de localisation des lésions. Deux auteurs américains : Weisen-

©BIUM

burg et Guilfoyle (1) ont signalé dans un cas de tumeur thalamique la coexistence d'hémialgie, d'un état qu'ils appellent démentiel, de manifestations anxieuses brusques, s'accompagnant de mouvements involontaires.

4° Enfin l'attention doit être attirée par la coexistence de phénomènes nettement neurologiques (hémialgie, troubles objectifs de la sensibilité) avec des manifestations viscéralgiques qu'on pourrait appeler hypocondriaques ou cénesthopathiques (défaut de sensation de faim, douleurs œsophagiennes, gastriques, appendiculaires, etc.). Dans certains cas attribuables à l'encéphalite épidémique nous avons observé des formes viscéralgiques associées à des myoclonies remarquables. Ces algies avaient paru indiquer une atteinte viscérale réelle nécessitant une intervention chirurgicale. Ainsi se trouve posé le problème des douleurs dites psychopathiques. Ne peut-on pas penser pour beaucoup d'entre elles à une atteinte discrète et parfois transitoire des cellules thalamiques ?

Discussion

M. H. Claude. — Mon attention est attirée par le fait que le syndrome thalamique a disparu à peu près complètement après un mois. Je cherche quel mécanisme pathogénique peut expliquer cette particularité. S'il s'agissait d'une maladie toxique ou infectieuse on pourrait penser à une atteinte cellulaire transitoire, mais dans la démence précoce, au sens de Kræpelin, cette explication est moins satisfaisante. Peut-être s'agit-il de troubles circulatoires comme on en voit, par exemple dans les tumeurs cérébrales.

M. Guiraud. — Sans doute nous ne pouvons faire actuellement que des hypothèses sur le mécanisme de l'atteinte cellulaire dans la démence précoce ; mais la clinique nous montre dans cette maladie des manifestations catatoniques, des troubles trophiques ou

(1) Weisenburg et Guilfoyle. — *Review of Neurol. and Psych.*, juin 1910, p. 335 ; *R. N.*, 1911, 2, p. 3 7.

©BIUM

vaso-moteurs transitoires, de la stupeur, de l'agitation qui sont remplacées rapidement ou subitement par d'autres symptômes. La fugacité du syndrome thalamique n'est pas en discordance avec l'allure clinique de la maladie.

Je reconnais qu'il est prudent d'admettre au moins la possibilité d'une tumeur cérébrale, même en l'absence de symptômes nets d'hypertension. L'indocilité du malade m'a empêché de pratiquer la ponction lombaire et l'examen de la papille. Même en cas de tumeur la réunion des symptômes hébéphréno-catatoniques, hypocondriaques, viscéralgiques et thalamiques garderait son intérêt.

M. le Président déclare la vacance d'une place de membre titulaire.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des séances :

BUSSARD, GUIRAUD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

CRIMINOLOGIE

La sorcellerie punie par le feu dans le Tucuman colonial, par le Docteur EMILIO CATALAN. (*Revista de Criminologia, Psiquatra y Médicina legal*, Buenos-Ayres, juillet-octobre 1926).

L'auteur rapporte certains traitements utilisés en Argentine et les désordres dus à l'alcoolisme, à l'abus de médicaments tels que le « chamico » (datura stramonium), la coca, aux temps de la colonisation espagnole. C'est à propos de l'épilepsie que le Dr Catalan étudie le rôle des sorciers, très souvent atteints de crises comitiales et dès lors considérés comme possédés de Dieu. Leur importance était énorme parmi les peuplades où florissait un nombre invraisemblable de mythes et de superstitions. Les sorciers se livraient à de nombreuses pratiques médicales toujours entourées d'incantation, de danses et de chants.

Le pouvoir de transmettre des maladies par l'intermédiaire de poupées (mûnecas) en cire ou en drap représentant les victimes, faits auxquels tous les Indiens croyaient; le « conjuro » et autres diableries, les avortements par traumatismes abdominaux les rendaient si redoutables, que les évêques et les gouverneurs durent user des peines les plus sévères pour les réduire et annihiler leur influence sociale.

Du XVIe siècle au milieu du XVIIIe, on utilisait contre eux les procédés de torture de l'Inquisition. Le supplice du potro (écartellement lent) était le plus commun. Parfois l'appareil de la justice était simplifié et les condamnations au bûcher formulées en masse. Le Dr Catalan rapporte de très intéressants documents de procès anciens pour affaires de sorcellerie, des récits pittoresques sur les mœurs indiennes, la magie et la folie dans le Tucuman aux siècles passés.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Traité de Symptomatologie topographique chirurgicale, par le Dr Maurice Tussau. Préface du Dr Dartigues (1 vol., in-8°, 596 pages, N. Maloine, édit., Paris, 1927).

Ainsi que l'écrit le Dr Dartigues dans la préface, cet ouvrage est une synthèse de tout ce qui est essentiel pratiquement pour faire un diagnostic devant une région malade. Rien de ce à quoi il faut penser n'est passé sous silence et, à ce titre, le traité du Dr Tussau rendra service aux praticiens comme aux étudiants. Des planches, des tableaux synoptiques, des groupements cliniques heureux tels que les chapitres des « gros cous », des « facies », des « hémorragies », des « comas », etc., seront appréciés du lecteur, heureux de trouver groupée en peu de pages, sous une forme nouvelle, la symptomatologie topographique chirurgicale.

René Charpentier.

NEURO-PSYCHIATRIE

Précis de séméiologie neuro-psychiatrique à l'usage des praticiens, par M. A. Rouquier. (1 volume, 270 pages, Doin et Cie, éditeurs, 1926).

Ce volume est surtout destiné aux médecins non spécialisés, désireux de se familiariser avec les grands syndromes neurologiques et psychiatriques. Le plan de l'ouvrage répond parfaitement au but visé. Il est divisé en deux parties. La première décrit la séméiologie neurologique de la voie pyramidale, du cervelet, des noyaux gris centraux, de la voie sensitive, etc... M. Rouquier montre d'abord les symptômes généraux, puis les syndromes et termine par des études sur l'hypertension crânienne, le système organo-végétatif et l'encéphalite épidémique.

La seconde partie de l'ouvrage est destinée à la séméiologie psychiatrique. Elle passe en revue les états psychopathiques constitutionnels, les états aigus acquis et ensuite les troubles mentaux chroniques. La fin de l'ouvrage est constituée par deux études : l'une sur les épilepsies, l'autre sur l'hystérie avec l'historique et la conception moderne.

P. Carrette.

©BIUM

Technique de la réaction du Benjoin Colloïdal, par MM. GUILLAIN, LAROCHE et LÉCHELLE. (1 vol., 36 pages, Masson et Cie, éditeurs, 1926).

Il ne s'agit pas d'une réédition du volume publié par les auteurs en 1922, mais d'une brochure essentiellement pratique, indispensable à tout laboratoire neuro-psychiatrique On y trouve exposé les étapes de la réaction, la manière de la pratiquer avec le matériel nécessaire, des planches reproduisant la photographie de divers résultats, la technique simplifiée, des graphiques et enfin des comparaisons avec les résultats du Wassermann.

P. CARRETTE.

La constitution émotive et le Vagosympathicotonisme, par le Dr F. GORRITI. (*La semana Médica*, n° 4, Buenos-Ayres, 1926).

D'après l'auteur il faut entendre par vagosympathicotonisme la propriété constante du système nerveux végétatif, de manifester ses formes et degrés de sensibilité aux différentes classes d'excitations. Suivant la prédominance d'action de tel système on pourrait voir des types cliniques assez nettement définis dans l'espace, mais très variables dans le temps chez un même individu en rapport avec l'état physiologique et certaines modifications internes ou externes, celles-ci pathologiques. Un traitement médical adéquat devrait influencer favorablement les déséquilibres du système nerveux organovégétatif.

P. CARRETTE.

Suicide par obsession chez un psychasthénique, par le Docteur Emilio CATALAN. (*Revista de Criminologia, Psiquatria y Médicina legal*, Buénos-Ayres, 1926).

Histoire clinique d'un mélancolique obsédé par l'incurabilité d'un eczéma ancien et qui finit par se suicider. Ce cas vient s'ajouter aux trois autres cités par Janet dans sa statistique.

P. CARRETTE.

Travaux neuro-psychiatriques de la clinique du Professeur Wimmer, de Copenhague, 1923.

Les collaborateurs du professeur Wimmer ont conduit leurs recherches avec beaucoup de diversité.

Leurs communications portent sur les techniques d'examen du liquide céphalo-rachidien, la transmission des virus

©BIUM

aux animaux dans le cas de sclérose cérébro-spinale consécutive à une infection, les délires alcooliques, les formes larvées de l'encéphalite épidémique, les syphilis localisées du névraxe réalisant des syndromes neurologiques intéressants, les troubles endocriniens, etc...

Plusieurs articles du professeur Wimmer ont paru dans des revues françaises ; certains points de clinique, d'étiologie, y ont été magistralement traités ; citons les travaux sur la folie médiumnique, l'hérédité dans les maladies mentales, les syndromes extra-pyramidaux : spasmes de torsion, pseudo-scléroses, hémisyndromes syphilitiques, qui donnent des aperçus du plus haut intérêt sur la pathologie du corps strié.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Influence du type social dans l'aliénation mentale, par le Docteur FIGULIREDO SAMPAIO. (*Thèse de Rio-de-Janeiro*, 1922).

Ce travail de la clinique du Professeur Roxo renferme un nombre imposant de statistiques ; certaines portent sur près de deux cents malades. On y étudie l'aliénation mentale dans les diverses professions, d'après le degré d'instruction, l'âge, le sexe, la race. Il faut avouer que ces recherches donnent des résultats parfois inattendus, même en tenant compte de la proportion des trois types : blancs, nègres et gris (pardos), habitant Rio et des malades, moins fréquemment hospitalisés parce que soignés de préférence en ville ou en maisons de santé.

L'auteur constate que l'alcoolisme est surtout l'apanage des nègres, que les femmes en sont atteintes beaucoup moins souvent que les hommes, mais qu'elles ont fait des progrès sensibles depuis dix ans et que leur nombre a passé du simple au double. La morphine fait beaucoup de ravages parmi les médecins, la cocaïne chez les demi-mondaines. Les déments précoces sont surtout des étudiants, rarement des nègres ; ils sont moins nombreux qu'en Europe parce que les immigrants n'arrivent à Rio qu'à l'âge adulte. La psychose maniaque dépressive éclôt plus tard que dans nos pays. La syphilis cérébrale frappe en premier lieu les « dames de maison », viennent ensuite les prostituées ; les étrangers fournissent un contingent important de paralytiques généraux. Ces deux dernières affections se rencontrent surtout dans les milieux plus cultivés et sont rares

©BIUM

chez les nègres ; mais ceux-ci figurent par contre en vedette dans le groupe de la démence sénile où ils se signalent par leur nombre et leur âge avancé (un malade de cent trente ans).

P. CARRETTE.

L'altération du sens moral au cours de la période d'incubation de certains états psychopathiques aigus ou subaigus.

Dans deux travaux parus, l'un en 1924 (1) et l'autre en 1927 (2), le Dr Gelma (de Strasbourg) attire l'attention sur des faits cliniques peu connus jusqu'à ce jour et qui ont cependant une grande importance en médecine légale psychiatrique. L'existence d'une phase prodromique médico-légale dans les maladies chroniques telles que la paralysie générale ou la démence précoce ne fait plus de doute pour personne. Or Gelma nous prouve, avec observations démonstratives à l'appui, qu'une phase semblable peut exister également avant l'éclosion de troubles psychiques aigus et non pas seulement chroniques. Pendant cette phase les facultés intellectuelles paraissent intactes, seul est altéré le sens moral. Le sujet peut commettre des délits, et rien ne permet de penser à un trouble psychique. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent les symptômes d'une psychose restée jusque-là absolument latente. Gelma estime que les psychoses pénitentiaires rentrent généralement dans la catégorie de ces faits, autrement dit : qu'elles ne sont pas d'origine psychogène (émotions déprimantes de la prévention et de la détention prolongée), mais qu'elles existaient avant l'arrestation, au moment du délit. Le délit commis serait ainsi une manifestation d'une psychose latente. Les faits apportés par l'auteur et l'argumentation serrée et convaincante qui les accompagne et les met en lumière militent, croyons-nous, en faveur de cette hypothèse. Il importe toutefois de faire une double réserve : en premier lieu, si bien des cas de folie apparaissant en prison relèvent peut-être, en effet, de la théorie de l'auteur, rien ne prouve que ce soit la totalité ; en second lieu, il ne faut pas perdre

(1) *L'altération du sens moral dans la période qui précède l'éclosion de troubles psychiques d'évolution cyclique.* Strasbourg, imprimerie Alsacienne, 1924.

(2) Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique. *Travaux de la Clinique Psychiatrique.* Strasbourg, 1927.

©BIUM

de vue qu'il s'agit presque toujours de sujets tarés chez lesquels les perversions instinctives et les accès psychotiques aigus relèvent de la même origine qui est la dégénérescence mentale. Mais cette double réserve n'enlève rien à la valeur des deux travaux de Gelma. Ils méritent qu'on les prenne en considération et qu'on en tienne compte. Nous savons maintenant que les psychoses aiguës peuvent être précédées d'une période d'incubation importante au point de vue médico-légal. C'est là une notion précieuse et qu'on ne doit pas perdre de vue.

HALBERSTADT.

Traité de psychiatrie de la Collection Sergent (2e édition, Paris 1926). Le deuxième volume du *Traité de Psychiatrie* de la collection de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée, publiée chez Maloine sous la direction du Pr SERGENT en est à sa deuxième édition.

Il contient 11 chapitres : *Les aliénés délinquants et criminels*, par Colin et Demay ; les *Intoxications endogènes*, par Legrain ; les *Dégénérescences*, par Barbé ; la *Démence précoce*, par Deny ; la *Démence organique* avec les sous-groupes de la *Démence par syphilis cérébrales*, et des *Troubles mentaux* dans les *Tumeurs cérébrales*, par Truelle ; la *Démence sénile*, par Truelle ; l'*Etat mental des aphasiques*, par Brissot ; la *Paralysie générale progressive*, par Pactet et Bonhomme ; l'*Internement des aliénés*, par Charon ; l'*Expertise psychiatrique*, par Vallon ; la *Thérapeutique psychiatrique*, par René Charpentier.

Les 10 premiers chapitres ayant été très bien analysés par ce dernier auteur dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1921, T. 1., p. 463, on n'en parlera pas ici, car sauf le premier, ils sont identiques dans la seconde édition à ce qu'ils étaient dans la première. On se contentera : 1° d'indiquer l'addition qu'ont apportée à leur travail MM. Colin et Demay, et 2° d'analyser la *Thérapeutique psychiatrique* de M. René Charpentier qui voit le jour pour la première fois.

1° Adoptant dans la dernière moitié de leur étude une présentation plus commode pour les profanes que celle employée en 1921, MM. Colin et Demay considèrent successivement les différents crimes avec leurs modalités dans chaque psychose, et non pas les différentes psychoses avec leurs crimes habituels: Homicides (meurtres prémédités, impulsifs, démentiels). — Vols (démentiels, impulsifs, obsé-

©BIUM

dants). — Actes érotiques. — Incendies (des affaiblis, des délirants, des imbéciles, des impulsifs, des obsédés). Suit une critique de la prétendue psychose pénitentiaire qui n'est qu'une psychose dégénérative dans l'éclosion de laquelle la détention ne joue qu'un rôle occasionnel. L'utilisation des aliénés pour l'accomplissement de crimes et délits et l'auto ainsi que l'hétéro-dénonciation des aliénés sont succinctement exposés.

C'est leur paragraphe sur l'Assistance et la Législation que les auteurs ont surtout développé. Ils commencent par établir la nécessité d'un internement précoce pour prévenir les crimes et délits des aliénés. Ils indiquent les mesures destinées à remplir cette fin (expertise psychiatrique des délinquants suspects, examen médical des prévenus, inspection psychiatrique des prisons, exemples puisés dans les réformes pénitentiaires belges). Ils définissent les caractères des établissements pour aliénés criminels, concluant à la nécessité d'asiles spéciaux.

2. *La thérapeutique psychiatrique* est résumée en cinquante pages où M. René Charpentier avec sa clarté et sa concision coutumières a résumé les principes, les indications, les modalités et les applications du traitement des maladies mentales.

Le lecteur apprend à la fois le pourquoi et le comment des grandes méthodes de l'isolement, et de l'alitement (éloignement des préoccupations, des sources d'émotion, des excitations, — réparation des forces, heureuse suggestion de l'assimilation à un malade), ainsi que le moyen d'éviter leurs inconvénients (inertie mentale, onanisme). Il se rend compte de la physiologie des anomalies et des moyens efficaces de l'alimentation des psychopathes (gloutonnerie, sitiophobie, négativisme sphinctérien, gâtisme, gavage, sérum artificiel sous-cutané ou intra-rectal, etc.). Il comprend les indications et contre-indications de la balnéothérapie (froide, tiède, brève ou permanente), l'efficacité spéciale des diverses sources d'électricité (frank-linisation pour les déprimés hypotendus, — d'arsénovalisation pour les déprimés hypertendus, — effluves pour les prurits, — diathermie pour les algies, — faradisation et torpillage pour aider la psychothérapie), de la radiothérapie dans certains syndromes mentaux à conditions organiques spéciales, de la photothérapie, de la massothérapie, de la cinésithérapie dans certains autres, de l'opothérapie quand il y a insuffisance glandulaire évidente.

Le chapitre de la pharmacothérapie est également rai-

©BIUM

sonné et sagement limité aux médicaments qui ont fait leurs preuves. Contre l'anxiété, il préconise l'opium, surtout le laudanum et la codéine, la belladone qui modère le pneumogastrique, le gardénal qui diminue l'hypertonie sympathique, les bromures qui sont des calmants, l'hyoscine qui jugule l'agitation, la valériane qui apaise les énervements. Comme hypnotiques, il recommande le bromure de sodium qui ne laisse pas après lui la dyspsychie du chloral, le trional, l'opium, le somnifène, les toniques arsenic, strychnine, les spécifiques, etc.

La thérapeutique chirurgicale (trépanation, greffes, ablations, ponction), est discutée.

Enfin sous le nom de traitement psychique, l'auteur établit ce que doit être l'éducation prophylactique des anormaux, la rééducation des convalescents, la psychothérapie non raisonneuse des malades, leur direction morale.

Ces derniers feuillets, où M. René Charpentier a su condenser pour une fin thérapeutique toutes les connaissances cliniques et pathogéniques nécessaires au psychiatre suffiraient par eux-mêmes à légitimer la seconde édition du volume où leur absence dans la première constituait une grosse lacune.

Paul COURBON.

PSYCHOLOGIE

Psychologie pathologique, par le Dr Henri WALLON, professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris. (1 vol. in-12, 100 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1926).

La psychologie pathologique étudie les symptômes morbides pris en eux-mêmes, leurs conditions et leurs conséquences psycho-biologiques. Elle a le même terrain d'études que la psychiatrie mais s'en distingue par son objet. Au contraire, elle a les mêmes buts que la psychologie normale, mais elle opère sur un terrain différent.

M. Wallon passe d'abord en revue les différentes *causes* qui exercent leur action sur les manifestations psychiques : troubles organiques et troubles fonctionnels, lésions irréversibles et lésions réversibles, relations interfonctionnelles, constitutions pathologiques, causalité psychique.

En étudiant les *degrés et formes du psychisme*, de l'extraconscient, du subconscient, de l'inconscient, l'auteur rappelle les critiques très vives adressées à la doctrine de Freud par le Professeur Blondel (de Strasbourg), et les

©BIUM

idées du Professeur Pierre Janet sur l'étude des « conduites » et l'action de l'énergie psychique.

Exposant ensuite les notions nécessaires à l'étude des *déficits mentaux*, globaux ou partiels, et de la *productivité morbide* (délires, conduits pathologiques), il termine par l'étude des troubles qui, ne dénotant pas de déficit à proprement parler, représentent un simple désordre dans le mécanisme des opérations dont le concours est nécessaire au bon fonctionnement de l'activité psychique. Parmi ces *troubles du fonctionnement psychique*, M. Wallon étudie les oscillations pathologiques du tonus mental, les désordres psychomoteurs, et les troubles du fonctionnement intellectuel, l'angoisse et la psychasthénie.

La pathologie mentale oblige à constater la diversité des facteurs et des mécanismes d'où résultent une intelligence et une conduite normales.

Cet excellent petit livre sera très apprécié des psychiatres et prendra place avec les précis de séméiologie parmi les éléments nécessaires à la connaissance des maladies mentales ou des syndromes psychopathiques.

René CHARPENTIER.

Introduction à l'étude de la Psychogénèse. *Essai de Biopsychologie évolutive*, par le Dr Maurice DIDE. (1 vol. in-8, 224 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1926).

Dans cet ouvrage, riche de faits et d'audacieuses synthèses, le Dr Maurice Dide expose une théorie philosophique née de ses observations et de ses recherches. Ayant décrit dans l'atome deux tendances fondamentales, l'une convergente, l'autre radiante, il retrouve ces deux attributs à toutes les étapes de la psychologie.

Mais alors que dans l'inorganique le travail réalisé comporte une dégradation de l'énergie, dans la vie les états successifs de la molécule représentent un gain progressif qui atteint son apogée au moment de la libération psychologique.

De même que les formes inférieures de l'énergie, toujours repérables par rapport au temps et à l'espace, les états mentaux correspondent à un complexe où s'associent l'élan psychogénétique, irreprésentable autrement que comme une succession sentimentale, et un reflet intellectualisé du monde spatial.

« La psychogénèse ainsi conçue interdit un optimisme individuel où chacun tendrait vers la perfection ; elle laisse

©BIUM

pourtant entrevoir des virtualités prodigieuses puisque l'humanité n'y constituerait qu'une étape provisoire vers une conscience incomparablement plus étendue. »

René CHARPENTIER.

Quelques considérations sur la psycho-pathologie de la volition, par le Dr Louis PAGÈS (1 vol., in-8°, 60 pages, Félix Alcan édit., Paris, 1926).

Le principe profond de la volonté ne fait pas partie du domaine de l'observation psychologique, mais il révèle son activité par un acte psychique que M. Louis Pagès désigne sous le nom de jugement volitionnel et dont l'aspect normal ou morbide peut être constaté directement.

Le critérium psycho-pathologique de la volition, ajoute M. Louis Pagès, présente un réel intérêt, non seulement au point de vue de la connaissance du fait mental traduisant le phénomène volontaire, mais aussi par les rapports que ce critérium est susceptible d'avoir avec certaines questions telles que l'éducation de la volonté et surtout la responsabilité.

René CHARPENTIER.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Compte rendu de la Séance du 21 Février 1927

Présidence de M. Leroy, président

Une imbécile épileptique, fille de paralytique général, par L. Marchand et J. Picard. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui présente depuis l'enfance un état d'arriération mentale avec crises épileptiques ayant débuté à l'âge de 3 ans. On ne constate aucun stigmate d'hérédo. Les réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien sont entièrement négatives. Le père, buveur d'habitude, est mort paralytique général ; il avait contracté la syphilis avant son mariage. La mère présente actuellement une réaction de Wassermann du sang très positive. Dans ce cas, l'hérédité alcoolique, si fréquente chez les épileptiques, s'associe à l'hérédité syphilitique et il est impossible de faire la part qui revient à l'une ou à l'autre. De plus des états méningés non spécifiques peuvent survenir chez des hérédo-spécifiques, causer l'épilepsie et ceci explique l'insuccès si fréquent du traitement antisyphilitique chez de tels malades.

Deux cas d'hémorragie méningée, par MM. Trénel et Sizaret. — 1° Homme de 49 ans, pris subitement d'un état de confusion mentale avec paraphasie, turbulence. A son entrée 3 jours après le début, on constate un liquide céphalo-rachidien xanthochromique. Légère lymphocytose. Albumine 0,40 ; B.-W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Légère atténuation des symptômes. Disparition de la Xanthochromie au 50e jour. Persistance d'une légère lymphocytose.

2° Homme de 43 ans. Alcoolisme chronique. Attaque apoplectiforme ou chute accidentelle (?). A l'entrée, au 7e jour après le début, délire onirique. Raideur de la nuque. Signe de Kernig. Réflexes très exagérés et Babinski à droite. Fièvre. On suppose une méningite cérébro-spinale. Liquide céphalo-rachidien hémorragique. B.-W. négatif. Pas de microbes ; B.-W. positif dans le sang. Les cultures de l'inoculation à la souris sont stériles. Amélioration progressive et disparition de tous les symptômes.

©BIUM

Ces cas montrent, une fois de plus, avec quelle rapidité les signes humoraux d'une hémorragie méningée disparaissent.

Séquelles lointaines de commotions de guerre. Commotion et syndrome de démence précoce, par MM. TRÉNEL et SIZARET. — Les deux cas se présentent sous la forme de démence précoce banale. Aucun symptôme caractéristique actuel ne pourrait faire supposer la commotion préexistante. Celle-ci même est justement douteuse dans un cas où le diagnostic entre la commotion et l'émotion reste difficile. On peut penser que certains commotionnés étaient en instance d'une démence précoce quand le traumatisme psychique ou physique s'est produit. Une enquête sur l'état actuel des commotionnés de guerre serait instructive.

Tatouages multiples par enfumage au pétrole, par MM. TRÉNEL et DUBLINEAU. — Présentation d'un ancien joyeux couvert des tatouages classiques, dont certains avec signification et localisation scatologiques. Pour plusieurs de ces tatouages, la matière employée a été le fin charbon produit par la « fumée de pétrole ». Chez ce malade atteint de paralysie générale, la présence de tatouages au niveau du point d'élection de la ponction lombaire rendit celle-ci difficile par suite d'une sorte de tannage de la peau dont la résistance faisait tordre les aiguilles de nickel.

Accès de confusion mentale après suppression brusque du gardénal chez un pottique opiomane d'ancienne date, par J.-B. BUVAT et VILLEY-DESMESERETS. — Cette observation concerne un opiomane ancien guéri de son opiomanie qui présenta plus tard des signes de mal de Pott dorsal et de tuberculose pulmonaire fibreuse. Les douleurs pottiques causèrent un retour à l'opiomanie à laquelle succéda l'usage du gardénal à dose élevée, un minimum de 0,60 cgr. par jour. La suppression brusque du gardénal entraîna d'abord un accès de confusion mentale d'une dizaine de jours de durée, puis les lésions tuberculeuses s'aggravèrent rapidement et entraînèrent la mort par septicémie. Les auteurs montrent les dangers de la suppression brusque du gardénal quand il est pris à dose élevée et la nécesité de tenir grand compte de l'état organique à l'occasion de toute désintoxication.

Syndrome clinique de torpeur cérébrale d'étiologie complexe avec symptômes psycho-organiques polymorphes,

©BIUM

variables et discordants, par MM. G. PETIT et S. NACHT. — Homme de 42 ans, ayant subi pendant la guerre un grave traumatisme cranien, chez lequel s'est établi depuis deux ans et demi, après un épisode initial de confusion mentale avec agitation et tentative de meurtre, un syndrome chronique de torpeur cérébrale, avec parfois narcolepsie diurne intermittente, apathie et catatonie habituelles, stéréotopies, myoclonies incessantes, mouvements involontaires (ébauche de spasmes de torsion depuis quelques mois), paralysies oculaires transitoires, nystagmus intermittent, hypertension rétinienne et œdème péripapillaire temporaire, dysbasie, hypertonie avec signe de la roue dentée, diminution des mouvements automatiques, etc. Spécificité certaine, sans signes humoraux actuels de syphilis nerveuse. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic différentiel.

Forme fruste, d'apparence monosymptomatique (agrypnie), d'encéphalite épidermique chronique méconnue, par MM. C. PETIT et P. CLERC. — Un homme de 31 ans accuse depuis deux années une insommie rebelle à tout traitement. L'origine encéphalitique, longtemps méconnue, de cette agrypnie apparaît actuellement manifeste : syndrome parkinsonien fruste avec hypotonie faciale, diminution des mouvements automatiques, signe de la roue dentée, ralentissement psycho-moteur ou persévération, micrographie, etc. A noter la méconnaisance ou l'atténuation par le malade, qui affirme se trouver en parfaite santé, de nombreux petits signes psycho-organiques qui confirment le diagnostic.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du 17 Février 1927

Un cas de maladie de Recklinghausen avec troubles mentaux et réactions médico-légales. — MM. Aug. MARIE et VERDIER présentent une malade hérédo-syphilitique, atteinte de maladie de Recklinghausen caractéristique avec débilité mentale, idées de persécution, et pourvue de 23 condamnations et 200 ans d'interdiction de séjour. Se croyant persécutée par une infirmière elle lui a envoyé des chocolats imprégnés re strychnine, mais en dose si faible que ces chocolats étaient plutôt toniques que toxiques. Ce cas peut être rapproché d'une observation antérieure de M. Marie concernant une femme hérédo-syphilitique, atteinte de

©BIUM

maladie de R... et ayant des troubles mentaux consistant en érotomanie à l'égard des chevaux d'omnibus auxquels elle écrivait des lettres d'amour et leur exprimait son espoir d'enfanter des centaures.

Sclérose en plaques fruste à début mental. — M. TARGOWLA présente une malade dont les premiers symptômes ont été d'ordre psychiatrique : confusion légère, onirisme, pantophobie, anxiété, idées vagues de persécution et d'indignité, impulsions, suicides avec fièvre légère, hyperazotémie et hypercholestérinémie. Les phénomènes confusionnels se sont amendés et il persiste un état mélancolique anxieux évoluant par paroxysmes. Puis ont apparu des signes neurologiques (symptômes oculaires, troubles de la parole, modifications des réflexes, dysmétrie, tremblement intentionnel). Le diagnostic d'abord envisagé avait été celui de psychose grippale, puis encéphalite épidémique. Ce cas est une confirmation de la nature infectieuse de la sclérose en plaques et montre la possibilité du début par des troubles psychiques. Ceux-ci paraissent à l'auteur beaucoup moins rares qu'on ne le dit classiquement et il a pu en observer personnellement 12 cas frustes ou avérés en trois mois dans le service de l'Hôpital Rousselle.

M. CLAUDE rappelle que les troubles mentaux dans la sclérose en plaques sont beaucoup moins rares qu'on ne le décrit classiquement.

L'épreuve d'Aldrich et Mac Clure au cours des états mélancoliques. — MM. TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY ont étudié l'intradermo-réaction à la solution chlorurée sodique pendant l'évolution des syndromes mélancoliques. La durée de résorption de la boule d'œdème est toujours augmentée dans les états dépressifs et se montre grossièrement parallèle à l'insuffisance circulatoire, ainsi qu'aux variations de l'état clinique, redevenant normale à la guérison. Elle ne semble pas influencée par les phénomènes anxieux.

Psychose hallucinatoire chronique et syphilis nerveuse. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et DAUSSY présentent une malade atteinte de délire systématisé évoluant depuis 14 ans. Il s'agit d'un syndrome d'action extérieure avec excitation psychique qui tire son intérêt de la concomitance d'une syphilis nerveuse. Les réactions qui ont amené l'internement de cette malade ont coïncidé avec une poussée évolutive de la neuro-syphilis.

M. CEILLIER fait des réserves sur l'existence d'un rapport

©BIUM

de causalité entre la syphilis et l'automatisme mental. Cette observation, de même que la plupart de celles publiées ces derniers temps, ne lui paraît aucunement probante.

M. CLAUDE s'associe aux réserves de M. Ceillier et déclare que chez la malade qu'il montre à la Société il incline davantage à croire à une coïncidence qu'à un rapport direct de cause à effet.

Délire systématisé chronique avec épisodes hallucinatoires suivis de tentatives de suicide et syphilis nerveuse. — M. TARGOWLA et Mlle SERIN montrent une femme délirant depuis sept ans avec syndrome typique d'automatisme mental. Le traitement spécifique a amené la disparition des phénomènes aigus d'automatisme, mais la conviction délirante persiste intégralement. Le syndrome humoral est devenu négatif. Pour les auteurs il existe un rapport certain entre les troubles hallucinatoires et l'atteinte nerveuse, mais celle-ci n'est pas l'élément unique conditionnant le syndrome.

Démence paranoïde chez un paranoïaque. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN présentent un artiste peintre de constitution paranoïaque qui, après une vie mouvementée, est actuellement hospitalisé à la suite de multiples interprétations délirantes avec des hallucinations auditives et visuelles relativement discrètes, accompagnées d'affaiblissement de la valeur professionnelle. Le diagnostic d'un début de démence paranoïde chez un paranoïaque est à discuter.

Syndrome combiné de délire de négation et d'état mixte réfractaire à la rachianesthésie. — MM. COURBON et J. MAGNAN présentent une malade dont le délire de négation purement corporel s'exprime tantôt avec un cortège de manifestations anxieuses, tantôt avec un cortège de manifestations facétieuses. Le délire de négation est donc symptômatique ou peut-être simplement compliqué d'un état mixte de psychose maniaque dépressive. Le délire de négation qui portait principalement sur les membres inférieurs n'a été en rien influencé par la rachi-anesthésie. Donc le sentiment cénesthésique est autre chose que la simple somme des sensibilités externes et internes puisque l'action sur celles-ci ne retentit pas sur lui.

M. G. DUMAS rappelle que les troubles cénesthésiques ne sauraient, à eux seuls, conditionner le délire de négation puisque celui-ci peut porter sur l'existence du monde extérieur.

Début de paralysie générale par un délire systématisé de persécution. — M. DUPOUY rapporte l'observation

©BIUM

d'une P. G. dont le début de l'affection a consisté en un délire de persécution à l'égard d'un médecin que le malade accusait de lui avoir inoculé la syphilis.

André CEILLIER.

Société belge de médecine mentale

Séance du 29 Janvier 1927

Présidence du Dr CUYLITS

Dr CUYLITS (Tournai) : **L'affectivité du mélancolique.** — Dans cette communication, qui sert de discours présidentiel, le Dr Cuylits décrit l'état somatique et psychique du mélancolique. Au point de vue somatique ce qui domine ce sont les troubles du système neuro-végétatif du type hypoamphotonique. Au point de vue psychique ils sont dans un état de souffrance consciente, de ralentissement douloureux de toutes les fonctions mentales. Dans l'ensemble le malade décrit sa propre anesthésie cérébrale, fonction de l'état de son système sympathique.

Dr DEGREEF (Louvain) : **Abstraction morbide et désagrégation de la personnalité.** — Parlant des travaux du Dr Minkowski sur la perte du contact avec la réalité chez les schizophrènes, l'auteur étudie une série de cas où ce syndrome se manifeste comme un état psychopathique prodromique d'une psychose hallucinatoire chronique. D'accord avec le Dr Minkowski il considère cette perte du contact avec la réalité comme un syndrome d'autisme mineur. Elle se manifeste par : 1° la substitution du raisonnement abstrait et du plan rigide à l'adaptation souple et extemporanne aux circonstances de la vie ;

2° l'atténuation de la notion de hasard, non seulement pour leurs actes, mais aussi pour ceux d'autrui, ce qui peut être le point de départ d'idées de persécution ;

3° l'apparition d'une activité mentale intense ;

4° le développement d'un sentiment d'insécurité contre lequel le plan doit lutter.

Tous ces éléments se retrouvent chez quatre malades bien avant les manifestations nettes d'une psychose hallucinatoire chronique.

La perte de contact avec la réalité semble donc préparer la voie à la libération de l'automatisme mental.

G. VERMEYLEN.

©BIUM

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Personnel médical du département de la Seine

Un arrêté préfectoral fixe de la façon suivante, à partir du 1er juillet 1926, les tarifs des traitements du personnel médical, dépendant du département de la Seine.

Service médical de la préfecture. — Médecin en chef : 1re classe, 45.000 fr. ; 2e classe, 42.000 fr. ; 3e classe, 39.000 fr.

Médecin en chef adjont : 1re classe, 24.000 fr. ; 2e classe, 22.000 fr.

Médecin suppléant : 8.200 + 5.600 fr.

Médecins titulaires de circonscription. — Indemnité fixe : 8.200 fr.

Visite à domicile : à Paris, par visite 6 fr. ; en banlieue, par visite, 7 fr. Indemnité kilométrique, 0 fr. 80.

Médecins adjoints et suppléants de circonscription. — Consultation (prélèvement sur l'indemnité du médecin titulaire), 18 fr.

Visites à domicile (même tarif que les médecins titulaires).

Médecins spécialistes consultants, par examen, 18 fr.

Medecin des services spéciaux (Seine et hors Seine), sans changement.

Service de l'état-civil. — Par constatation effectuée dans l'arrondissement : naissance, 13 fr. ; décès, 15 fr. — Par constatation effectuée à Paris, mais hors l'arrondissement d'affectation, 18 fr. — Par constatation effectuée hors Paris et dans les limites du département de la Seine (frais de voyage compris), 26 fr.

Médecins inspecteurs de la vérification des décès (cadre d'extinction) : indemnité fixe et annuelle, 16.500 fr. — Indemnité par constatation de décès en vue d'incinération ou d'embaumement, 28 fr.

Médecins des établissements charitables municipaux. — Médecins : de Ledru-Rollin, 6.700 fr. ; de Pauline-Rolland, Ledru-Rollin, Léo-Delibes, 6.200 fr. ; de George-Sand, Miche-

©BIUM

let, Nicolas-Flamel, Benoit-Malon, 4.900 fr. ; des orphelinats Dubreuil, Sainte-Jeanne, 2.700 fr.

Institut municipal d'électro-radiologie. — Médecin-directeur, 11.200 fr. ; médecin adjoint, 6.700 fr. ; médecins assistants, 1.800 fr. ; chef de laboratoire, 1.800 fr.

Office public d'hygiène sociale. — Directeur : 1re classe, 39.000 fr. ; 2e classe, 36.000 fr. ; 3e classe, 33.000 fr. ; 4e classe, 30.000 fr. ; 5e classe, 27.000 fr.

Médecin inspecteur adjoint : 1re classe, 33.000 fr. ; 2e classe, 30.000 fr. ; 3e classe, 27.000 fr. ; 4e classe, 24.000 fr. ; 5e classe, 21.600 fr.

Médecins directeurs d'établissement : 1re classe, 31.000 fr. ; 2e classe, 27.800 fr. ; 3e classe, 25.400 fr. ; 4e classe, 23.000 fr. ; 5e classe, 20.600 fr.

Médecins assistants d'établissement : 1re classe, 23.000 fr. ; 2e classe, 21.500 fr. ; 3e classe, 20.000 fr. ; 4e classe, 18.500 fr. ; 5e classe, 17.000 fr.

Médecins-chefs des dispensaires. — Indemnité de 430 fr. par mois, plus indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois 170 fr. que de consultations effectuées par semaine.

Médecins assistants des dispensaires et stagiaires. — Indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois 170 fr. que de consultations par semaine.

Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie. — Médecin-chef directeur : 28.800 fr. à partir du 1er octobre 1926. — Médecins adjoints, 10.800 fr.

Hospice départemental Paul-Brousse. — Médecin en chef, 9.000 fr. — Chirurgien, 9.000 fr. — Médecin adjoint, assistant oculiste, assistant oto-rhino-laryngologiste, dentiste, 3.400 fr. — Chef du laboratoire du médecin en chef, de radiologie, de radiumlogie, 6.500 fr. — Internes en médecine, en pharmacie, en chirurgie : 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. ; 4e année, 8.400 fr.

Centre anticancéreux de la région parisienne. — Médecin assistant, 2.300 fr.

Institut départemental des aveugles, à Saint-Mandé. — Médecin : 1re classe, 3.500 fr. ; 2e classe, 3.150 fr. ; 3e classe, 2.800 fr. — Oculiste et oto-rhino-laryngologiste, indemnité, 1.600 fr.

Ecole Théophile-Roussel, à Montesson. — Médecin, 3.900 fr.

Ateliers départementaux pour les ouvriers estropiés, mutilés ou infirmes. — Médecin, par ouvrier et par an, 11 fr.

Hospice Favier, à Bry-sur-Marne. — Médecin, 3.400 fr.

©BIUM

Hospice Raspail, à Arcueil. — Médecin, 1.400 fr.

Hôpital Henri-Rousselle. — Médecin en chef directeur : 1re cl., 39.000 fr.; 2e cl., 36.000 fr.; 3e cl., 33.000 fr,; 4e cl., 30.000 fr.; 5e cl., 27.000 fr. — Médecin chargé de la consultation de psychiatrie générale, 16.800 fr. — Médecin assistant résident et médecin assitant de l'hôpital, 13.000 fr. — Médecin chargé de la médecine générale et médecin chargé du service social et du service à domicile, 10.800 fr. — Assistant de physiothérapie, 4.100. — Médecin consultant, 42 fr. par séance. — Internes en médecine et en pharmacie, 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. ; 4e année, 8.400 fr. ; 5e année, pour les seuls internes en médecine, 8.700 fr. — Chefs de laboratoire, 13.500 fr.

Cour et tribunaux (palais de justice, tribunal de commerce). — Médecin, 10.500 fr. ; premier médecin adjoint, 4.500 ; deuxième médecin adjoint, 3.100 fr.

Asiles et Colonies d'aliénés de la Seine. — Directeurs administratifs, directeurs médecins et médecins en chef, 1re classe, 39.000 fr. ; 2e classe, 36.000 fr. ; 3e classe, 33.000 fr. ; 4e classe, 30.000 fr. ; 5e classe, 27.000 fr. — Chirurgien des asiles, 17.400 fr. — Chirurgien assistant des asiles, 18.400 fr. — Assistants de chirurgien des asiles, 3.200 fr. — Professeur de la clinique des maladies mentales, 6.000 fr. — Chefs de clinique titulaires, 4.300 fr. — Internes en médecine et en pharmacie, 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. ; 4e année, 8.400 fr. ; 5e année, applicable seulement aux internes en médecine, 8.700 fr.

Asile de Chezal-Benoît et colonies d'aliénés. — Médecins assistants, 1re classe, 14.200 fr.; 2e classe, 13.400 fr.; 3e classe, 12.600 fr. ; 4e classe, 11.800 fr ; 5e classe, 11.000 fr.

UN NOUVEAU PÉRIODIQUE

Nous apprenons que le *Bulletin* de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France va reparaître en avril prochain, sous la direction de notre collègue le Dr Demay, médecin-chef de l'asile de Clermont. Cette revue sera consacrée à la défense des intérêts professionnels des médecins des asiles, ainsi qu'à l'étude des questions d'assisitance et d'hygiène hospitalière. Le premier numéro contiendra, entre autres documents, le tableau des médecins du cadre des asiles actuellement en activité de service, et la nomenclature du personnel médical des établissements d'aliénés. Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

©BIUM

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS DE MAISON DE SANTÉ EN MATIÈRE D'ACCIDENTS

Nous publions ci-dessous deux jugements qui indiquent combien la jurisprudence est variable en matière d'accidents survenus à des malades en cours de traitement. La question est des plus importantes et le deviendra d'autant plus que se multiplieront les services ouverts.

COUR D'APPEL DE PARIS (5e Ch.) (1)

PRÉSIDENCE DE M. ROME

Audience du 25 juin 1920

MÉDECIN. — RESPONSABILITÉ. — ETABLISSEMENT MÉDICAL. — MALADIE NERVEUSE. — SUICIDE. — PRÉTENDU DÉFAUT DE SURVEILLANCE. — ABSENCE DE FAUTE.

Lorsqu'une personne atteinte d'une maladie nerveuse, placée dans un établissement affecté aux maladies de cette nature et dirigé par un médecin, se jette par une fenêtre et se fait de graves blessures, on ne saurait reprocher à ce médecin de ne l'avoir pas soumise à une surveillance étroite et continue, telle que celle qui peut être exercée sur les aliénés, et notamment de n'avoir pas muni les fenêtres d'un mode de fermeture hors de la portée des malades.

On ne saurait non plus imputer à faute à ce médecin la circonstance qu'au moment où l'accident est arrivé, la garde n'était pas dans la chambre, si cette garde s'est absentée quelques instants pendant que le malade était dans son cabinet de toilette et qu'elle ne pouvait pas prévoir qu'il rentrerait dans la chambre aussi vite qu'il l'a fait, pour en ouvrir la fenêtre.

Cette solution résulte de l'arrêt suivant, rendu sur les plaidoiries de Mes *Maurice Bernard* et *Clemenceau* :

« La Cour ;

« Considérant que, dans le courant du mois d'août 1912, la dame Z. est entrée, volontairement et pour la deuxième fois, dans l'établissement du docteur X., pour y recevoir les soins que nécessitait son état de santé, alors que les

(1) *Gazette des Tribunaux* du 27 juin 1921.

©BIUM

médecins de la famille déclaraient qu'elle pouvait être soignée à son domicile ; que ce fait suffit à démontrer que son état nerveux n'avait pas le caractère de gravité que l'appelant lui attribue ;

« Considérant d'autre part que seuls sont admis dans cet établissement les malades atteints d'affections nerveuses, à l'exclusion de ceux qui sont frappés d'aliénation mentale ;

« Considérant que Z. soutient que, dans l'état de mélancolie où se trouvait la dame Z., l'idée de suicide était à redouter, et qu'il convenait d'assurer une surveillance particulière sur la malade ; que, d'après lui, cette surveillance s'imposait d'autant plus qu'à la suite d'une visite de son beau-père, la dame Z. avait vu « son inquiétude se compliquer d'une aggravation croissante » ; qu'il en conclut que le docteur X. était tenu de redoubler d'attention à raison même de ce fait que sa surveillance était exclusive du contrôle de la famille, à laquelle toute visite restait interdite en dehors du consentement du médecin traitant ;

« Mais considérant que, quelles qu'aient été les constatations médicales, d'ailleurs postérieures à l'accident, il n'est pas établi que la dame Z. ait donné des signes d'aliénation mentale ; que c'est sur la demande de celle-ci que le docteur X. avait attaché une seconde garde à sa personne, et que d'ailleurs il lui avait affecté une chambre située au premier étage, où il lui était plus facile de la suivre journellement ;

« Considérant qu'il n'est pas démontré que ce changement avait eu pour objet l'exercice d'une surveillance plus étroite, rendue nécessaire par une aggravation de la maladie ; mais qu'en fût-il ainsi, il s'ensuivrait que le docteur X. avait fait le nécessaire pour mieux veiller sur sa pensionnaire ;

« Considérant que le 7 novembre au matin, après avoir quitté son lit où elle avait pris son petit déjeuner, la dame Z. passa dans le cabinet attenant à sa chambre pour procéder à sa toilette intime ; que, pendant une courte absence de sa garde, elle revint dans sa chambre et ouvrit une fenêtre, ainsi du reste qu'elle l'a déclaré elle-même, puis qu'elle s'est précipitée sur le sol où elle s'est fait en tombant de nombreuses et graves blessures ;

« Considérant que le fait, par le docteur X., de n'avoir pas muni les fenêtres de son établissement, et notamment celles de la chambre occupée par la dame Z., d'un dispositif de fermeture en dehors de la portée des malades, ne peut être considéré comme une faute ; que, s'il est vrai

©BIUM

que le directeur de la maison n'a pas pris cette précaution particulière, il suffit de noter que ses pensionnaires, soignés pour des affections nerveuses, comme l'était la dame Z., ne doivent pas être enfermés, et que leur intérêt commande de ne pas leur donner l'impression d'une claustration ; que l'état de ladite dame, qui n'avait jamais manifesté l'intention de suicide, n'obligeait pas le médecin, ni les préposés de celui-ci, à une surveillance étroite et continue, comme celle qui pourrait être exercée sur des personnes atteintes d'aliénation mentale ; qu'ainsi il n'est pas démontré que la surveillance ait été insuffisante ;

« Considérant enfin qu'au moment où la garde s'est absentée, la dame Z. se trouvait dans son cabinet de toilette et qu'il était permis justement de penser qu'elle y resterait assez longtemps, avant de rentrer dans sa chambre, pour permettre à la garde de s'éloigner, sans imprudence, pendant un instant ;

« Considérant que, dans les circonstances qui viennent d'être exposées, une garde, si attentive et si vigilante qu'elle fût, n'aurait pas pu éviter l'accomplissement spontané d'un acte volontaire tel que celui que la dame Z. a exécuté ; que c'est dans un mouvement d'impulsion dépassant, dans l'espèce, les prévisions normales, qu'elle a trompé la vigilance de sa garde, et qu'en conséquence elle ne peut s'en prendre qu'à elle-même de l'accident dont elle a été victime ; que, dès lors, la demande n'est pas justifiée ;

« Par ces motifs ;

« Et tous autres non contraires des premiers juges;

« Confirme le jugement;

« Condamne Z. à l'amende et en tous les dépens d'appel. »

Observation. — Le médecin est, en principe, responsable de la faute commise dans l'exercice de sa profession aux termes de l'article 1382 du Code civil. Si cette responsabilité ne saurait être encourue à raison de l'appréciation par le médecin d'une question scientifique, il en est autrement lorsqu'il y a eu de la part de celui-ci imprudence visible ou méconnaissance d'éléments que tout homme de l'art doit nécessairement connaître : Trib. civ., Lille, 19 avril 1905 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1901, 2e sem., 2.444) ; Trib. civ., Seine, 5 janvier 1905 (*Le Droit*, 6 janvier 1901 ; *Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1901, 1er sem., 2.445). Rapprocher : C. de Pau, 1er mai 1900 (Sirey, 1900. 2. 301) ; C. de Paris, 16 janvier 1913 (Dalloz, 1913. 2. 237).

©BIUM

COUR DE CASSATION (Ch. des req.) (1)

PRÉSIDENCE DE M. SERVIN, PRÉSIDENT

Audience du 14 décembre 1926

DOMMAGES-INTÉRÊTS. — DOMMAGES IMPRÉVUS. — ETENDUE. — FAUTE CONTRACTUELLE. — FAUTE DÉLICTUELLE.

Les dispositions de l'article 1150 du Code civil sur l'irresponsabilité des dommages imprévus cessent d'être applicables lorsque le débiteur a commis non seulement une faute contractuelle, mais aussi une faute délictuelle. Ainsi, un médecin directeur d'une maison de santé peut être déclaré responsable des faits dont a souffert une malade qui avait pu s'enfuir de l'établissement à raison d'un défaut de surveillance.

Le docteur A. a formé un pourvoi en cassation contre un arrêt de la Cour de Paris, rendu le 18 décembre 1925, au profit des consorts B.

La Chambre des requêtes, après avoir entendu le rapport de M. le Conseiller Célice et la plaidoirie de Me *Auger*, a, conformément aux conclusions de M. l'avocat général Mornet, statué en ces termes :

« La Cour ;

« Sur le moyen unique, pris de la violation des articles 1142, 1150, 1151 du Code civil, 7 de la loi du 20 avril 1810, pour défaut de motifs, 5 de la loi du 30 juin 1838, 22 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, manque de base légale :

« Attendu qu'il est constaté par l'arrêt attaqué que la demoiselle B., placée dans la maison de santé dirigée à X... par le docteur A. et les époux Z., pour y recevoir les soins que comportait la neurasthénie profonde dont elle était atteinte, est sortie sans contrôle de cet établissement, le 17 mars 1922, et est allée se réfugier dans une carrière abandonnée, pour échapper aux obsessions dont elle se disait tourmentée ; qu'elle y a été retrouvée dix jours après, à demi-morte de froid et de faim et les pieds gelés ; qu'elle a dû subir l'amputation d'un pied et n'a conservé l'autre que considérablement déformé ;

« Attendu que la Cour d'appel, estimant que le préjudice ainsi éprouvé par ladite malade, résultait directement du défaut de surveillance et de la faute des demandeurs en

(1) *Gazette des Tribunaux* du 26 janvier 1927.

©BIUM

cassation, les a condamnés à diverses sommes à titre de dommages-intérêts ; que, d'après le pourvoi, l'arrêt attaqué aurait, à tort, fait grief au docteur A. et à ses associés d'avoir laissé sortir librement la demoiselle B., alors que celle-ci n'étant pas internée comme aliénée, il leur était légalement impossible de l'empêcher de sortir librement, et d'avoir mis à leur charge la réparation d'un dommage qu'ils n'avaient pu prévoir, lorsqu'ils avaient accepté de recevoir la malade dans leur établissement ;

« Mais attendu que la Cour d'appel, appréciant souverainement les divers éléments de la cause, déclare que l'état de la demoiselle B. exigeait une surveillance continue parce que cette malade, avant sa dernière fugue, avait la manie de se cacher ; que l'infirmière qui, à diverses reprises, avait été affectée spécialement à sa garde, avait cessé de s'occuper de ce soin, bien que son état, d'après le docteur A. lui-même, ne se fût pas amélioré ;

« Attendu que la surveillance, qu'il y a lieu parfois d'exercer sur un malade pour l'empêcher de se nuire, ne peut, à aucun égard, être assimilée, comme le prétend le pourvoi, à une séquestration arbitraire ; qu'aucun obstacle légal ne s'opposait donc à ce qu'il fût usé de ce mode de protection à l'égard de la demoiselle B. ;

« Attendu, d'autre part, que l'arrêt attaqué, en décidant que la négligence du docteur A. et des époux Z. était la cause directe des mutilations subies par la malade, et en relevant ainsi à leur encontre, en même temps que l'inexécution de leur obligation contractuelle de surveillance, une faute délictuelle, a, par là-même, écarté toute possibilité d'appliquer en la cause les dispositions de l'article 1150 du Code civil et a suffisamment répondu aux conclusions tendant à leur application ;

« D'où il suit que l'arrêt attaqué est régulièrement motivé et n'a violé aucun des textes visés par le pourvoi ;

« Par ces motifs;

« Rejette la requête. »

OBSERVATIONS. — Il s'agissait, dans l'espèce, de savoir si l'arrêt attaqué avait eu raison de mettre à la charge du demandeur en cassation des dommages imprévus. La Chambre des requêtes répond à cette question affirmativement pour le motif que le demandeur a commis une faute délictuelle qui vient se superposer à une faute contractuelle.

Nous ne contestons pas que la distinction des dommages prévus et des dommages imprévus est étrangère aux matiè-

©BIUM

res délictuelles pour la bonne raison que cette distinction repose sur l'intention présumée des contractants et qu'en matière de délits ou de quasi-délits, on ne peut plus parler d'intention présumée de contractants. Nous admettrions, à la rigueur, qu'entre contractants on puisse parler de fautes délictuelles, la délimitation entre la faute contractuelle et la faute délictuelle étant incertaine, bien que cependant la Chambre civile de la Cour de cassation ait posé dans les termes les plus formels que les articles 1382 et suivants du Code civil sont sans application quand une faute a été commise dans l'exécution d'une obligation résultant d'un contrat : C. de cassation (Ch. civ.), 11 janvier 1922 (Dalloz, 1922. 1. 16).

Mais, à notre sens, la Chambre des requêtes paraît avoir laissé de côté, dans l'arrêt rapporté, le texte de l'article 1150 du Code civil. Aux termes de ce texte, « le débiteur n'est tenu que des dommages et intérêts qui ont été prévus ou qu'on a pu prévoir lors du contrat, lorsque ce n'est point par son dol que l'obligation n'est point exécutée ». De ce texte il résulte qu'il ne suffit pas d'une simple faute du débiteur pour que le créancier puisse lui réclamer des dommages-intérêts ; la preuve d'un dol est nécessaire. Il n'y a qu'à cette condition que, dans cette matière, le législateur admet la superposition d'une responsabilité délictuelle à une responsabilité contractuelle. Or, tous les commentateurs de l'article 1150 interprètent le mot « dol » employé par ce texte dans le sens de « mauvaise foi » ou « d'intention coupable » : Dalloz (*Nouveau Code civil annoté*, art. 1150, nos 6 à 10).

La faute imputée au demandeur en cassation avait-elle été intentionnelle et, par suite, dolosive ? Rien dans l'arrêt ne permet de le penser. Cela étant, il semble que, faisant abstraction de l'article 1150 du Code civil, la Chambre des requêtes ait tenu compte des dommages imprévus dans une espèce où il y avait simple faute et non dol. A cet égard, son arrêt paraît comporter des réserves.

CENTENAIRE DE PINEL

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

30 mai-1er juin 1927

Un siècle s'est écoulé depuis la mort de Pinel, et le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Genève le 2 août

©BIUM

dernier, consacrait à sa mémoire la séance inaugurale de sa XXXe session. La Société médico-psychologique, désireuse à son tour de rendre un pieux hommage à l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, et comptant sur l'appui des autres sociétés médicales, a décidé d'organiser une cérémonie commémorative de l'œuvre réformatrice. Elle aura lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, le lundi 30 mai, à 21 heures, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail et de l'Hygiène.

M. le Président de la République a bien voulu placer sous son haut patronage le comité d'honneur constitué pour la célébration du centenaire de ce grand médecin.

⁂

Comité d'organisation
élu par la Société Médico-Psychologique

Président : M. SEMELAIGNE, 59, Boulevard de Montmorency, Paris (16e).

Vice-Présidents : MM. SOLLIER, SÉGLAS, CLAUDE, LEGRAIN, LEROY.

Secrétaire général : M. Henri COLIN, 22, rue Gay-Lussac, Paris (5e).

Secrétaire général adjoint : M. René CHARPENTIER.

Membres : MM. ARNAUD, BUSSARD, GUIRAUD, KLIPPEL, A. MARIE, PACTET, ROUBINOVITCH, SÉRIEUX.

Trésorier : M. MALLET, 22, avenue Mozart, Paris (16e).

Programme des cérémonies (1)

Lundi 30 mai

10 h. 1/4. — Réunion à la Salpêtrière, amphithéâtre de la Clinique Charcot, service du Professeur GUILLAIN.

---

(1) Ces cérémonies coïncideront :

1° avec le Centenaire de Vulpian qui sera célébré sous les auspices de la Société de Biologie et de la Société de Neurologie au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le samedi soir 28 mai ;

2° avec la réunion de l'Association Amicale des médecins des établissements publics d'Aliénés de France (dimanche 29 mai) ;

3° avec la Réunion neurologique annuelle dont les séances commencent le mardi matin 31 mai et où l'on traitera cette année deux questions intéressant au plus haut point les aliénistes, le Sommeil et l'Equilibre.

Le banquet et la réception à l'Hôtel-de-Ville, grouperont les adhérents au Centenaire de Pinel, au Centenaire de Vulpian et à la Réunion neurologique.

©BIUM

Souvenirs de Pinel à la Salpêtrière, Visite des loges, de la Force, Hommage à la Statue de Pinel.

16 heures. — Séance solennelle de la Société Médico-Psychologique, 12, rue de Seine.

21 heures. — Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la Présidence de M. André FALLIÈRES, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales.

Mardi 31 mai

15 heures. — Séance solennelle à l'Académie de Médecine consacrée à la célébration du centenaire de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian.

20 heures. — Banquet par souscription offert aux délégués étrangers.

Mercredi 1er juin

17 heures. — Réception à l'Hôtel de Ville par le Conseil municipal de Paris.

Le programme détaillé sera envoyé incessamment. L'organisation est assurée par des subventions. Des souscriptions volontaires peuvent être adressées au trésorier, M. le Dr MALLET, 22, avenue Mozart (Paris, 16e). Au cas où les ressources seraient suffisantes, le Comité offrira aux adhérents une plaquette commémorative du Centenaire.

⁂

Toutes les communications, adhésions, etc., doivent être adressées à M. le Dr Henri COLIN, Secrétaire général, 22, rue Gay-Lussac, Paris 5e.

CENTENAIRE DE VULPIAN

L'année 1926 nous a rappelé une date mémorable dans l'Histoire de la Médecine : le Centième Anniversaire de la Naissance de *Vulpian*.

Les Biologistes et les Neurologistes, désireux de célébrer cette date, ont décidé de faire coïncider les cérémonies commémoratives de ce Centenaire avec leurs Réunions annuelles de 1927 : *Réunion plénière de la Société de Biologie et de ses Filiales* et *VIIIe Réunion Neurologique internationale*, qui se tiendront à Paris, du 27 mai au 2 juin 1927.

Comité d'organisation

Président : M. HENNEGUY, Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, Président de la Société de Biologie de Paris.

©BIUM

Vice-Présidents :

M. GLEY, Professeur au Collège de France, Président de l'Académie de Médecine.

M. ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

M. MANGIN, Directeur du Muséum d'Histoire naturelle, Membre de l'Institut.

M. MOURIER, Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.

M. le Médecin Inspecteur général FOURNIAL, Directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris.

Mme DÉJERINE, Membre de la Société de Biologie et de la Société de Neurologie.

M. BABINSKI, Médecin honoraire des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine, Membre de la Société de Neurologie.

Secrétaire général : M. CROUZON, Médecin de la Salpêtrière, Secrétaire général de la Société de Neurologie.

Trésorier : M. Albert CHARPENTIER, Trésorier de la Société de Neurologie.

⁂

Les cérémonies commémoratives du Centenaire de la naissance de Vulpian coïncident, non seulement avec les Réunions Biologiques et Neurologiques annuelles, mais encore avec la célébration du Centenaire de la mort de Pinel, organisée par la Société médico-psychologique.

Le programme commun est fixé provisoirement ainsi qu'il suit :

Vendredi 27 et samedi 28 mai, matin et après-midi : Réunion plénière de la *Société de Biologie et de ses Filiales.*

Samedi 28 mai, 21 heures : au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, commémoration du Centenaire de la Naissance de *Vulpian.*

Lundi 30 mai, 10 h. 30 : Visite des anciens services de *Pinel* et de *Vulpian* à l'Hospice de la Salpêtrière.

16 heures : Réunion annuelle de la *Société médico-psychologique.*

21 heures : au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, commémoration du Centenaire de la mort de *Pinel.*

Mardi 31 mai, 9 heures, 12, rue de Seine : Séance normale de la *Société de Neurologie* de Paris.

15 heures : Séance solennelle à l'*Académie de Médecine,* en l'honneur de *Pinel* et de *Vulpian.*

©BIUM

20 heures : au *Palais d'Orsay, banquet* offert par les groupements biologique, neurologique et psychiatrique en l'honneur de *Pinel* et de *Vulpian.*

Mercredi 1er juin, 9 heures et 14 heures : à *la Salpêtrière* (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières), *VIIIe Réunion Neurologique internationale :* Rapport de MM. LHERMITTE et TOURNAY sur le *Sommeil normal et pathologique.* Discussion du rapport.

17 heures : Réception des membres participants des Centenaires de *Pinel* et de *Vulpian,* par le Conseil municipal de Paris, à *l'Hôtel de Ville.*

Jeudi 2 juin, 9 heures et 15 heures : à *la Salpêtrière* (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières) : *VIIIe Réunion Neurologique internationale :* Rapports de MM. DE KLEJN (d'Utrecht) et HAUTANT (de Paris) sur les *Moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire.* Discussion des rapports.

⁂

L'adhésion aux cérémonies commémoratives ne comporte aucune cotisation. L'organisation sera assurée par les subventions et les souscriptions bénévoles et, si les sommes recueillies le permettent, une plaquette en l'honneur de Vulpian sera éditée par les soins du Comité. Prière d'adresser les adhésions et toute correspondance au Dr Crouzon, Secrétaire général du Comité d'Organisation, à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris, XIIIe.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 34.059

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

Chronique

La Crise du recrutement médical dans les Asiles et l'Insuffisance des traitements (1)

Les résultats du dernier concours du Médicat des Asiles ont leur éloquence : sept places, sept candidats, dont cinq seulement ont pu être agréés. D'excellentes raisons seront invoquées pour expliquer cette carence et pour justifier l'optimisme à la Candide, attitude traditionnelle de l'Administration française. Il est à craindre que la véritable cause de cette pénurie de candidats — l'insuffisance des traitements — ne soit laissée dans l'ombre.

(1) Il s'agit des Asiles publics d'aliénés des départements.

©BIUM

Que de fois, autour de nous, avons-nous entendu cette exclamation : « Les médecins des asiles se plaignent ! Ils sont cependant au nombre des fonctionnaires les plus favorisés. » Et l'on énumère les fameux « avantages en nature », le précieux logement..., en passant sous silence les inconvénients qui en sont trop souvent la contre-partie. Nous pourrions citer tel établissement où le directeur, pour éviter les réclamations successives des médecins, n'avait trouvé rien de mieux que de demander à l'Administration d'envoyer exclusivement à X... des célibataires !

Il est aussi certaines anomalies sur lesquelles on se garde d'insister. On dit aux jeunes médecins : vous avez la même situation que les directeurs ; mêmes traitements, même retraite. Or il y a cinq classes de directeurs administratifs et neuf classes de médecins. Il n'est pourtant pas excessif de prétendre que le mode de recrutement des médecins présente au moins autant de garanties que celui des directeurs. Dès lors, pourquoi cette différence ?

On parle beaucoup, actuellement, de la « péréquation » des traitements des fonctionnaires (les psychiatres n'ont pas le monopole des vocables barbares). En établissant, au début de cette année, le cahier — combien modéré ! — de ses revendications, le Comité de l'Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés s'est demandé à quelle catégorie de fonctionnaires les médecins des asiles pouvaient, à bon droit, être assimilés. Il n'a pas cru commettre un péché d'orgueil en recherchant l'assimilation avec les chefs

©BIUM

de bureau des ministères, comme l'ont fait les professeurs agrégés de l'Université de Paris, avec l'approbation de leur ministre. Nous voulons croire que M. André Fallières ne se montrera pas moins libéral que son collègue. La réalisation de ce projet, jointe à la réduction à cinq du nombre des classes, en améliorant la situation actuelle des médecins des asiles, nous paraît être le seul remède efficace à la crise du recrutement.

G. DEMAY.

©BIUM

L'ŒUVRE PSYCHIATRIQUE DE KRÆPELIN (1)

Par le Dr G. HALBERSTADT,

Médecin des Asiles

La mort de Kræpelin, survenue en octobre 1926, a été douloureusement ressentie par les aliénistes du monde entier. On se propose d'étudier dans les pages qui vont suivre l'œuvre psychiatrique de ce grand clinicien, d'en montrer les particularités et aussi la valeur au point de vue du développement de notre science en général. Il a beaucoup travaillé dans le domaine de la psychologie. Nous laisserons de côté cette partie de son activité, nous cantonant dans le domaine de la clinique pure. Aussi bien est-ce dans cet ordre d'idées qu'il a fait ses découvertes les plus retentissantes et c'est par ses descriptions cliniques si vivantes et si précises qu'il a mérité de passer à la postérité.

Rien ne peut être compris à l'étude des maladies mentales, telle que la concevait Kræpelin, si on ne s'est pas assimilé au préalable sa méthode. Il a toujours insisté sur la nécessité d'avoir une méthode déterminée — nous verrons tout à l'heure laquelle — et de la suivre rigoureusement. Il a bien des fois changé d'opinion sur la nature de tel ou tel tableau morbide et sur sa place dans la classification, mais il est toujours resté inébranlable sur un point d'ailleurs essentiel : sa méthode particulière, en laquelle il avait foi, et qui est, effectivement, à notre avis, la meilleure qui se puisse concevoir (avec peut-être quelques légères réserves) pour apporter de l'ordre et de la clarté dans l'étude de la psychiatrie.

(1) Le travail capital de Kræpelin est son traité, dont la huitième édition, en quatre volumes, a paru en 1909-1915.

©BIUM

Au premier plan de notre tâche, dit Kræpelin, est la délimitation et le groupement des formes morbides : c'est la base de tout travail ultérieur (1). Il n'est pas possible autrement de résoudre les questions psychiatriques pendantes, attendu que le nombre des maladies mentales est multiple, contrairement à ce qu'on croyait autrefois. Il en résulte que les processus morbides diffèrent selon la maladie en cause et par conséquent c'est cette maladie qu'il faut tout d'abord savoir reconnaître et délimiter. Les anciens aliénistes n'attachaient pas d'importance à la nécessité d'une rigoureuse classification et se contentaient d'un groupement purement symptomatique : ils distinguaient les aliénés en excités, déprimés, stuporeux, délirants, déments, etc. Tout au plus différenciaient-ils l'affaiblissement intellectuel congénital et acquis, premier et timide essai de prendre en considération l'histoire entière de la maladie pour établir un diagnostic. Mais la clinique a montré que cette classification purement symptomatique était fallacieuse et ne pouvait aboutir à rien, attendu que dans nombre de cas il y avait un mélange de symptômes, ou bien le tableau morbide était mal défini, ou bien enfin on observait chez le même sujet une déconcertante succession de tableaux cliniques les plus divers. On était ainsi hors d'état de poser des règles quelconques de pronostic. Peu à peu cependant on arriva à établir et à décrire de véritables maladies au lieu de simples syndromes. Trois maladies furent individualisées tout d'abord : deux d'entre elles, comme le reconnaît expressément l'auteur, par des aliénistes français (paralysie générale et folie à double forme), la troisième, plus tardivement, par Kahlbaum (la catatonie) (2). Ces trois maladies constituent des exemples de maladies mentales véritables dans lesquelles le même processus morbide se présente sous les aspects cliniques les plus divers.

(1) Erforschung psych. Krankheits formen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie Originalien*, 1919, vol. 51, p. 224.

(2) Ziele und wege psych. Forschung. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie Originalien*, 1918, vol. 42, nos 3-5.

©BIUM

Kraepelin rapporte à Kahlbaum le mérite d'avoir le premier établi d'une façon systématique la différence entre un état morbide et une maladie mentale, celle-ci comportant une évolution et partant un pronostic particuliers. Diagnostiquer un état morbide n'est pas difficile, il s'agit simplement de mettre une étiquette sur un ensemble symptomatique. Ce qui est difficile mais autrement important, c'est de reconnaître la maladie mentale sous-jacente et d'en prévoir par conséquent l'évolution. Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit cependant permis de dire que Kræpelin qui connaissait si bien — ainsi que l'a dernièrement encore fait remarquer Schrœder (1) — les aliénistes français du XIXe siècle, n'a certainement pas eu connaissance du discours de J.-P. Falret prononcé à une séance de la Société Médico-Psychologique, en février 1861, deux ans par conséquent avant l'année où parut le livre de Kahlbaum. J.-P. Falret croyait à l'existence de maladies mentales autonomes et il disait notamment : « 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. » Une telle classification disait-il : « 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 s'élevait contre les « classifications psychologiques » qui sévissaient déjà à cette époque et il s'écriait : « 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

(1) SCHRŒDER. — Ueber Degeneration psychosen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1926, vol. 105, p. 539.

©BIUM

facultés spéciales qui existent chez l'individu malade, soit des causes particulières qui agiront sur lui dans l'avenir ? » Kræpelin a donc eu, au point de vue méthodologique, tout au moins deux précurseurs, J.-P. Falret et Kahlbaum, — sans parler de Magnan qui lui aussi faisait peu de cas des syndromes s'attachant à découvrir la maladie sous-jacente, quoiqu'il attribuât moins d'importance à l'évolution de la psychose qu'au terrain sur lequel elle se développait. Pour Kræpelin, la base essentielle de toute classification est le mode d'évolution et plus particulièrement l'état terminal d'une maladie mentale. L'étiologie et le mode de développement, les principaux symptômes, l'anatomie pathologique, — tous ces éléments de classification sont très importants, mais ils cèdent le pas à l'évolution et à la terminaison qui, d'après lui, sont en quelque sorte spécifiques pour chaque maladie mentale autonome. En fait, tous les éléments dont il vient d'être question tout en étant, dans l'ensemble, assez différents selon la psychose n'en présentent pas moins des traits isolés communs. C'est ainsi par exemple qu'un même symptôme et même tout un syndrome peuvent se rencontrer dans plusieurs psychoses dissemblables. Kræpelin croyait à la spécificité des maladies mentales et s'il donnait cette prééminence à l'évolution, c'est qu'il voyait là un élément de certitude par excellence qui seul, dans l'état actuel de la science, pouvait conduire à des résultats importants. L'évolution de la maladie, — il y avait là un critérium sans réplique qui se chargeait de rectifier les diagnostics erronés. Les partisans des méthodes adverses, des méthodes purement symptomatiques, ne se trompent jamais, se bornant à constater et à traduire en termes scientifiques ce que tout le monde peut voir. Seule cette méthode permet de contrôler le diagnostic posé, et Kræpelin conseillait d'étudier systématiquement les cas où des erreurs furent commises afin d'y puiser des leçons pour l'appréciation de la valeur de tel ou tel signe. Ce qu'on nous demande, au lit du malade, dit-il quelque part, c'est la prévision de l'avenir. En novem-

©BIUM

bre 1919, commentant et approuvant une critique extrêmement sévère que fit Eugène Kahn d'un livre de Kretschmer, il dit qu'il fallait se méfier de toute opinion personnelle non contrôlable par l'évolution de la maladie (1). Opinion personnelle et subjective, intuition, sont peut-être légitimes chez l'artiste et l'homme de lettres, mais non chez le savant dont la méthode doit être rigoureuse et dont le but est de découvrir la vérité. Se basant sur ces principes, Kræpelin a tenté — et a partiellement réussi — à ranger le matériel clinique dans de grands cadres à l'intérieur desquels trouvèrent place des types cliniques. Se pliant à l'expérience acquise et tenant compte des erreurs commises, il n'a pas hésité à modifier bien des fois ses opinions. D'autre part, il n'a pas cessé de considérer que vu l'extrême complexité des troubles auxquels est sujet le cerveau, il ne saurait jamais être question de dogmatisme. Nous sommes encore loin du but à atteindre et toutes les maladies mentales ne sont pas encore découvertes. Mais il pensait que la méthode de travail était créée et que certains groupes de psychoses pouvaient être considérés comme délimités avec une précision sinon absolue du moins suffisante pour rendre possible, sur ces bases péniblement élaborées, un travail clinique sérieux et fructueux.

En dehors de l'évolution et du mode de terminaison. Kræpelin s'efforçait, bien entendu, à utiliser également tous les autres éléments pour la classification et l'étude des maladies mentales. Il attachait une énorme importance à la question de l'âge. La prédisposition et la dégénérescence, surtout croyons-nous dans les 10-15 dernières années de sa vie, ont beaucoup retenu son attention. L'influence des toxi-infections, notamment de l'alcoolisme et de la syphilis, n'a pas été négligée par lui pour l'établissement de groupes morbides. L'anatomie pathologique, surtout dans la 8e édition de son traité, joue un rôle de premier plan. Quant à

(1) E. KAHN. — Ueber den sensitiven Beziehungswahn. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie Referate*, 1920, vol. 2^, p. 69.

©BIUM

l'étude clinique des symptômes et des syndromes, on sait à quel haut degré de perfection il l'a poussée. S'aidant quand il le pouvait de la psychologie expérimentale mais restant en règle générale sur le terrain solide de la clinique classique — à l'exclusion de la psychoanalyse dont il se méfiait au plus haut point — il a laissé des descriptions extrêmement remarquables tant par le relief que prennent les traits caractéristiques des maladies que par la précision et la minutie des détails. Nous entrons maintenant dans le vif de notre sujet et verrons la méthode de Kræpelin en action. Nous passerons en revue les points les plus originaux de son œuvre clinique et essaierons ensuite de donner sur cette œuvre une appréciation d'ensemble.

La partie la plus originale et aussi la plus importante de l'œuvre de Kræpelin est la description de la démence précoce. Celle-ci englobe des états morbides se présentant sous des formes multiples mais caractérisées essentiellement par ces deux particularités : troubles psychiques prédominant dans le domaine de la vie affective et de la volonté, — et d'autre part apparition d'une désagrégation spéciale de la personnalité. En raison de leur début presque exclusif dans le jeune âge et de leur aboutissement pour ainsi dire fatal à un état d'affaiblissement définitif des facultés, le terme choisi nous paraît être le meilleur. C'est Morel, dit Kræpelin, qui l'a employé le premier pour ce genre de malades. Après Morel, ce furent Kahlbaum puis Hecker qui décrivirent certains aspects de la démence précoce. Kræpelin, dès la fin du XIX[e] siècle, en élargissant notablement les conceptions de ses trois prédécesseurs, fit entrer cette maladie définitivement dans la psychiatrie, — étant bien entendu d'autre part que ses limites restent encore imprécises.

Tous les aliénistes connaissent aujourd'hui les symptômes psychologiques fondamentaux de cette affection, et il est inutile de les décrire une fois de plus. Sur ces troubles essentiels peuvent se greffer des syndromes divers : agitation, dépression, confusion, délires, hal-

©BIUM

lucinations. Les troubles sensoriels méritent qu'on s'y arrête. A côté de troubles banaux on en rencontre qui sont très particuliers et sur lesquels Kræpelin insiste beaucoup : la pensée du malade est entendue par tout le monde, on la répète, on la transmet plus loin, on influence cette pensée et d'autre part le malade lui-même arrive à connaître la pensée d'autrui. La vie affective et aussi la volonté sont gravement atteintes. Les malades perdent progressivement toute spontanéité et toute initiative et n'arrivent pas à coordonner les éléments essentiels de leur personnalité. Ainsi se développent ces phénomènes si caractéristiques qui sont : la paramimie, le rire sans motif, l'écholalie et l'échopraxie, la suggestibilité, l'impulsivité, les stéréotypies, le maniérisme, tous les symptômes dits catatoniques proprement dits (état cataleptique, flexibilité cireuse, etc.). Parfois les malades accomplissent des actes sans rapport avec l'incitation volontaire : c'est la paraboulie, ou bien agissent d'une façon systématiquement opposée : c'est le négativisme. Cette dernière manifestation de la démence précoce a, on le sait, une très grande valeur sémiologique. Kræpelin estime que l'autisme de Bleuler au sujet duquel on a tant écrit dans ces dernières années est un phénomène connexe du négativisme et en dépend étroitement. C'est dire qu'il repousse l'hypothèse semifreudienne d'après laquelle il s'agirait d'un isolement du monde extérieur provoqué par un complexe idéo-affectif profondément ancré dans le psychisme du malade et dont l'apparition remonterait à l'enfance. Mentionnons enfin les troubles si particuliers du langage et les quelques symptômes physiques qui ont été constatés et examinons sous quelles formes cliniques se combinent les différents signes de cette psychose.

La division en formes cliniques est, ainsi que le déclare l'auteur lui-même, purement artificielle et n'ayant pas de valeur absolue, tant sont nombreuses les formes de passage. Sous cette réserve, on peut admettre actuellement, croit-il, neuf formes fondamentales, à la place des trois anciennes formes : hébéphrénique, catatonique et paranoïde.

©BIUM

1° La forme simple. Il s'agit d'un affaiblissement intellectuel progressif sans démence profonde, à moins que cette forme ne soit le prélude d'une forme plus grave.

2° Hébéphrénie proprement dite. Entrent dans cette forme les anciens états hébéphréniques dans lesquels il n'y a ni excitation ni dépression durables et marquées mais dans lesquels on observe en revanche une prédominance de phénomènes de puérilisme et une désagrégation particulièrement accusée de la personnalité.

3° Forme dépressive simple (ou stuporeuse). Il s'agit d'états mélancoliques aboutissant parfois à la stupeur, avec délire et hallucinations relativement peu marqués.

4° Forme dépressive avec délire. Ici les idées délirantes mélancoliques dominent le tableau morbide.

5° Groupe d'observations dans lesquelles existent des états d'agitation relativement durables et très marqués; on note dans ce groupe trois variétés secondaires : *a*) Forme circulaire, commençant par un état de dépression, se continuant par de l'agitation et se terminant par un état démentiel ; *b*) Forme consistant en un état d'agitation (dès le début) et aboutissant à la démence terminale après plusieurs poussées de maladie ; *c*) Forme périodique consistant en accès d'agitation survenant à intervalles plus ou moins réguliers. La périodicité est ici très marquée et coïncide parfois avec la menstruation.

6° Catatonie proprement dite. C'est la maladie isolée par Kahlbaum, ayant une évolution essentiellement cyclique. Après une phase de dépression survient la stupeur catatonique si spéciale, puis l'agitation, plus rarement celle-ci précédant celle-là, finalement l'état démentiel terminal.

7° Démence paranoïde grave. Les malades sont avant tout des délirants et des hallucinés. Parmi les hallucinations, il faut retenir les phénomènes de « transmission de pensée » et autres symptômes semblables, presque spécifiques de la démence précoce. Mais il y a de plus des troubles de la volonté et des sentiments affectifs et l'état terminal ne se différencie en rien de

©BIUM

celui des formes graves de la démence précoce. Une variété particulière est celle dans laquelle le délire a surtout pour base les erreurs de souvenir (« paranoïa originaire de Sander »).

8° Démence paranoïde atténuée. Il y a également prédominance de délire et d'hallucinations, mais beaucoup moins de symptômes de discordance psychique et de désagrégation de la personnalité que dans la forme précédente. Quant à l'état terminal, il est caractérisé par un affaiblissement moins marqué et moins spécifique que celui observé habituellement.

9° Démence caractérisée par une confusion du langage (schizophasie de Bleuler). La déchéance intellectuelle est relativement peu accusée, ce qui domine c'est un trouble du langage très particulier symptomatique d'une discordance entre la pensée et son expression. Parfois ce phénomène n'apparaît que par périodes.

A côté de ces neuf formes, on pourrait en citer encore trois autres : l'hébéphrénie greffée, c'est-à-dire se développant sur un terrain de débilité mentale, la démence très précoce apparaissant dans l'enfance, enfin la catatonie tardive extrêmement rare. Kræpelin distingue également une dizaine d'états terminaux divers, mais nous ne croyons pas utile de les exposer ici.

Rappelons que Kræpelin est le premier auteur ayant montré que la démence précoce pouvait s'installer par une série de poussées successives séparées par des intervalles dits lucides. On connaît aujourd'hui toute l'importance des rémissions au cours de cette psychose et aussi les applications médicolégales qui peuvent en être déduites. Quant à la terminaison fatale par un état d'affaiblissement intellectuel spécial, elle comporte certes des exceptions mais si peu nombreuses qu'elles peuvent être considérées comme négligeables en pratique.

On sait que la démence précoce a été, surtout dans ces dernières années, l'objet de très nombreux travaux ayant pour but d'en élucider les causes et d'en établir le déterminisme psychologique. Stransky le premier a parlé d'ataxie intrapsychique dans cette maladie. Bleu-

©BIUM

ler a créé le terme de schizophrénie mais a élargi ce concept au point qu'il a fini par englober un grand nombre d'états morbides tout à fait disparates. Or nous savons que la méthode de Kræpelin n'admet pas qu'on range dans la même catégorie des formes cliniques n'ayant pas la même terminaison. Il y a donc une différence notable entre la conception de Kræpelin et celle de Bleuler. Nous estimons que le grand mérite de Kræpelin a été d'élargir les cadres donnés par Morel, Kahlbaum, Hecker. Cet élargissement est légitime, mais ne doit pas aller jusqu'à celui que préconise Bleuler. L'avenir montrera peut-être que même Kræpelin est allé trop loin et qu'il y a lieu de revenir un peu en arrière sans perdre pour cela tout le terrain conquis et sans reculer jusqu'aux trois premiers auteurs qui se sont occupés de la question. La démence précoce ainsi délimitée constitue-t-elle un groupe de psychoses très voisines l'une de l'autre ou au contraire est-elle une maladie autonome avec des formes cliniques plus ou moins indépendantes ? Kræpelin penchait vers cette dernière hypothèse. Au sujet de la tentative d'expliquer la schizophrénie par les théories de Freud, il s'est toujours exprimé avec une complète désapprobation. Il n'admettait guère l'influence des complexes affectifs refoulés dans le subconscient, considérait toute division des symptômes en primaires et secondaires comme hypothétique, niait le rôle primordial de la vie sexuelle dans la production des symptômes morbides, niait également l'utilité d'analyser les rêves des malades, qualifiait en un mot de « métapsychiatrie » cette tendance dont il n'augurait rien de bon pour le développement de notre science.

Voisin de la démence précoce se trouve le groupe des paraphrénies. Kræpelin en a jeté les bases en 1912 (1) et en a donné une description détaillée l'année suivante. Il s'agit de psychoses délirantes systématisées aboutissant à un affaiblissement plus ou moins

(1) Ueber paranoide Erkrankungen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie Originalien*, 1912, vol. 11, p. 617.

©BIUM

grand des facultés intellectuelles, mais sans cette désagrégation spéciale de la personnalité qui est le propre de la démence précoce, sans l'indifférence affective caractéristique, sans les troubles spéciaux de la volonté. Autrefois, c'est-à-dire avant la huitième édition de son *Traité*, il rattachait ces psychoses à la démence précoce, mais précisément l'absence des signes psychologiques fondamentaux de cette dernière affection ainsi que, d'autre part, l'influence exercée par le délire et les hallucinations sur tous les actes des malades, — ces faits, disons-nous, l'ont fait changer d'opinion et classer les cas de ce genre dans un groupe à part. Ce groupe se compose de quatre formes cliniques distinctes.

1° La paraphrénie systématique. Il s'agit du délire chronique des auteurs français, appelé par Kræpelin « maladie de Magnan », mais élimination faite des cas où s'installe rapidement une démence avec signes caractéristiques de la démence précoce (maniérisme, néologismes, etc.). Ces derniers faits ressortissent à la démence paranoïde. La forme systématique englobe environ la moitié des cas de paraphrénie et passe par les phases cliniques découvertes et décrites par Magnan.

2° La paraphrénie expansive. Elle consiste en un délire mégalomaniaque, avec légère excitation et ne s'observe que chez les femmes. Comme symptômes accessoires, on note des idées de persécution et des hallucinations surtout visuelles.

3° La paraphrénie fabulatrice. Ici c'est la fabulation qui domine le tableau morbide. On note également l'existence d'une expansivité anormale avec état hyperthymique. Les troubles sensoriels jouent un rôle tout à fait secondaire.

4° La paraphrénie fantasque. Dans cette forme le délire est riche, absurde et instable et les hallucinations ne manquent jamais. A noter l'existence d'une certaine confusion du langage, parfois même des néologismes.

©BIUM

Il importe de préciser que Kræpelin ne croyait pas que l'édification de ces quatre formes fût en quelque sorte définitive. Il reconnaissait la nécessité d'approfondir encore cette question et d'élucider notamment les rapports de ce groupe avec la démence précoce. Il faisait notamment ces réserves pour les deux dernières formes, surtout pour la dernière.

La démence précoce et la paraphrénie constituent le groupe des « états démentiels d'origine endogène ». A ce groupe s'oppose celui de la folie maniaco-dépressive. Il est caractérisé par des accès de nature également endogène mais qui sont essentiellement curables. Un certain état d'affaiblissement intellectuel peut du reste se développer avec le temps, mais il ne présente alors aucun des caractères notés dans les formes précédentes. Les anciens auteurs, surtout les aliénistes français (Kræpelin a évidemment en vue ici Falret et Baillarger) ont bien isolé les cas proprement périodiques et circulaires. Cette « folie intermittente », selon la terminologie de Magnan a servi, dit Kræpelin, de base à l'édification du concept de la psychose maniacodépressive, dont nous allons essayer d'exposer maintenant les principales caractéristiques.

La psychose maniacodépressive englobe les états suivants : tout le domaine de la folie intermittente tel qu'il a été délimité par Magnan au Congrès de 1890 ; la manie simple ; un certain nombre de cas de confusion mentale ; la majorité des cas de mélancolie ; certains cas de troubles légers de l'humeur qui parfois du reste ne sont que les prodromes d'états plus nettement accusés. Kræpelin distingue dans l'ensemble de la folie maniacodépressive quatre grands groupes cliniques : les états maniaques, les états dépressifs, les états mixtes, les états dits fondamentaux.

a) Etats maniaques : Il s'agit de faits trop bien connus pour que nous ayons besoin d'y revenir.

b) Etats dépressifs : Il importe de distinguer plusieurs modalités différentes : 1° Mélancolie simple, pouvant aller depuis la simple inhibition psychique et

©BIUM

jusqu'à la stupeur confirmée ; 2° Mélancolie grave, caractérisée par l'existence très nette de délire et de troubles sensoriels. Lorsque les phénomènes délirants et hallucinatoires se coordonnent de manière à aboutir à une véritable systématisation, on a alors le tableau de la mélancolie paranoïde qui n'est donc qu'une simple variété de la mélancolie grave. Lorsque au contraire se développe un délire hallucinatoire extrêmement riche mais échevelé et désordonné, on est en présence d'une nouvelle variété de la mélancolie grave : c'est la forme fantasque, dans laquelle on rencontre souvent un délire hypocondriaque avec idées de négation ; 3° Mélancolie accompagnée de profonde confusion dans les idées. Il se développe dans ces cas un véritable état onirique.

c) *Etats mixtes :* Ce fut une des plus mémorables et des plus fécondes découvertes de Kræpelin que l'explication donnée par lui de certaines formes cliniques caractérisées par une coexistence d'éléments maniaques et mélancoliques. On connaissait peut-être avant lui la possibilité au cours du passage d'une phase de la folie circulaire dans une autre de l'existence simultanée de symptômes d'expansion et de dépression, mais le premier il a montré que parfois pendant longtemps, et même pendant toute la durée de l'accès il y avait juxtaposition d'éléments en apparence disparates. Ces faits sont aujourd'hui bien connus. Ballet a dit à leur propos, au Congrès de Nantes (1909) : « Parmi les faits nouveaux qui ont, dans ces derniers temps, enrichi ou modifié l'histoire de la psychose périodique, la notion des états mixtes, introduite par Kræpelin, me paraît avoir une réelle importance, l'étude de ces formes est à peine ébauchée et il importe que l'attention des psychiatres se tourne de ce côté. » Signalons que depuis cette époque Kræpelin a modifié la description de l'une des six formes mixtes, à savoir celle qui est définie par la coexistence des trois éléments suivants : exagération des mouvements, fuite d'idées, hypothymie. Tandis qu'il estimait jadis que le résultat de cette juxtaposition donnait lieu à la « manie

coléreuse » (septième édition), il renouvelait ultérieurement sa description et traçait dans l'édition suivante (huitième) le tableau de l'anxiété comme manifestation clinique de cette forme. Nous aurons l'occasion de revenir sur une forme particulière des états mixtes à propos de la mélancolie présénile.

d) Etats fondamentaux : On désigne ainsi les déviations morbides de l'humeur qui existent soit dans l'intervalle des accès maniacodépressifs, soit précédant ceux-ci pendant un temps assez long, soit enfin remplaçant ces accès constituant, dans certains cas favorables, toute la maladie. Ces états sont : 1° excitation constitutionnelle ; 2° dépression constitutionnelle ; 3° irritabilité constitutionnelle ; 4° tempérament cyclothymique, caractérisé comme on le sait par une alternance d'excitation et de dépression.

Il ne nous paraît pas utile d'exposer ici — et d'ailleurs la place nous manquerait — les controverses suscitées par la conception de la folie maniacodépressive telle que la comprenait Kræpelin. La suppression de la manie et de la mélancolie simples, l'extension considérable donnée par lui à cette psychose ont été vivement critiquées. Il est évident que certaines formes cliniques ont été peut-être englobées à tort dans la folie maniacodépressive : ceci est surtout vrai pour quelques états relevant de la présénilité et pour d'autres ressortissant à la dégénérescence. Mais on doit reconnaître que dans l'ensemble les vues de Kræpelin ont subi victorieusement l'épreuve du temps. Il faut cependant ajouter que lui-même admettait volontiers qu'il s'agissait, somme toute, d'un groupe de maladies plutôt que d'une psychose autonome, ce groupe ayant des traits fondamentaux communs et les maladies en question — encore assez mal individualisées à l'heure actuelle — présentant plusieurs formes de passage témoignant de leur unité foncière.

Nous avons dit plus haut que Kræpelin attachait, dans la classification et la description des psychoses, une grande importance à l'âge des malades. Ceci est

©BIUM

surtout vrai pour ce qui concerne l'âge avancé de la vie. Il divise les maladies survenant à cette époque de l'existence en trois grandes classes : la démence sénile, les troubles mentaux dus à l'artériosclérose, les troubles mentaux préséniles. Laissant de côté les deux premières classes, nous nous arrêterons à la troisième, car il s'agit ici d'une œuvre en plus grande partie originale. Personne en effet, croyons-nous, ne s'était avisé avant Kræpelin de décrire à part les psychoses dues à l'involution présénile, le premier il est entré dans cette voie riche en découvertes cliniques et en aperçus intéressants. Aussi nous permettra-t-on d'exposer succinctement les idées de l'auteur sur ce sujet.

Certaines psychoses, et notamment la folie maniaco-dépressive, apparaissent avec une fréquence particulière à l'âge présénile. Mais il existe en outre des formes presque spécifiques, particulières à cet âge qui sont d'ailleurs encore mal individualisées. On ne peut en faire qu'un groupement d'attente sans avoir la prétention de considérer les résultats obtenus comme définitifs. La question la plus importante liée à cette étude est celle de la mélancolie. Kræpelin considérait jadis celle-ci comme une psychose quasi-autonome relevant de la présénilité. Les principales raisons qui militaient en faveur de cette conception semblaient être les suivantes : fréquence d'états anxieux au lieu de la dépression mentale avec inhibition qui est le propre des états mélancoliques symptomatiques de la folie intermittente ; terminaison par un état d'affaiblissement intellectuel. Mais les recherches ultérieures poursuivies dans son service par son élève G. Dreyfus l'ont fait changer d'avis et il a fini par rattacher cette mélancolie présénile à la psychose maniaco-dépressive. On aurait alors à faire à une forme mixte un peu particulière dans laquelle il y aurait à côté d'un état hypothymique qui donne un caractère mélancolique à tout le tableau morbide, une excitation motrice et une inhibition psychique partielle. Il a pu constater que nombre de cas considérés comme relevant de la mélancolie présénile finissaient soit par guérir soit par se

©BIUM

transformer en états maniaques, soit par évoluer vers un affaiblissement intellectuel dû à la sénilité ou à l'artériosclérose, donc n'ayant rien de spécifique. Nous croyons devoir ajouter toutefois que cette opinion peut être considérée, à l'heure actuelle, comme beaucoup trop absolue. Il y a en effet, semble-t-il, à l'âge présénile en dehors des états dépressifs purs dus à la prédisposition et survenant souvent à la suite de chagrins et de déboires (constituant en quelque sorte une exagération de l'état habituel de ces malades), des états mixtes tels que les a décrits Dreyfus, mais aussi des états mélancoliques chroniques ayant une évolution particulière. Cette question très complexe sollicite de nouvelles recherches.

Une autre forme présénile est caractérisée par de l'agitation anxieuse d'une extrême intensité se terminant souvent par la mort et cela dans un délai assez court. Ce serait donc une sorte de mélancolie maligne. Nissl a trouvé à l'autopsie de ces malades des lésions cellulaires graves et étendues.

En dehors de ces deux formes, Kræpelin en décrit encore sept autres, mais nous nous contenterons de les énumérer sans insister davantage. La maladie d'Alzheimer, le délire de préjudice sont bien connus en France à l'heure actuelle et il est inutile d'y revenir. Les cinq formes restantes sont encore trop peu étudiées et ne peuvent être considérées comme des acquisitions scientifiques définitives. Ces formes sont : la forme ressemblant à la catatonie tardive, le délire hallucinatoire mélancolique, le délire anxieux à évolution démentielle, la mélancolie se terminant par une démence profonde, l'excitation intellectuelle se terminant par la démence.

On a souvent représenté Kræpelin comme étant hostile aux théories de la dégénérescence mentale. Cela était partiellement vrai jusqu'à l'apparition du volume de la huitième édition de son *Traité* (1915) consacré aux affections dégénératives congénitales et acquises. Mais il a fini par accorder à ces affections la place qui leur est due, et ce volume ne contient pas moins de

©BIUM

960 pages consacrées à ce sujet. La débilité mentale, l'imbécillité, l'idiotie et les états connexes sont groupés sous le titre général d' « oligophrénies ». Quant aux dégénérés proprement dits, ils sont divisés en plusieurs classes que nous ne croyons pas inutile de passer rapidement en revue.

Kræpelin distingue cinq grandes classes, avec plusieurs divisions secondaires.

I. — Les maladies d'origine psychique ou psychogènes. Cette classe renferme trois groupes :

1° Les ponopathies. Ce sont des névroses qui ont pour cause immédiate l'activité humaine. Elles comprennent deux variétés : l'épuisement nerveux ou neurasthénie acquise, et la névrose dite « d'attente » qui consiste essentiellement en ceci que le malade a une peur irraisonnée d'accomplir certains actes (certaines phobies).

2° Les homilopathies. Il s'agit de psychoses dans l'étiologie desquelles la vie en société joue un rôle essentiel. Ici encore on distingue deux variétés : la folie par contagion mentale, et le délire de persécution survenant chez les personnes atteintes de dureté de l'ouïe et ayant cette infirmité pour cause principale.

3° Les symbantopathies : Kræpelin désigne ainsi les maladies dues à des événements extérieurs qui ont vivement impressionné le sujet. Il reconnaît trois variétés distinctes. La première comprend les troubles psycho-névrosiques consécutifs aux accidents soit qu'il s'agisse de ceux qui surviennent après un accident terrifiant (explosion, déraillement, etc.), soit qu'il s'agisse de la névrose traumatique proprement dite. L'auteur indique que Charcot et ses élèves ont les premiers montré le rôle prépondérant, sinon exclusif, du psychisme dans l'éclosion de ces troubles qui n'ont rien d'organique. La seconde variété est constituée par les psychoses pénitentiaires. Kræpelin en étudie les différentes modalités cliniques : états d'excitation, confusionnels, délirants et rappelle que Bonhœffer et Birn-

baum attribuent le rôle primordial dans leur éclosion à la dégénérescence mentale sous-jacente. On sait, en effet, que ces auteurs, surtout le dernier, ont popularisé en Allemagne les doctrines de l'école de l'Admission et ont beaucoup contribué à faire connaître dans leur pays les descriptions cliniques de Magnan. Quant à la troisième variété du groupe des symbantopathies, elle est constituée par le délire de revendication. Notons que l'extrême irritabilité de ces dégénérés et leur aptitude à perdre tout sang-froid aussitôt qu'il s'agit de leur idée fixe, est considérée par l'auteur comme un des traits principaux de leur personnalité.

II. — L'hystérie tout en étant une affection psychogène n'en mérite pas moins d'après Kræpelin, une place à part, justifiée semble-t-il surtout par l'existence de manifestations rappelant des symptômes morbides physiques et non seulement psychiques (anesthésies, parésies, convulsions, etc.). Kræpelin attribue avant tout aux auteurs français l'honneur d'avoir découvert l'origine mentale des phénomènes hystériques. Les théories de Charcot et de ses élèves, de Babinski, de Janet, sont longuement exposées. Il expose également la théorie de Freud, mais la juge avec une extrême sévérité.

III. — La paranoïa. Sous ce titre se trouve décrit le délire d'interprétation. Kræpelin adopte entièrement les idées de Sérieux et Capgras, aussi bien sur l'absence, dans cette psychose, de troubles sensoriels, que sur sa différenciation très nette avec le délire de revendication. Ici encore, nous constatons qu'une place très large est faite aux auteurs français. Falret, Lasègue, Magnan aussi, dont le mérite a été de séparer les délires systématisés à évolution démentielle avec les autres, Dupré, à propos des délires avec prédominance de l'élément imaginatif ; parmi les jeunes, le regretté Dromard, qui a montré la persistance chez le paranoïaque de traits de la psychologie infantile. Tous ces auteurs (en plus de Sérieux et Capgras déjà mentionnés) sont cités et leurs idées sont en général reconnues conformes à la réalité des faits.

©BIUM

IV. — Etats morbides congénitaux. A cette classe appartiennent : les états psychasthéniques, les obsessions, les impulsions, les perversions sexuelles.

V. — Les psychopathes. Kræpelin décrit dans ce chapitre les différentes catégories des dégénérés à caractères anormaux. Il donne, bien entendu, une description schématique et insiste d'autre part sur ce fait que la séparation de la quatrième et de la cinquième classe est assez artificielle. Voici les catégories qu'il mentionne tout en reconnaissant qu'elles n'épuisent pas toutes les variétés qu'on rencontre en clinique : les excitables, les instables, les impulsifs, les déséquilibrés commettant des actes inexplicables et changeant d'avis d'un moment à l'autre, rappelant certains schizophréniques; les menteurs et escrocs pathologiques; les dégénérés avec prédominance d'instincts anti-sociaux et criminels; les querelleurs.

Il n'entre pas et il ne pouvait entrer dans nos intentions de faire une revue générale même sommaire de toute la classification de Kræpelin avec les nombreuses subdivisions qu'elle comporte. Nous nous sommes arrêtés sur les points les plus originaux de cette classification. Nous serons très bref sur le reste.

L'épilepsie a été longuement étudiée par Kræpelin. En dehors des états épileptiformes, il existerait, d'après lui, et en cela il est d'accord avec les auteurs classiques, une épilepsie proprement dite, caractérisée généralement par ce fait qu'elle aboutit à un affaiblissement spécial des facultés intellectuelles. Signalons d'autre part qu'il élargit beaucoup la conception de l'épilepsie et qu'il y fait entrer certains légers troubles de l'humeur, bien étudiés par son élève Aschaffenburg, ainsi que bien des cas de dipsomanie. Cette dernière maladie a été considérée par son assistant Gaupp comme étant toujours d'origine comitiale. Mais Pappenheim a publié plus récemment un travail dans lequel l'origine dégénérative de la dipsomanie est de nouveau admise (après Magnan), et Kræpelin a fini par adopter une opinion éclectique sous l'influence de ce dernier travail.

©BIUM

Nous ne ferons que mentionner les chapitres du *Traité* relatifs aux troubles psychiques d'origine thyroïdienne (crétinisme, myxœdème, maladie de Basedow). Nous ne nous arrêterons pas davantage aux psychoses traumatiques, ni aux troubles mentaux liés aux lésions cérébrales macroscopiques (tumeurs et abcès du cerveau, hémorragie, ramollissement, etc.), ni aux troubles mentaux observés dans certaines maladies nerveuses familiales. La paralysie générale a été beaucoup étudiée par Kræpelin, surtout depuis la guerre. Il croyait que seul un travail collectif entrepris par les savants de différents pays pouvait nous expliquer certains points pathogéniques de cette redoutable maladie, restés véritablement « énigmatiques », malgré le nombre considérable de travaux publiés sur la question. Il s'intéressait en général à la syphilis dans ses rapports avec la psychiatrie. Signalons dans ce domaine d'une façon particulière sa description des psychoses syphilitiques paranoïdes, auxquelles son élève Plaut a consacré un travail d'ensemble bien connu. Les délires infectieux et les formes cliniques voisines, telles que la confusion mentale avec ses différentes variétés ont préoccupé Kræpelin dès sa jeunesse. A 25 ans, il publiait une monographie sur cette question et étudiait notamment les psychoses asthéniques consécutives aux maladies aiguës (1). Chaslin, dans son livre sur la confusion, déclare que cette monographie « est jusqu'à présent le meilleur travail d'ensemble paru sur la folie dans ses rapports avec les maladies aiguës » (2).

L'influence sur le cerveau des différents toxiques a été envisagée par Kræpelin sous le double point de vue : psychologique et clinique. En 1892 (3), il faisait paraître un livre consacré à l'étude par les méthodes de psychologie expérimentale de l'action de certains médicaments ; plus tard, il est revenu sur ce problème

---

(1) Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. *Archiv f. Psychiatrie*, 188¹, vol. 11, p. 137 et 1882, vol. 12, p. 65.

(2) Chaslin. — *La confusion mentale*, p. 64.

(3) *Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer vorgänge durch einige Arzneimittel*. Iena, 1892.

©BIUM

des modifications intellectuelles d'origine toxique. Mais c'est le côté clinique de la question qui nous intéresse le plus. L'alcoolisme est traité avec tous les développements qu'il comporte. Mentionnons que le *delirium tremens* fébrile est qualifié de forme de Magnan.

Récemment, Kræpelin s'est encore occupé de cette question des troubles psychiques d'origine infectieuse ou toxique, d'abord dans un travail étendu dédié à Liepmann à l'occasion de son soixantième anniversaire (1), puis dans une communication à son Institut de Psychiatrie (2). Cette communication est consacrée à réfuter l'opinion de Bonhœffer, d'après laquelle les psychoses d'origine exogène se présenteraient sous des types cliniques spéciaux (confusion, état crépusculaire, délire hallucinatoire, etc.). Kræpelin estime que si on observe dans les psychoses exogènes certains types cliniques de préférence à d'autres, c'est uniquement en raison de la rapidité d'action de l'agent pathogène. Dans une discussion extrêmement serrée, marquée au coin de l'expérience clinique la plus consommée et de la pénétration d'esprit la plus rare, il démontre que des psychoses certainement endogènes ont pourtant parfois les mêmes manifestations cliniques que les psychoses exogènes, et que, d'autre part, les psychoses toxiques, comme, par exemple, les psychoses alcooliques, peuvent produire à la longue des tableaux cliniques semblables à ceux des psychoses endogènes (certains états démentiels). Kræpelin croyait du reste que chaque intoxication, et aussi sans doute chaque infection, produisait des troubles psychiques particuliers par l'ensemble du tableau morbide. Seul, cet ensemble devrait compter, d'après lui. Des analogies entre psychoses de différentes origines pouvaient exister, mais il n'y avait jamais identité absolue.

On se tromperait étrangement et on méconnaîtrait

(1) Delirien. Halluzinose. Dauervergiftung. *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1923, vol. 54, p. 43.

(2) Ueber exogene Reaktionstypen. *Zentralblatt*, 1925, vol. 40, p. 379.

©BIUM

la vraie personnalité de Kræpelin si on pensait qu'il ne s'intéressait qu'à la science pure en laissant de côté l'assistance aux aliénés et les questions connexes. Il en a parlé longuement, d'abord dans son *Traité*, mais aussi dans d'autres publications dont nous utiliserons surtout celle qu'il a fait paraître en 1918 et qu'il a intitulée : « Cent ans de psychiatrie » (1). Il s'agit dans ce dernier travail d'un aperçu d'ensemble sur la situation des aliénés au commencement du dix-neuvième siècle et sur les progrès accomplis depuis lors. C'est, dit l'auteur, une véritable étude de mœurs, et il est réconfortant de constater l'immense chemin parcouru en cent ans. La situation était à cette époque effroyable. Qu'il nous soit permis de reproduire ici ces deux citations que donne Kræpelin et qui se trouvent du reste dans le livre d'Esquirol :

« Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. » (Lettre d'Esquirol au Ministre de l'Intérieur, 1918).

« Ces infortunés, comme des criminels d'Etat, sont jetés dans des culs de basse-fosse, dans des cachots où ne pénètre jamais l'œil de l'humanité : nous les y laissons se consumer dans leurs propres ordures, sous le poids des chaînes qui déchirent leurs membres. Leur physionomie est pâle et décharnée, ils n'attendent que le moment qui doit mettre fin à leur misère et couvrir notre honte. » (Reil, 1803).

Le même Reil donnait une terrifiante description du

(1) *Hundert Jahre Psychiatrie*. Berlin, 1918.

©BIUM

bruit sinistre que faisaient les malades avec leurs chaînes dans les cellules, et Hayner, en 1817, s'élevait d'une manière pathétique contre les châtiments corporels qu'on infligeait à ces malheureux. Il s'écriait : « Maudit soit chaque coup qui frappe un de ces misérables exposés à la pire des souffrances !... Malheur à celui qui tolère cet état de choses !... Qu'il tremble devant Dieu !... » Non seulement les aliénés étaient couramment enchaînés et frappés, mais ils vivaient dans des conditions très inconfortables, étaient mal nourris et mal soignés. Aussi, la mortalité était-elle très grande dans les asiles. Il n'y avait pas de corps d'aliénistes, et on ne visait qu'à une chose : faire peur à l'aliéné, le dresser, le rendre inoffensif. On lui infligeait des punitions, on le torturait de mille manières et Kræpelin cite des procédés particulièrement révoltants et donne des dessins et des descriptions très intéressants au point de vue historique. La conclusion générale de Kræpelin au sujet de la situation qui existait au cours du premier quart du dix-neuvième siècle est la suivante : les aliénés étaient négligés et traités de façon barbare ; ils étaient mal logés et manquaient de soins médicaux ; leurs troubles psychiques étaient mal connus et mal interprétés ; ils étaient positivement torturés et en général traités d'une manière absurde. Il admet du reste qu'il y avait des exceptions à cet état de choses, mais fort rares et qui ne changeaient en rien la situation générale. L'assistance humanitaire des aliénés (malgré ses nombreuses lacunes) est donc une conquête récente de la civilisation. On a commencé à construire des asiles de sorte que, — chose absolument inconnue jadis, — aujourd'hui toutes les personnes qui ont des troubles psychiques nets peuvent être hospitalisées. Kræpelin attribue tout l'honneur des progrès accomplis à la corporation des médecins aliénistes qui a su, malgré mille difficultés et résistances de toutes sortes, réaliser d'énormes améliorations en un laps de temps relativement court. Aussi estime-t-il que tout asile doit être dirigé par un médecin aliéniste. Il recommande d'autre part aux méde-

©BIUM

cins des asiles de s'occuper activement de questions scientifiques relatives à leur spécialité et de ne pas abandonner aux seules cliniques universitaires la tâche de contribuer aux progrès de notre science. Il estime que certaines questions cliniques — il a évidemment en vue les psychoses à évolution chronique — peuvent être étudiées dans les asiles mieux que dans les cliniques, et il émet l'avis qu'un échange de médecins devrait pouvoir se faire entre les Facultés et les asiles. On trouve aussi dans son *Traité* des considérations sur le rôle et le mode de recrutement du personnel infirmier et surtout un aperçu général remarquable de toutes les modalités de l'assistance des aliénés. Toute l'importance du no-restraint dont Kræpelin était un partisan convaincu est mise en lumière. Ni camisole, ni cellule — tel était son mot d'ordre. Il entre au cours de son exposé dans les détails les plus minutieux et s'arrête sur toutes les principales parties du problème. On constate avec satisfaction que les noms des grands ancêtres de la psychiatrie française ne sont pas oubliés. Pinel, le grand précurseur est cité de même qu'Esquirol. Il rappelle le rôle de Parchappe au point de vue de l'observation continue des malades, celui de Ferrus dans l'organisation du travail des aliénés, celui de Brierre de Boismont dans la thérapeutique par les bains prolongés qui était si en faveur à sa clinique. Kræpelin était l'adversaire d'une séparation en établissements pour aigus et pour chroniques. Tout au plus admettait-il des asiles urbains et des asiles situés à la campagne, mais en insistant sur la nécessité de donner partout et toujours une place prédominante à la thérapeutique et à l'étude scientifique des malades.

En dehors de l'assistance aux aliénés, Kræpelin s'intéressait également à la lutte antialcoolique (il était un abstinent convaincu) et ne dédaignait pas, nous dit Pfersdorff, de prendre part à des réunions publiques parfois tumultueuses (1). Il s'intéressait aux pro-

(1) PFERSDORFF. — Kraepelin. *Bulletin de la Société de médecine du Bas-Rhin*. Strasbourg, janvier 1927.

©BIUM

blèmes de médecine légale psychiatrique, et à l'âge de 24 ans a publié un travail dans lequel étaient déjà exposées les idées sur la durée indéterminée de la peine qui parurent révolutionnaires à l'époque, mais qui à l'heure actuelle jouissent d'une grande faveur auprès de beaucoup de spécialistes de la question (1).

Il n'est pas facile de donner une appréciation d'ensemble complète de l'œuvre de Kræpelin. Il a été très discuté par certains, défendu avec passion par d'autres et des éléments affectifs peut-être respectables mais qui n'avaient rien à faire dans une discussion d'ordre scientifique ont joué un grand rôle dans ces débats. Nous nous efforcerons de faire de notre mieux.

Une chose frappe tout d'abord : c'est l'énormité du travail fourni par Kræpelin. Sa vocation s'est dessinée aussitôt après la fin des études secondaires. Dès l'âge de 20 ans il a commencé à s'occuper de psychiatrie : il n'a plus cessé de le faire pendant un demi-siècle. Il n'a pas 30 ans quand il fait paraître la première édition de son livre. A 30 ans il est professeur de médecine mentale (à Dorpat). Tout le monde connaît sa carrière ultérieure, il nous paraît inutile d'en parler. La huitième édition du *Traité*, dont le quatrième et dernier volume a paru en 1915 comprend plus de 3.000 pages *in-octavo*. La mort l'a surpris pendant qu'il préparait la neuvième édition, dont deux volumes seulement seraient, dit-on, achevés. Ajoutons à cela : ses leçons cliniques, les volumes des « Travaux de Psychologie » auxquels il a collaboré avec la plus grande activité, les publications éparses dans la presse médicale, les communications (d'ailleurs relativement peu nombreuses) aux congrès et aux sociétés scientifiques, les travaux qu'il a inspirés à ses élèves, la direction de son Institut de Psychiatrie. Pfersdorff dit qu'il fut surnommé dans son pays : un génie du travail. Il a été surtout l'élève de deux maîtres : en psychologie de Wundt qui a laissé un nom illustre dans l'histoire de la science, en clinique et en anatomie pathologique de

(1) *Die Abschaffung d. Strafmasses*. Stutgart, 1880.

Gudden, savant probe et scrupuleux. Il a formé beaucoup d'élèves. Parmi ceux qui jouissent d'un renom dépassant les frontières de l'Allemagne, les principaux nous paraissent être les suivants (quelques-uns de leurs travaux ont déjà été cités dans le cours de cet article) : Gaupp (dipsomanie, psychoses préséniles, paranoïa, psychoses combinées), Weygandt (états mixtes, idiotie, atlas-manuel de psychiatrie édité en français par Roubinovitch), Aschaffenburg (criminologie, direction d'un *Traité* de psychiatrie), Willmanns (démence précoce, psychoses pénitentiaires), Isserlin (psychologie), Plaut (syphilis), Dreyfus (mélancolie), Serko (paraphrénie). Il a su s'assurer la collaboration de savants de laboratoire tels que : Nissl, Alzheimer, Brodmann, qui se sont acquis tous les trois mais surtout le premier une renommée universelle et dont l'œuvre est continuée par Spielmeyer. Signalons aussi les noms de Rudin et de Kahn (études sur l'hérédité), celui de sa propre fille, Mme Schmidt-Kræpelin (paralysie générale juvénile) et enfin celui de Jean Lange, clinicien de la plus haute valeur dont on peut attendre encore beaucoup. Nous en oublions certainement.

Deux qualités en apparence contradictoires se trouvent réunies dans son *Traité :* d'une part, une grande largeur de vues et un goût qu'on a qualifié d'excessif pour les vastes synthèses, — d'autre part, une minutie dans l'analyse du tableau clinique poussée à l'extrême. Il y a dans la réunion de ces deux qualités si dissemblables quelque chose d'inattendu et de paradoxal, on peut y voir si on veut la marque du génie, une supériorité éclatante et indiscutable. Nous ne trouvons pas nécessaire de revenir sur les grands cadres qu'il a créés. Mais ce qu'il faut qu'on sache c'est qu'il apportait un soin énorme à décrire avec tous les détails possibles les tableaux cliniques que présentent les malades. Chaque description est fouillée, le comportement du malade est décrit avec précision, les symptômes principaux sont mis en lumière, et le tableau tout entier prend un relief saisissant. Rien de plus injuste que de représenter Kræpelin comme un théori-

©BIUM

cien perdu dans les nuages des spéculations psychologiques et philosophiques. Il était avant tout un clinicien, un observateur sans pareil, ne décrivant que ce qu'il a vu, ce qu'il a constaté, et cela avec un véritable talent d'écrivain. Rien ne lui échappe, il comprend comme personne la complexité des troubles de l'esprit, d'où sans doute les réserves continuelles qu'il fait à propos de tout. Constructeur de vastes synthèses, il était en même temps l'homme des nuances, et c'est ce qu'il y a, répétons-le, d'inexplicable et d'exceptionnel dans sa personnalité scientifique. Autre chose : Pfersdorff note avec raison qu'il ne procédait pas par affirmations tranchantes mais faisait des réserves, expliquait que dans l'état actuel de la psychiatrie, le dogmatisme n'était pas de mise. Citons à ce propos ces lignes extraites de l'excellent article nécrologique de Pfersdorff : « Il ne se croyait pas infaillible et critiquait lui-même ce qui était critiquable dans ses conceptions nouvelles. Son style était d'une clarté et d'une simplicité antique ; il était caractérisé aussi par le « Toutefois » (Allerdings) qui apportait les restrictions critiques que la réalité clinique exigeait. » Il possédait, croyons-nous, au suprême degré cette qualité maîtresse du savant : il admettait la possibilité de l'erreur, se contrôlait, vérifiait les résultats obtenus à la lumière des faits nouveaux et ne considérait que rarement les faits comme définitivement acquis. D'où ces fréquentes corrections de ses propres opinions, ces changements qu'on mettait sur le compte de l'instabilité et de l'hésitation mais qui témoignaient, chez cet homme qui était au contraire énergique et tenace, d'une conscience et d'une probité scientifiques poussées à l'extrême.

Nous essaierons d'examiner maintenant, tout au moins dans leurs grandes lignes, les résultats obtenus par Kræpelin.

Sa méthode a été exposée au début même de cet article. Il a démontré la nécessité de tenir compte, dans la classification des maladies mentales, de l'ensemble de l'évolution d'une psychose et de ne pas se contenter

©BIUM

d'une classification purement symptomatique. Il a contribué puissamment à faire connaître cette notion essentielle de l'évolution en quelque sorte fatale et préétablie de la presque totalité des psychoses, évolution sur laquelle la thérapeutique a très peu de prise. On a parlé dans ces dernières années de « petits mentaux » et de curabilité des maladies mentales. En fait, comme le dit Kræpelin, les maladies de l'esprit sont des maladies graves. C'est là une notion que nous ne devons jamais perdre de vue : pour attristante qu'elle puisse être, elle n'en doit pas moins être retenue car elle répond à la vérité scientifique. Est-ce à dire que tout soit parfait dans sa méthode ? On peut se demander notamment si les états terminaux sont aussi spécifiques de chaque maladie qu'il l'enseignait. Serko a émis des doutes sur ce point. Nous ne pouvons envisager ici ce problème dans toute son ampleur, mais nous dirons seulement que des exceptions peuvent exister. En tout cas, il faut rendre cet hommage à Kræpelin que personne avant lui n'a compris l'importance qu'il y avait d'étudier ces états terminaux dans leurs rapports avec les psychoses à la période d'état.

On ne peut évidemment dire que Kræpelin ait réussi à nous donner une classification rigoureuse et définitive de toutes les psychoses. Une telle œuvre serait au-dessus des ressources d'un seul homme. En effet le nombre des maladies mentales et de leurs variétés est grand et il faudra des générations de chercheurs pour clarifier la situation actuelle qui reste encore passablement obscure. Mais il a montré la marche à suivre et il a réussi, d'autre part, à marquer d'une empreinte très personnelle la description de bien des formes cliniques. La création de deux grands groupes : le groupe schizophrénique et le groupe maniaco-dépressif a été très utile, mais il importe d'aller plus loin et rien ne sera fait tant qu'on n'aura pas abouti à l'édification de formes plus nettement individualisées au sein même de chacun de ces groupes. En tout cas, cette création toute provisoire qu'elle puisse être n'en constitue pas moins un progrès marqué. Quant à l'étude clinique propre-

©BIUM

ment dite des psychoses, en dehors de toute théorie, nous pensons que le nom de Kræpelin restera attaché, quoi qu'il arrive et quelles que soient ultérieurement les variations des opinions scientifiques, à la description de la démence précoce, des troubles mentaux préséniles, et enfin des états mixtes. Dans ces trois domaines il a fait de véritables découvertes. Il est inutile de revenir sur son rôle prépondérant dans l'étude des schizophrénies. En isolant certaines formes préséniles, il a contribué comme personne à l'étude de la mélancolie et a montré que le problème de l'étude des états dépressifs doit être abordé par son côté clinique plus que par son côté psychologique. La description des états mixtes a projeté une éclatante lumière dans un des coins les plus obcurs de la psychiatrie et a permis de comprendre des états morbides qui jusque-là étaient restés inexplicables. Aussi Courbon a-t-il raison en attirant l'attention sur cette partie de son œuvre (1).

La réputation et l'influence de Kræpelin furent universelles. Non seulement il a joué un rôle décisif dans l'évolution de la psychiatrie en Allemagne et dans les régions de langue allemande, — citons par exemple Bleuler à Zurich et Stransky à Vienne — mais il eut des lecteurs et des partisans dans le monde entier. Qu'il nous soit permis de consacrer, à ce propos, quelques lignes aux rapports de la psychiatrie kræpelinienne avec la psychiatrie française, et cela à deux points de vue : l'influence des aliénistes français sur Kræpelin et l'influence de Kræpelin sur la médecine mentale française.

Nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises au cours de cette étude de citer des aliénistes français, — et il nous faut mentionner ici avant tout le grand nom de Magnan — comme ayant été les premiers à isoler et à décrire telle ou telle forme morbide. Kræpelin dans son travail intitulé : « Cent ans de psychia-

(1) Courbon et Magnand. — Schizomanie ou psychose maniaque dépressive ? *Société de Psychiatrie*, décembre 1926.

trie », publié en pleine guerre et auquel nous avons déjà fait des emprunts plus haut, a dit que les cliniciens français ont « brillamment » contribué à étudier les formes cliniques des maladies mentales en s'appuyant avant tout sur la réalité, c'est-à-dire a-t-il sans doute voulu dire, sur des observations précises et bien prises et non pas sur des théories abstraites conçues en dehors de la clinique. Il rend hommage à « l'école de Paris » et définit ainsi les qualité maîtresses des psychiatres français en général : esprit pénétrant, don de l'observation fine, clarté de l'exposition. Il cite comme maladies ayant été plus spécialement étudiées et approfondies en France : la paralysie générale, la folie circulaire, les psychoses postinfectieuses, l'hystérie, le délire d'interprétation, les différentes manifestations de la dégénérescence. — Inversement on peut dire que Kræpelin a exercé une grande influence sur la psychiatrie française du dernier quart de siècle. Le professeur Claude a dit que cette influence a été « considérable » et que son nom « revenait continuellement sur nos lèvres » (1). Ses leçons ont été traduites en français par Merklen et Devaux. Il est juste de rappeler que ce fut Sérieux qui tant par ses travaux personnels que par ceux de ses élèves — Masselon, Dromard, Mlle Pascal, Capgras, d'autres encore — a le premier fait connaître Kræpelin en France et a sans doute le plus contribué à le faire estimer à sa véritable valeur.

Il nous paraît utile de dire, avant de terminer, que depuis la guerre, le Kræpelinisme subit une certaine éclipse. Le Freudisme, le Kretschmérisme, la phénoménologie, essaient de passer au premier plan et de faire oublier la clinique mentale traditionnelle. Nous pensons qu'il y a là un aspect des courants philosophiques de notre époque qui tendent, semble-t-il, à mettre à la base de nos connaissances non l'étude des faits mais une vague intuition et une explication toute personnelle des phénomènes. Mais ces théories ultra-modernes échappent à tout contrôle et ne méritent pas

(1) CLAUDE. — Kræpelin. *Encéphale*, janvier 1927, p. 77.

©BIUM

dès lors le qualificatif de « scientifiques ». Nous pensons d'ailleurs qu'elles n'auront qu'un temps et qu'elles n'arriveront pas à ébranler la psychiatrie classique d'observation. A ce point de vue d'ailleurs le *Traité* de Kræpelin restera toujours une sorte de « digue » — le mot n'est pas de nous — qui empêchera des ruines irréparables et à l'abri de laquelle pourra se poursuivre le travail méthodique et patient de délimitation et de description minutieuse des maladies mentales. On voit donc que le grand mérite de Kræpelin a été non seulement d'avoir travaillé — et avec quelle ardeur, quelle compétence et quel talent ! — dans le domaine de la psychiatrie, mais encore par son influence et la grandeur de l'œuvre accomplie d'avoir permis un travail rationnel ultérieur pour le plus grand bien de notre science.

Nous dirons, en fin de compte, que Kræpelin a été un aliéniste de génie et nous croyons que l'histoire de la médecine ratifiera ce jugement.

©BIUM

SCRUPULE ET FOLIE DU DOUTE

Par le Dr Marcel NATHAN

Le scrupule est fréquent et ses monographies sont rares en dehors de la littérature religieuse : il constitue, en effet, un des principaux obstacles à la direction de conscience et, dans une étude sur le scrupule, on ne peut passer sous silence les belles pages, que lui a consacrées saint Thomas d'Aquin. Comme l'a fort bien vu l'auteur de la *Somme,* l'étymologie (scrupus, petit caillou) symbolise de façon suggestive cette forme si particulière de l'obsession et du doute de soi-même, caractérisée par la disproportion entre l'insignifiance, apparente tout au moins, de la cause et l'intensité des effets, discordance dont le malade est fort souvent conscient. Les auteurs, en effet, assignent en général comme cause au scrupule, une faute réelle mais légère ; or, pour acquérir un tel potentiel affectif, pour meurtrir aussi cruellement, cette cause doit tomber sur un terrain fortement sensibilisé ; c'est ce que nous apprend l'histoire de bien des scrupuleux.

Nous ne croyons pas que l'on naisse scrupuleux, l'hérédité directe est, à cet égard, relativement rare. On le devient avec des prédispositions natives assez banales : il suffit de n'être ni un paranoïaque-né, ni un grand pervers. Eliminons, pour le moment, le scrupuleux par débilité mentale, qui n'a pas échappé à saint Thomas d'Aquin, mais qui a pu, aussi bien que l'intelligent, subir ce mordançage éducatif, dont il va être question. Si les tendances scrupuleuses offrent une telle résistance à la psychothérapie médicale ou religieuse, c'est qu'elles poussent leurs racines au plus profond de l'individu, qu'elles sont devenues pour lui comme une seconde nature : ce qui revient à dire, dans le langage de la psychologie actuelle, qu'elles datent de la prime enfance.

©BIUM

Dans son magistral ouvrage, « Obsessions et psychasthénie », Pierre Janet exprime ainsi le résultat de son expérience : « A mère autoritaire, fille scrupuleuse ». C'est là une profonde vérité, mais à deux conditions, d'abord que les parents trouvent crédit auprès de leurs enfants et, en second lieu, que cette influence autoritaire s'exerce de façon particulièrement précoce.

La première condition est, pour ainsi dire, évidente ; la sévérité brutale sans aucun tempérament, sans aucun discernement, jointe à la sottise, n'engendre que révolte ou dépression. Voici quelques exemples à l'appui : Une demoiselle de trente-quatre ans, intelligente, artiste, profondément religieuse, a été, dès son plus jeune âge, maltraitée par son père, qui était un véritable tyran domestique, complètement dénué de jugement ; jugeant tous les hommes sur le modèle de son père, elle renonça à toute idée de mariage et entra résolument en lutte contre sa nature profondément féminine, dont elle refoula tous les élans, d'où conflits psychiques souvent angoissants, mais jamais cette malade ne présenta de scrupules ; dès l'origine, c'est-à-dire dès sa plus tendre enfance, son père s'était brûlé à ses yeux. Voici, par contre, un sujet de 31 ans qui, dès sa première enfance, perdit sa mère et fut élevé par un père très autoritaire qui, par sa froideur apparente, avait réprimé tout épanchement de la part de son fils ; la pension dans laquelle il fut placé dès l'âge de six ans ne lui fut pas plus clémente, mais ce jeune homme admirait la droiture et l'intelligence de son père ; des causes très banales, sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici, provoquèrent des scrupules tels que notre malade attenta deux fois à ses jours. Tel est encore le cas d'une jeune fille, dont nous avons rapporté succinctement l'histoire à propos du doute de soi-même. Elle souffrait de l'autoritarisme étroit de son père, dont elle admirait la probité et le désintéressement ; elle est devenue une grande scrupuleuse. Citons enfin, pour clore cette liste, une Luxembourgeoise de 35 ans, qui souffrit toute sa vie de la brutalité de son père, alcoolique invétéré, dont elle reconnaissait l'intelligence et les grandes capacités; elle est, elle aussi, devenue une grande scrupuleuse.

©BIUM

La seconde condition nous apparaît comme tout aussi indispensable ; nous faisons cependant une restriction pour les scrupules religieux qui naissent au moment de la première communion sous l'influence d'une direction de conscience maladroite. Un vieux prêtre m'affirmait que, dans son diocèse, il pouvait assurer, lorsqu'il rencontrait une scrupuleuse, qu'elle venait d'une école donnée. Ceci posé, on peut dire que passé un certain âge, la douzième année en général, l'éducation autoritaire ne fait plus que de rares scrupuleux. Une jeune femme de 25 ans, que j'observais à l'hôpital pour des troubles dépressifs, avait été élevée jusqu'à l'âge de dix ans par une mère intelligente et tendre, dont elle garde un souvenir ému. Peu après la mort de sa femme, son père épouse une femme dure et autoritaire qui la tyrannisa ; elle ne devint pas scrupuleuse, malgré certaines épreuves de sa vie qui eussent pu la porter au scrupule. Tous les exemples précédemment cités montrent en revanche, dans le cas de scrupule, une emprise autoritaire particulièrement précoce. Cela peut s'expliquer assez aisément. Les scrupuleux, par définition, ont toujours peur de mal faire et, dans leurs scrupules rétrospectifs, se figurent toujours avoir mal fait. Assurément il est toujours facile à qui que ce soit, après coup, de trouver qu'il aurait mieux fait en agissant autrement. Mais cette attitude n'est guère naturelle, d'autant plus que le sujet est parfaitement conscient du caractère anormal de ses réactions ; le scrupule est beaucoup plus affectif qu'intellectuel ; aussi est-il inutile de sermonner le malade à leur sujet. Or les éducations autoritaires, dont nous parlions, sont doublement nocives à cet âge, elles provoquent, chez ces sujets profondément affectifs, des refoulements dont l'action traumatisante n'est plus à démontrer ; de plus elles faussent chez lui l'échelle des valeurs ; l'éducation bien comprise, en effet, établit cette échelle par l'approbation ou la remontrance, la récompense ou la punition judicieusement appliquées, redressant le jugement de l'enfant lorsqu'il s'est égaré ; au contraire, les autoritaires privent l'enfant d'initiative et lui font ainsi considérer l'action comme hérissée de difficultés, ils lui font des

©BIUM

observations à tout propos et même en l'absence de châtiments, trop fréquents en pareil cas, l'enfant se figure toujours avoir mal fait et, cherchant dans toute initiative à prendre une difficulté insurmontable, il prend l'habitude du contrôle continu et excessif qui le fait agir, pour ainsi dire, au ralenti. L'échelle des valeurs de ces enfants est faussée, parfois irrémédiablement. Au contraire, il semble que vers la douzième année, lorsque l'enfant a été élevé dans des conditions normales, cette échelle est suffisamment établie pour défier les assauts d'une direction autoritaire. Dans les cas d'hérédité similaire, la scrupulosité peut s'imposer sans aucune exagération de l'autoritarisme ; le scrupule des parents est si profondément ancré qu'involontairement leur optique s'impose aux enfants, surtout lorsque ces parents ont su gagner leur confiance et leur affection.

L'observation suivante nous semble assez instructive à cet égard ; elle montre, en outre, les rapports étroits qui unissent le scrupule à l'obsession et à la phobie.

Depuis sa première communion, Mlle X., âgée de 40 ans, présente des scrupules et des phobies diverses. Ses scrupules sont surtout d'ordre religieux ; elle a fait une confession incomplète, donc sacrilège ; sa communion est nulle, elle demeure donc en état de péché. Comme dans tous les cas de ce genre, elle est incapable de spécifier le péché oublié, aussi, toujours inquiète, va-t-elle de confesseur en confesseur, les trouvant toujours trop indulgents à son égard.

Ses phobies s'adressent à toutes les taches et à toutes les piles, mais peut-être plus particulièrement aux piles de linge. Les taches qui la font le plus souffrir ne sont pas celles des vêtements, car elles peuvent être aisément supprimées ; ce sont les taches des tentures, des vernis et surtout des façades des maisons voisines, car il n'est pas en son pouvoir de les supprimer. Les scrupules et les phobies suivent, dans leur intensité, les fluctuations d'un état cyclothymique, dû sans doute à sa longue sensibilisation émotive. Elles sont encore rythmées par les chocs de son existence et en particulier plusieurs épisodes de fiançailles rompues.

©BIUM

Mlle X. est la cadette d'une famille de trois enfants ; née avant terme, elle est toujours demeurée délicate avec un physique ingrat, dont elle est parfaitement consciente et dont elle a beaucoup souffert. Elle perdit ses parents encore en bas âge et fut recueillie par une tante qui l'éleva très sévèrement, très sèchement, sans aucune sympathie. Elle ressentit toujours ce manque d'affection et très imaginative, très rêveuse, elle s'absorba dans une sorte de rêverie, dans laquelle elle se voyait une mère de famille choyant ses nombreux enfants, qui avaient tous leur individualité ; le père en était un monsieur de sa connaissance. L'imprudence de sa nourrice lui fit contracter très jeune des habitudes d'onanisme, qu'elle avoue sans rougir ; elle convient les avoir conservées et cela sans aucune espèce de honte. Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher, comme dans d'autres cas, la cause de ses scrupules. Jamais même elle ne songea à les confesser. Les questions de la maternité l'intéressaient au plus haut point, peut-être en raison de cet érotisme entretenu par la masturbation, mais surtout en raison de son désir d'être mère. Elle attendit impatiemment ses premières règles et à leur apparition manifesta une joie sans bornes ; elle en parlait à ses amies ; un jour, initiant une compagne non encore pubère, elle lui montra avec fierté son linge taché de sang. Elle en eut, dans la suite, un très vif remords, mais n'en parla pas au cours de sa première confession ; tourmentée par cet oubli, elle courut se confesser à nouveau ; l'observation très modérée de son directeur la mit dans le plus grand désarroi et depuis, chaque fois qu'elle accomplit ce devoir religieux, elle craint de n'avoir pas fait une confession complète. Encore une fois, la façon si simple et si dépourvue de vergogne dont elle avoue sa masturbation élimine, à notre avis, le rôle, même subconscient, de cette dernière dans la genèse du scrupule.

La phobie des taches est facile à expliquer ; elle résulte du souvenir des taches qu'elle exhiba si fièrement à sa camarade ; de même la phobie des piles se rapporte à l'empilement des serviettes hygiéniques

©BIUM

dont elle se servait pour la première fois. Les taches et les piles sont donc comme les causes et les témoins de cette première confession incomplète.

Cette pauvre fille demeura toujours fort érotique, des fiançailles bientôt rompues ou même des espérances matrimoniales déclenchèrent chez elle des crises successivement hypomaniaques et dépressives au cours desquelles l'imagination se donnait libre cours. Les rémissions n'ont jamais été tout à fait complètes. Nous croyons avoir pu abréger ces paroxysmes ou diminuer leur acuité par la belladone ou l'ésérine.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, elle montre l'association chez un même sujet du scrupule, des phobies et de la cyclothymie qui, en ce cas, nous paraît acquise. L'origine des tendances scrupuleuses dans l'éducation sèche et autoritaire appliquée dès les premières années y apparaît nettement. Notons encore l'influence de l'imagination qui ébaucha un syndrome de compensation.

L'observation suivante, due à E. Minkowski, nous oriente vers la folie du doute, si proche parente du scrupule.

Il s'agit encore d'un sujet intelligent qui fut toujours terrorisé et contrecarré par son père pour lequel il eut toujours une grande admiration. Minkowski, au cours de sa psychanalyse, relève ce trait enfantin : à l'âge de 5 ans, il cherchait à tremper sa plume dans l'encre avec le même geste que son père. Il était convaincu de la supériorité de son père à laquelle il ne pourrait jamais prétendre. La psychanalyse montra cette ambivalence des sentiments de ce jeune homme à l'égard de son père, sentiments dans lesquels la haine se mêlait à l'admiration. Il doit en être ainsi chaque fois qu'apparaît le scrupule.

Un jour, avant un voyage, son père lui confie les clefs et la gestion de sa caisse. Le jeune homme est pris d'une véritable folie du doute, comptant et recomptant l'argent, relisant sans cesse dans les journaux financiers les cours des valeurs, négligeant son emploi dans un établissement de crédit, où, comme il le confesse, il

demande sans cesse à ses collègues et à ses chefs si son travail est bien ou mal fait.

D'autres craintes s'ajoutent encore aux précédentes; tout paroxysme émotif s'accompagne chez lui de nausées et même de vomissements. Ces accidents survinrent au cours de ses premiers rendez-vous amoureux, de telle sorte que la hantise de pareilles mésaventures le rendit encore plus timide.

Cette observation nous mène de plain-pied dans la folie du doute avec ou sans délire du toucher. En effet, qu'est-ce que la folie du doute, sinon un état de scrupule continu, une crainte perpétuelle d'avoir mal fait et, dans le cas de délire du toucher surajouté, une crainte de souillure ? Voici encore l'histoire d'une autre malade que nous avons pu observer et qui montre encore mieux la commune origine de ces différents syndromes.

Mme Y. est une fille naturelle qui fut, pendant ses cinq premières années, élevée par sa grand'mère, qui la choyait. Puis sa mère, qui venait d'épouser un homme fort dur, la reprit avec elle. Cette enfant, très sensible, très expansive et très affectueuse, fut alors menée fort durement, souvent rabrouée sans motif. Elle devint timide, renfermée ; personne chez elle ne la comprenait, nulle part elle ne se sentit en confiance. L'enfant, fort imaginative, demanda alors à la rêverie ce que la réalité ne pouvait lui offrir. A l'école, elle travaillait bien et obtenait, dans de bonnes conditions, son certificat d'études ; mais, disait-elle, elle avait toujours l'angoisse d'avoir mal fait ; elle savait quel châtiment l'attendait au moindre manquement et même lorsqu'elle pouvait avoir l'impression d'avoir correctement agi.

Cette grande expansive cherchait toujours quelqu'un qui la comprît ; elle n'eut jamais d'aventure galante. A l'âge de 17 ans, elle tomba sous la tutelle ou plutôt sous l'emprise d'une religieuse homosexuelle, qui lui faisait éprouver des sensations voluptueuses en l'embrassant sur la bouche et en la câlinant. Elle ne comprit que plus tard et fut honteuse d'elle-même ; la mère finit par s'apercevoir de la vérité et retira sa fille de l'ouvroir où elle travaillait. Malgré ses confes-

©BIUM

sions répétées, son directeur ne l'aurait pas mise en garde. Elle se détacha difficilement de cette religieuse avec laquelle elle resta longtemps encore en correspondance. Mais elle crut que son aventure était connue de tout le village de sorte qu'elle n'en fut que plus timide et défiante d'elle-même.

Elle se marie dans de bonnes conditions, toutefois les premières relations conjugales lui rappelèrent les caresses de la sœur, d'où nouveaux scrupules, nouvelles idées d'indignité, nouveaux phénomènes anxieux. Ses beaux-parents lui firent bon accueil, mais, d'une situation et d'une éducation supérieure à la sienne, ils lui en imposaient. Malgré ce malaise, elle fut heureuse et avait grand plaisir à s'occuper de ses fillettes qu'elle éleva fort bien.

Durant la guerre, alors que son mari était mobilisé, elle vécut avec ses beaux-parents et ses belles-sœurs non mariées qu'elle croyait jalouses de son bonheur. Elle demeurait toujours scrupuleuse, se sentait toujours inférieure et impure. Elle rêvassait et surtout passait ses journées et même une partie de ses nuits à l'entretien de son ménage qu'elle ne trouvait jamais à son gré. On sait que, d'après les psychanalystes, ces nettoyages incessants témoignent d'une idée de souillure morale ; la purification éthique se transférerait aux objets environnants par une sorte de matérialisation fort commune en psychologie pathologique.

Un jour, sortant de sa rêverie, la malade s'aperçut qu'elle venait, sans s'en rendre compte, de se laver les mains un nombre incalculable de fois. Elle en fut frappée, et depuis la plupart de ses actes furent frappés soit d'inhibitions, soit de nécessité de perpétuels recommencements.

Au retour de son mari, en 1918, elle cherche à lui cacher ces symptômes, mais elle devient de plus en plus anxieuse. Elle ne peut plus s'occuper de son ménage, ni même s'habiller ni se coiffer. On la place dans une maison religieuse, mais la vue des sœurs ressuscite ses souvenirs d'adolescence. Elle s'améliore dans une maison de santé laïque mais incomplètement ; ses troubles s'accentuent à nouveau l'année suivante et nécessitent un nou-

©BIUM

veau séjour à la maison de santé. Elle présente alors un délire typique du toucher. Nous n'avons pu soumettre notre malade à l'investigation psychanalytique, mais il semble que les méthodes courantes nous aient fourni suffisamment de renseignements pour saisir la genèse de cette psychose. On n'a jamais constaté chez elle d'habitudes d'onanisme si fréquentes chez les malades atteints de délire du toucher. Tel était le cas d'une autre de nos malades, elle aussi assez durement élevée, qui, avant la guerre, avait été fiancée suivant son inclination mais avait perdu son fiancé au cours des hostilités. Après la guerre, elle fit un mariage de raison et la comparaison ne fut pas à l'avantage de son mari. Le souvenir de son premier fiancé la hantait et fréquemment vivifiait ce souvenir par la masturbation. Elle présentait le délire du toucher dans toute sa netteté.

En somme, qu'il s'agisse de scrupule, de folie du doute, de délire du toucher, on trouve à la base la plupart des circonstances étiologiques que nous avons signalées dans le doute de soi-même au cours d'un article antérieur. Du reste, les scrupules existaient chez certains malades dont nous avions rapporté l'observation dans ce dit travail. Il semble que le scrupule puisse être une première étape vers le délire émotif de Morel.

Mais tout scrupule n'est pas pathologique ; nous avons tous éprouvé dans notre vie certains scrupules, non pas au sens mondain, mais au sens psychologique du mot. Certaines initiatives demandent une cote mal taillée qui doit léser notre prochain. Il ne s'agit pas, en l'espèce, d'un choix entre notre prochain et nous-mêmes, mais entre différentes individualités parfaitement respectables les unes et les autres. Notre perplexité est souvent comparable alors à celle du scrupuleux ; mais nous différons du scrupuleux pathologique par la proportionnalité de la cause à l'effet, et plus encore par la rapidité de notre rétablissement. Diverses raisons, chez le scrupuleux, donnent un poids particulier à une cause qui semblerait minime et insignifiante à tout autre ; c'est tout d'abord le doute de soi-même et d'autre part la liaison, le rapport de cette cause avec certains complexes psychiques, ainsi que le prouvent les observations que nous venons de rapporter.

©BIUM

Quelles données pratiques retirer de ces considérations ? Du point de vue curatif, assez peu, car le scrupuleux offre en général assez peu de prise à la rééducation médicale. C'est une constitution acquise qu'il s'agit de refaire. Le traitement religieux, qui consiste en l'abandon complet à un directeur, s'applique mal à la vie pratique. Même dans le domaine religieux, les insuccès demeurent assez courants. Nous avons réussi, dans un cas de doute éthique avec scrupules, à rendre la confiance au sujet en lui confiant, auprès d'autres malades, des missions difficiles ; il s'agissait d'un sujet particulièrement énergique et intelligent. La psychanalyse échoue assez souvent, car, assez couramment, le scrupuleux soupçonne les causes de sa maladie, les révélations touchant son subconscient ne sont que relativement nouvelles pour lui et la plupart du temps celles qui pourraient être nouvelles pour le malade ne le trouvent pas assez cuirassé pour les recevoir. Mais si, au point de vue curatif, ces suggestions n'apportent que peu de solutions nouvelles, elles nous semblent avoir quelqu'intérêt au point de vue prophylactique, car nous croyons avoir démontré qu'il est rare que l'on naisse scrupuleux ; on le devient par l'éducation : bien souvent les scrupuleux sont les enfants de « maîtresses-femmes » ou d'hommes dits « à poigne » trop couramment présentés comme modèles d'éducateurs.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 MARS 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président

MM. Targowla, Beaudouin, Daday, Paul-Boncour, Minkowski, Codet, Hesnard, membres correspondants, assistent à la séance.

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

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Petit et Santenoise qui remercient la Société de les avoir nommés membres titulaires.

2° Une lettre du Dr Calmels posant sa candidature à la place vacante de membre titulaire. La Société nomme une commission composée de MM. Arnaud, Semelaigne et Charpentier, rapporteur.

3° Une lettre de la Royal Medico Psychological Association invitant la Société à déléguer des représentants à la réunion annuelle qui aura lieu à Edimbourg du 18 au 23 juillet prochain. MM. Henri Colin, membre honoraire de la Royal Association, René Charpentier et Targowla qui tous les trois parlent couramment l'anglais sont désignés pour représenter la Société à cette réunion.

M. Colin, Secrétaire général. — Notre collègue M. Revault d'Allonnes, qui dirige actuellement, en République Argentine, le Sanatoria Open Door demande à la Société de désigner un délégué pour visiter cet établissement conçu sur les bases les plus modernes.

M. Laignel-Lavastine s'offre pour cette mission ; je vous propose de le déléguer. (*Assentiment*).

©BIUM

Mort de Charles Foix

M. le Professeur Claude. — La mort de Charles Foix a douloureusement surpris le corps médical. Bien qu'il ne fît partie d'aucune de nos sociétés psychiatriques, notre collègue était loin de se désintéresser de la médecine mentale et, dans son service d'Ivry, il aimait accueillir les psychiatres et s'entretenir avec eux des cas neuro-psychiatriques. Mais c'est du neurologiste, du savant anatomo-pathologiste qu'il convient surtout de parler. L'œuvre de Charles Foix est considérable ; il a appliqué à l'instar de ses maîtres, Marie et Achard les méthodes anatomo-cliniques et biologiques avec un esprit d'investigation scientifique particulièrement original. Sans examiner dans ce court aperçu les principaux de ces travaux, je rappellerai surtout ses études de l'apraxie, des syndromes vasculaires, des syndromes des corps striés, de la voie extra-pyramidale, et des réflexes de posture. Dans son bel ouvrage publié avec Nicolesco, il a donné la description la plus complète et la plus claire de la région des noyaux gris centraux et de la région sous-optique, fondée sur une documentation essentiellement personnelle.

Passionné pour les discussions scientifiques, Foix était parmi les plus actifs des jeunes neurologistes et ses interventions à la Société de neurologie étaient des plus remarquées. Très brillant dans les concours, il avait gravi rapidement les divers échelons de l'internat, du médicat des hôpitaux et de l'agrégation, et était devenu un enseigneur de premier ordre. Bien que jeune (il n'avait que quarante-cinq ans), il commençait à être entouré d'une phalange d'élèves distingués qui ne demandaient qu'à apporter leur concours à un travailleur aussi acharné, dont l'autorité scientifique s'affirmait de jour en jour. L'homme, d'ailleurs, était aussi sympathique que le savant : sa modestie lui interdisait de se mettre en avant, sauf

©BIUM

quand il avait conscience de défendre une opinion vraie, mais alors son énergie se teintait toujours d'une bonhomie qui excluait de la discussion toute tendance acrimonieuse. Fidèle à ses amitiés, et n'ignorant pas la gratitude qu'il devait à certains, il avait des délicatesses de sentiment telles qu'on pouvait deviner en lui, un poète délicat.

La disparition d'une aussi belle intelligence est un désastre pour la science française, mais l'œuvre du savant restera, et le souvenir de l'homme généreux qu'était Charles Foix sera conservé précieusement par ses amis.

M. LEGRAIN, président, associe la Société au deuil qui vient de frapper si brusquement la Science française et la Société de Neurologie.

Crimes et Délires passionnels

(*Suite de la discussion*)

M. CAPGRAS donne lecture d'un document qu'il a reçu de M. le Dr Joseph Charpentier, médecin directeur de l'Asile d'Auxerre.

M. Joseph CHARPENTIER (d'Auxerre). — A l'occasion de la discussion actuelle, il m'a paru intéressant de vous résumer un rapport médico-légal dont j'ai été chargé, sur un délire de jalousie avec accusation d'inceste et tentative de meurtre comparable à l'un des cas cités par M. Capgras. Le voici :

La femme R. est inculpée de tentative de meurtre commise sur la personne de son mari dans les circonstances suivantes :

Le 30 avril 1925, après le repas de midi au cours duquel les époux R., seuls ce jour-là, n'avaient presque pas causé, le sieur R. lisait tranquillement son journal à la fenêtre, lorsque tout à coup il voit sa femme debout devant lui

©BIUM

armée de son fusil de chasse ; tout aussitôt il perçoit la flamme du coup et se sent touché à l'épaule. La blessure, très grave, mettait sa vie en danger et compromettait au moins la fonction de son unique bras, R. étant manchot. De l'enquête semble résulter que la femme R. avait chargé elle-même le fusil quelque temps auparavant.

Le drame n'avait été précédé d'aucune discussion entre les deux époux et le mobile du crime restait inconnu. Ce mobile ne fut révélé par la meurtrière qu'après l'accomplissement de son acte et cette révélation causa une stupéfaction générale. C'était, dit-elle, la conduite de son mari avec sa fille qui l'avait poussée à agir ainsi : depuis 3 mois son mari avait, sous ses yeux, des relations incestueuses avec sa fille, âgée de 23 ans.

La femme R., âgée de 49 ans, appartient à une famille de 10 enfants. L'un de ses frères est faible d'esprit. Son grand-père paternel a été atteint de démence sénile vers la fin de sa vie. Son père ne buvait pas. Il est à noter qu'elle a hérité de sa mère son caractère jaloux. Elle-même n'a jamais été malade. Mais son entourage s'accorde pour la trouver peu intelligente et nerveuse. Elle a été à l'école primaire jusqu'à l'âge de 12 ans et, à 15 ans, placée en service jusqu'à son mariage en 1896, à l'âge de 21 ans.

La bonne entente avec son mari ne dura guère plus de 6 mois. Dès le début de son mariage, elle se montra jalouse. Très renfermée, peu expansive, elle réagissait souvent en boudant.

Elle crut de bonne heure avoir à se plaindre de la conduite de son mari. Deux ans à peine après leur mariage, elle acquit la conviction qu'il avait eu des relations avec une fille P..., âgée de 14 ans. Elle en donne pour preuve le fait suivant. Un jour, c'était au mois de juin, elle voit son mari entrer dans un champ de blé avec cette fille. Cinq ou dix minutes après, sa femme l'appelle, il accourt excité, invite sa femme à des rapports immédiats. Elle, persuadée qu'il veut calmer dans ses bras l'état dans lequel l'a mis la jeune fille, le repousse.

Plus tard, un jour qu'elle allait rejoindre son mari aux champs, elle rencontre deux femmes. Elle leur demande si elles ne l'ont pas vu, et l'une d'elles lui répond en riant, faisant allusion à une femme d'ouvrier : « Il est parti relever les jarretières à la grosse. »

Le sieur R. aurait eu aussi, vers la première année de la guerre, toujours d'après sa femme, des relations avec la servante de son beau-frère. La femme R. a noté qu'il se rendait

©BIUM

à la ferme de ce dernier, le mercredi, quand il savait que les patrons étaient partis au marché. Un jour, il en revint par une pluie battante et, aussitôt arrivé, demanda à sa femme des effets de rechange. Sa femme lui répondit qu'elle n'en avait pas, ajoutant : « D'ailleurs ce n'était pas bien utile d'aller là où tu as été » à quoi R. aurait répliqué : « Où en trouveras-tu des hommes qui ne font pas ça ? »

Trois mois avant le drame du 30 avril, elle s'aperçut, à certains indices, c'est toujours elle qui parle, que son mari avait, auprès de sa fille, des assiduités inconvenantes. Un jour il lui tâte les mollets. Un autre jour, elle le vit, passant près de sa fille, lui relever brusquement les jupes, lesquelles retombèrent aussitôt. Elle fut encore témoin de deux autres faits : une fois sa fille qui était allée aider son père dans la grange, sortit de là, rouge, excitée, les cheveux en désordre, toute son attitude trahissait clairement ce qui venait de se passer entre son père et elle. Second fait plus précis : un jour qu'elle était malade et couchée, elle vit par réflexion dans la glace accrochée devant son lit et par la porte ouverte faisant communiquer sa chambre avec la cuisine, sa fille penchée vers l'âtre et son mari placé derrière elle, se frottant à elle.

Pour se livrer plus librement à ses relations coupables avec sa fille, son mari veut d'ailleurs la faire disparaître. Elle l'a entendu, à plusieurs reprises, tenir des propos comme celui-ci : « Si elle crevait donc, elle nous débarrasserait bien », ou bien : « Il faut qu'elle nous débarrasse ou je l'étranglerai comme un rat. » Le premier propos, elle l'a entendu au mois de février, de sa chambre, R. étant dans la cuisine ; le deuxième propos a été tenu environ 3 semaines plus tard, R. étant seul occupé dans la grange, elle dans l'étable attenante. Les deux fois, son mari parlait à mi-voix, tout seul.

Si toutes ces allégations de la femme R. sont exactes, il faut admettre qu'elle a obéi à un mobile, nous ne dirons pas légitime, l'expert n'a pas à se prononcer sur ce point, mais, du seul point de vue médical, normal. Elle aurait été poussée à agir par les sentiments de colère, de vengeance, d'indignation que lui inspirait la conduite de son mari. Mais il est remarquable qu'aucune des allégations de la femme R. n'est confirmée par l'enquête.

D'abord les meilleurs renseignements sont donnés sur son mari et sur sa fille. Les prétendues infidélités reprochées par l'inculpé à son mari n'ont été confirmées par aucun témoignage. Dans son entourage sa femme est seule à lui repro-

©BIUM

cher son inconduite. Remarquons que les faits sur lesquels sont basés ses reproches sont des faits interprétés, des soupçons non confirmés. En ce qui concerne la fille P... qui se serait donnée à 14 ans à un homme marié, elle jouissait à l'époque et a continué à jouir d'une bonne réputation. Quant aux prétendues relations de R. avec la bonne de ses beau-frère et belle-sœur, ceux-ci, tout en reconnaissant que R. venait souvent chez eux pour y travailler, déclarent avec force qu'ils n'ont rien remarqué et qu'ils n'y croient pas.

Si les témoins se trompent, si R. a bien commis, comme sa femme le prétend, quelques écarts de conduite, ceux-ci, toujours d'après elle, remontent à de nombreuses années et de toute façon rendent à peine plus admissibles les graves accusations qu'elle porte aujourd'hui contre lui.

En ce qui concerne sa fille Andrée, les témoignages sont unanimes et formels. Elle a toujours été d'une conduite irréprochable et on ne lui a jamais connu aucune fréquentation. Si les allégations de sa mère étaient exactes, son père serait donc le premier homme auquel elle se serait donnée. D'ailleurs, soumise à un examen médical, Andrée R. a été reconnue non défloree.

Examinons maintenant les faits sur lesquels la femme R. s'appuie pour accuser son mari et sa fille de relations incestueuses. Un certain nombre relèvent eux aussi de l'interprétation, notamment : le fait de sa fille sortant de la grange avec l'aspect et l'attitude d'une fille qui vient d'avoir des rapports sexuels. D'autre part R. aurait un jour tâté les mollets de sa fille, il lui aurait un autre jour relevé les jupes. Il est facile de concevoir à la base de ces allégations quelque fait minime exagéré et déformé par l'imagination d'une femme jalouse. Parce qu'un père de 57 ans saisit sa fille à la jambe par jeu, ou autrement ou accroche sa jupe en passant, sa femme est-elle autorisée à lui prêter des intentions coupables ?

Ce dernier fait pourrait toutefois laisser un doute dans l'esprit. Mais ce doute est dissipé par l'analyse de la scène aperçue dans la glace et qui, celle-ci, relève nettement de l'illusion. En effet, l'examen des lieux a montré d'une façon indiscutable que, étant donné d'une part la situation et les dimensions de la glace et d'autre part la situation du lit dans lequel l'inculpée était couchée, une personne assise dans ce lit ne peut voir dans le miroir que la partie inférieure de la hotte de la cheminée de la cuisine, près de laquelle se serait passée la scène dont il s'agit, plus précisément, que le regard ne peut descendre à moins de 1 m. 20 au-

dessus du sol, et que, par conséquent, dans ces conditions, il était impossible à la femme R. de distinguer une scène comme celle qu'elle raconte.

C'est le moment de rappeler que la femme R., de l'aveu des siens, est un peu faible d'esprit. Un petit fait illustre bien la débilité de son jugement. Au mois de février dernier, recherchant les moyens de mettre un terme aux relations coupables qu'elle croyait exister entre son mari et sa fille, elle imagina, ayant relevé aux annonces d'un journal l'adresse d'un pharmacien de Paris, de lui écrire pour lui demander une drogue capable d'ôter à son mari tout désir génésique. Elle n'obtint pas de réponse.

Sa tendance à l'interprétation est d'autre part très nette dans les deux faits suivants. Un jour, une voisine lui tint ce propos : « Oh ! le monde d'aujourd'hui est incroyable, si mes filles avaient fait comme j'en vois, je crois que je serais devenue folle. S'il y en a un qui a des défauts, les enfants ils en tiennent bien. » Elle comprit que la voisine faisait allusion aux relations de sa fille avec son mari. Un jour qu'elle répondait à son fils qui lui relatait les exploits de quelques voleurs dans un village voisin par cette réflexion : « Ah ! il y a bien ailleurs des gens qui ne sont pas plus respectables », elle vit sa fille faire un geste qui signifiait : « Ah ! elle sait donc quelque chose de ma conduite avec mon père ? »

Si l'on rapproche de l'analyse critique à laquelle nous venons de soumettre les faits allégués par l'inculpée et des observations que nous venons de faire, l'attitude singulière de celle-ci se livrant sur son mari à une tentative de meurtre par représailles sans aucune discussion préalable, sans qu'elle ait fait auparavant aucun reproche ni à son mari, ni à sa fille, aucune allusion devant eux aux griefs qu'elle nourrissait contre eux, aucune confidence à personne, même pas à ses frères et sœurs habitant dans son voisinage, à tel point que la révélation de ces griefs postérieurement au crime provoqua une stupeur générale, on est amené à conclure que la femme R. a agi, comme ses proches l'avaient supposé, dès le prime abord, sous l'influence d'un dérangement cérébral et plus précisément d'idées délirantes de jalousie. Le drame singulier du 30 avril ne peut comporter d'autre explication.

Nous pouvons donc conclure:

1° La femme R... est atteinte de délire de persécution caractérisé principalement par des idées de jalousie avec interprétations morbides, illusions, peut-être même hallucinations de l'ouïe.

©BIUM

2° C'est cette maladie mentale qui l'a amenée directement à commettre l'acte criminel qui lui est reproché.

3° Elle doit donc en être considérée comme irresponsable.

4° Elle reste dangereuse pour son entourage et doit en conséquence être internée dans un asile d'aliénés.

Cette observation me semble mettre en lumière trois choses importantes : 1° Dans les délires passionnels, le rôle de l'intuition sentimentale l'emporte sur celui du raisonnement, même paralogique, et un petit nombre d'interprétations suffit à étayer une conviction ardente et des accusations formidables. 2° Les interprétations, pour aussi surprenantes et incroyables qu'elles soient, restent plausibles et nécessitent une enquête minutieuse et des vérifications précises. 3° Ce délire passionnel peut demeurer en quelque sorte latent ou du moins passer totalement inaperçu, sans que la conduite du sujet éveille le moindre soupçon de trouble mental, jusqu'au jour où il se dévoile subitement par un acte de violence tout d'abord inexplicable.

M. Capgras. — Ma précédente communication ne tendait pas à reprendre la description du délire de revendication que j'ai faite plusieurs fois avec mon maître, M. Sérieux. Je voulais simplement rappeler que cette psychose pose maintes fois des problèmes ardus en premier lieu pour la justification d'un internement préventif, en second lieu pour l'évaluation de la responsabilité.

Les difficultés de l'internement, l'observation de MM. Laignel-Lavastine et Delmas, les commentaires de M. Rogues de Fursac, nous en ont apporté de nouvelles preuves. On ne saurait trop y insister ; plus que celui de tout autre psychopathe, l'examen d'un revendicateur nous conduit à de graves décisions : en l'internant, on s'oppose à des poursuites pour séquestration arbitraire ; en ne l'internant pas, on commet une faute lourde si un meurtre s'ensuit. Le médecin a le devoir strict de soumettre à une observation vigilante tout revendicateur qu'il juge dangereux. Comment y réussir ?

©BIUM

Quand le malade s'y prête, les meilleurs moyens ce sont des consultations renouvelées au Dispensaire de Prophylaxie mentale, suivies au besoin d'un traitement dans le Service ouvert, assez facilement accepté et qui ne suscite jamais la même indignation que le mélange avec des aliénés. Là, une observation prolongée facilite soit le placement d'office, s'il est nécessaire, soit un arrangement domestique, qui éloigne les occasions de délire. J'ai pu, de la sorte, grâce à des conversations psychothérapiques parfois assez pénibles, laisser en liberté, tout en le signalant à la police, un revendicateur hypocondriaque et persécuté ambitieux, ancien mobilisé qui réclame avec acharnement une pension de réforme, sans manifester jusqu'à présent d'intentions agressives. Notons à ce propos que les hypocondriaques, si dangereux par ailleurs, sont plus accessibles au traitement que les autres revendicateurs, grâce à la nature de leurs conceptions. Je connais une grande persécutrice hypocondriaque que ses nombreuses cœnestopathies maintiennent depuis plusieurs années dans un établissement libre mieux que ne le ferait un certificat de placement dans un asile, encore qu'elle ne cesse de réclamer la maison de santé et le traitement de son choix, et qu'elle se répande en récriminations verbales et graphiques abondantes.

Ce sont là des cas exceptionnels. D'ordinaire, le revendicateur s'oppose à toute hospitalisation dont il n'éprouve aucun besoin. Il préfère tyranniser sa famille. Celle-ci, excédée ou effrayée à juste titre par l'imminence du danger, use d'un subterfuge pour faire examiner le malade et l'enfermer dans un asile d'aliénés. Cet internement imposé est un pis-aller dont on connaît les suites habituelles : protestations multiples, mise en liberté assez rapide, quérulance consécutive. Aussi, avant de délivrer un certificat de placement pour un revendicateur, faut-il constater soi-même les faits qui permettent d'affirmer le danger immédiat, et faut-il avoir soin de détailler les menaces proférées, les préparatifs commencés, les violen-

©BIUM

ces exercées, de telle manière que le Préfet de police, catégoriquement averti, soit amené à convertir le placement volontaire en placement d'office, conformément à l'initiative qu'il prend pour les aliénés dangereux.

Le placement d'office est, en général, celui qui convient le mieux au revendicateur. On tente bien, quelquefois avec succès, de le soigner, de le calmer, de le guérir ; mais surtout on veut l'empêcher de nuire à autrui. L'internement est une mesure de sécurité publique d'ordre administratif plus que familial. Malheureusement cette mesure n'est prise à titre préventif que sur l'insistance des personnes intéressées ou des médecins et encore est-elle rarement maintenue le temps nécessaire. Le plus souvent on attend un geste de violence caractérisée. Et parfois c'est un meurtre qui en décide.

Le crime du revendicateur juge effectivement l'état pathologique. Jusque-là on prenait cet homme pour un passionné, un exalté ou même on admirait son énergie. Désormais la disproportion qui se révèle entre l'acte exécuté et le mobile invoqué confirme le diagnostic de psychose.

Mais il peut arriver que le crime possède un autre caractère ou du moins présente une conséquence assez paradoxale : en même temps qu'il dévoile l'état pathologique, il le guérit. Aussitôt posé, le diagnostic n'a plus qu'une valeur rétrospective. Ceci ne s'applique évidemment pas à tous les cas, mais se produit toutes les fois que l'idée prévalente ne va pas au delà d'un projet de vengeance, du désir de supprimer un ennemi. Les trois intéressantes observations de M. Leroy ne laissent aucun doute sur ce point : ces paranoïaques cessent d'être dangereuses et ne délirent plus dès que le meurtre les a débarrassées de leur hantise.

Telle est donc en pratique la situation singulière de quelques revendicateurs criminels : on ne les interne pas tant qu'ils sont malades, on les interne quand ils sont guéris. Cet internement serait beaucoup plus légitime, beaucoup plus efficace surtout, avant qu'après le

©BIUM

crime. Or, pour y procéder, on attend presque toujours, je le répète, un début d'exécution. Qu'advient-il alors ? S'il n'a que légèrement blessé son ennemi et que celui-ci survive, le revendicateur stimulé par sa maladresse, prêt à recommencer, restera vraisemblablement interné jusqu'à la fin de ses jours. A-t-il eu la chance — c'est le mot — de tuer cet ennemi supposé, le voilà soulagé de son obsession, le voilà guéri. On le garde donc à l'asile non point pour le soigner, il n'en a pas besoin, non point pour le rendre inoffensif, il l'est devenu déjà, mais pour s'assurer pendant quelques années qu'il est en effet bien calme, la durée de cette observation spéciale variant avec chaque observateur. Mais alors la place de ce criminel qui fut un aliéné et qui ne l'est peut-être plus ne serait-elle pas dans un Asile de sûreté plutôt que dans un hôpital psychiatrique, et sous l'autorité du juge plus que du médecin.

Je passe maintenant à la question épineuse de la responsabilité sur laquelle M. Delmas et M. Courbon ont émis des considérations intéressantes sans résoudre entièrement le problème parce que, comme ils l'ont dit, il n'y a pas une solution applicable à tous les cas, parce que dans les délires passionnels, comme dans tous les autres états constitutionnels, il y a des cas-limites qui deviennent des cas d'espèce, où le diagnostic perd de son objectivité habituelle.

Ces psychoses en effet ne sont pas isolées dans la chaîne des phénomènes mentaux. Par une de leurs extrémités elles touchent à la schizophrénie, par l'extrémité opposée elles se relient à la passion. Franchement morbides, elles sont délirantes, au sens étymologique du mot, c'est-à-dire hors de la ligne, hors de la réalité, disproportionnées, comme je l'ai dit ; elles heurtent le bon sens et recèlent en quantité notable illogismes et contradictions, bref un embryon de schizophrénie. Donc à ce bout de la chaîne, conclusion facile, irresponsabilité certaine. A l'autre bout, par contre, si on ne l'ampute pas, que de difficultés.

Personne assurément ne conteste la parenté de la Paranoïa et de la Passion. Stendhal et Ribot ont décrit

©BIUM

leurs traits communs : exaltation, aveuglement électif, interprétations, cristallisation. Néanmoins pour mieux tracer la ligne de démarcation entre ces deux états limitrophes, d'aucuns rétréciraient le délire passionnel, le borneraient aux revendications outrancières, aux idées prévalentes absurdes, détachant ainsi ce qui touche à la Passion pour conserver seulement la région voisine de la schizophrénie. Mais un trop grand nombre de jaloux, d'amoureux, de bourreaux domestiques, passionnés au premier chef, présentent des singularités anormales pour qu'on puisse trancher *à priori* la question essentielle : est-ce un crime passionnel ? est-ce un crime délirant ? Pour y répondre, il faut une compétence spéciale si bien que l'usage s'établit, en justice, de soumettre à l'examen mental presque tous les crimes passionnels. Le jury, d'ailleurs, avec son gros bon sens, les assimile souvent à une folie transitoire. Mieux vaut qu'il soit éclairé par un avis qualifié afin de ne les méconnaître pas plus dans un sens que dans l'autre.

Dans ces cas litigieux, qui sont aux frontières de la Passion et de la Psychose, sur quels signes l'expert s'appuie-t-il ? L'absence d'interprétation morbide fournit-elle un argument décisif en faveur de la Passion comme semble l'indiquer M. Logre, le 20 février, dans la causerie médicale du *Temps* ? Chez les revendicateurs, écrit-il, la conviction émue primitive est une idée délirante à la fois absurde et irréductible, inaccessible à l'expérience et au raisonnement et leur passion provoque une inversion de l'évidence. M. Courbon partage, si je ne me trompe, cette manière de voir. Quant à moi, d'accord avec M. Delmas, je ne crois pas que ce soit vraiment là un signe pathognomonique. Et d'abord est-on bien sûr que dans les passions quasi-normales il n'y ait jamais, au moins passagèrement, des idées prodigieusement absurdes, un renversement complet du réel, un souverain mépris de l'évidence. De plus ne savons-nous pas que ces grossières et multiples erreurs de jugement qui chez l'interprétateur s'organisent en un roman plus ou moins riche, ces

©BIUM

erreurs se réduisent chez le revendicateur à de rares interprétations dont souvent l'absurdité est loin d'être flagrante : l'observation de M. Joseph Charpentier vient de le démontrer à nouveau. Enfin deux symptômes d'une importance capitale s'observent en dehors de tout délire intellectuel : la polarisation de l'affectivité analogue au monoïdéisme de l'obsession et un délire de l'activité dont l'énormité révèle une excitation pathologique comparable à celle d'un accès maniaque et qui, même à un plus faible degré, n'en demeure pas moins le stigmate d'un trouble mental. C'est justement cette pénurie de conceptions délirantes contrastant avec l'exaltation passionnelle qui nous a conduits, M. Sérieux et moi, à différencier le Délire de revendication du Délire d'interprétation.

Quoi qu'il en soit, dans la pratique, un critérium ne trompe jamais : c'est l'indication de l'internement supérieure à toute autre considération psychopathologique. Estime-t-on qu'elle manque ou même qu'elle est discutable, on doit conclure à l'entière responsabilité. Pour ces criminels lucides en effet il serait nuisible d'admettre une atténuation qui aurait la conséquence fâcheuse de diminuer sinon de supprimer la sanction nécessaire. Elle est toujours vraie l'opinion formulée par le bâtonnier Henri Barboux au procès d'un inventeur qui avait tué un Directeur au Ministère du Commerce, opinion rappelée récemment par Maître Henri Robert : « Je ne connais pas une classe privilégiée de meurtriers spéciaux assez sages pour ne pas être placés dans un asile, assez fous pour ne pas être enfermés dans une prison. » Naguère encore, devant la Cour d'Assises de Douai, le professeur Raviart affirmait après un long examen de Mme Lefèvre : « Si cette femme entrait dans mon service, je la ferais sortir immédiatement. » Cependant, cette belle-mère qui assassina sa bru pour défendre son prestige et garder son autorité, ce champion attardé du matriarcat, à mentalité assez particulière, selon l'expression même des experts, ce tyran familial ressemble un peu aux revendicateurs dépossédés, pour quiconque ne l'a pas

©BIUM

étudiée directement. Mais puisque, malgré cette ressemblance superficielle, son internement ne paraît pas justifié, l'obligation s'impose de la déclarer entièrement responsable. De la même façon tout revendicateur exclu de l'aliénation mentale avant le crime n'y rentre pas le jour précisément où ce crime l'en fait peut-être sortir.

En somme la valeur médico-légale du Délire passionnel n'a rien d'absolu. Et cela pour deux raisons principales. La première biologique : passage insensible du normal au pathologique dans tous les états constitutionnels, par suite impossibilité de circonscrire le Délire passionnel et faculté laissée à l'expert de le limiter au gré de sa doctrine. La seconde sociologique : difficulté de la prophylaxie des folies raisonnantes, intervention d'une conception métaphysique de la responsabilité, défaut de régime spécial pour les aliénés criminels. L'insuffisance de nos procédés d'investigation éloigne encore la suppression de la première cause d'erreur. Par contre les lacunes de la seconde seraient aisément comblées par l'adoption des mesures médico-administratives depuis longtemps préconisées, notamment par MM. Pactet et Colin, mais trop oubliées dans de nombreux rapports et de vieux projets de loi et sur lesquelles le professeur Claude et M. Vervaeck ont réveillé l'attention le mois dernier à la Société de médecine légale.

Je n'insiste pas sur ces dernières notions archi-connues et je me résume dans les conclusions suivantes :

1° A de rares exceptions près l'internement préventif aggrave les tendances processives du revendicateur. Il n'est pas un moyen de traitement, mais une mesure de préservation sociale. Toutes les fois qu'il risque de soulever des protestations, il devrait être effectué par placement d'office plutôt que par placement volontaire.

2° Tout crime passionnel peut être un crime délirant. Il nécessite donc un examen psychiatrique. La lucidité de l'inculpé, la préméditation du crime, la

©BIUM

sérénité consécutive ne contre-indiquent pas cet examen et ne préjugent rien.

3° Il n'existe pas de signe pathognomonique, ni positif, ni négatif, séparant radicalement le délire de l'état passionnel. Seule la connaissance de tout le syndrome et de ses causes permet de conclure. Sont entièrement responsables les passionnés qu'il n'y a pas lieu d'interner.

4° La séquestration, après expertise, de tout délinquant ou criminel atteint de délire passionnel devrait être ordonnée directement dans un Asile de sûreté par l'autorité judiciaire et maintenue jusqu'à décision contraire du tribunal.

M. P. Courbon. — La question de savoir l'instant exact où la passion « phénomène non pathologique » se transforme en délire « phénomène pathologique » échappe à la science, car ce n'est que la métaphysique qui peut prétendre connaître l'essence même des choses.

Nous ne sommes pas des métaphysiciens, mais des psychologues et des médecins. Cette dernière qualité nous oblige à faire descendre des nuées académiques sur le sol de la vie pratique, nos discussions psychologiques. Et lorsque notre science est impuissante à résoudre pratiquement une difficulté, nous n'avons qu'une seule ressource, c'est demander la solution au bon sens.

La difficulté en question aujourd'hui est celle de la conduite du médecin en présence d'un individu en proie à un état affectif intense, état dont l'intensité cependant ne va pas jusqu'à déterminer sur l'intelligence des troubles incontestablement pathologiques. *Que doit faire le psychiatre devant un individu passionné, mais chez lequel il n'arrive pas à identifier de symptômes incontestablement morbides ?*

En pareil cas le bon sens ordonne d'adopter la conduite qui sauvegardera le mieux le double intérêt de la Société et du passionné. Or cette sauvegarde double me paraît le mieux assurée par une conduite

©BIUM

différente du médecin, suivant que d'une part il y a simplement imminence du crime, ou que d'autre part il y a eu exécution ou tentative d'exécution du crime.

a) Si le crime est en imminence, le médecin doit conclure à la maladie et à la nécessité d'un internement immédiat. Cet internement en effet sauvegarde évidemment l'intérêt de la société puisqu'il empêche un crime. Il sauvegarde également l'intérêt du passionné puisqu'il l'empêche de devenir criminel. On pourra objecter qu'il n'est pas sûr que le crime eût été commis. Mais les dommages que le passionné risque de s'attirer en commettant son crime si on le laisse libre (condamnation infamante qui atteint son honneur, peut-être sa vie ou qui le privera de sa liberté pour de très nombreuses années, remords, etc.) sont tellement plus énormes que le dommage certain, qui le prive momentanément de sa liberté par l'internement, qu'il n'y a pas lieu d'hésiter. MM. Laignel-Lavastine et Delmas ont eu parfaitement raison d'exiger l'entrée à l'asile de leur sujet.

b) Si le crime a été commis ou s'il y a eu tentative, le médecin au contraire ne doit pas conclure à la maladie. L'intérêt de la Société est en effet lésé par tout acte qui ferait admettre que le seul fait d'être passionné confère le droit de faire impunément ce qui est interdit au citoyen non passionné, c'est-à-dire d'obéir à ses impulsions. L'intérêt du passionné qui a commis ou tenté de commettre un crime ne doit pas primer celui de la société car son acte a prouvé qu'il était dangereux. Tous les passionnés ne sont pas dangereux comme je me suis efforcé de le démontrer à la dernière séance. Le premier devoir de toute collectivité est de se défendre contre les êtres dangereux. D'ailleurs l'intimidation exercée par la répression judiciaire exerce comme l'ont dit MM. Capgras et Rogues de Fursac une influence thérapeutique même sur les passionnés délirants.

En résumé : Conclure à la nature pathologique d'un état passionnel quand il y a simplement imminence

©BIUM

de crime, parce que l'internement qui doit être la conséquence obligatoire de cette conclusion, est la mesure la plus opportune sauvegardant le mieux les intérêts de la société et lésant le moins l'intérêt du passionné. Conclure au contraire à la nature non pathologique du même état passionnel quand il y a eu exécution ou tentative d'exécution du crime, parce que tout criminel étant un être dangereux, l'intérêt de la société doit passer avant son intérêt personnel. Voilà ce que, dans les cas litigieux où la science fait carence, le bon sens me paraît commander.

M. DELMAS. — Les interventions de MM. Capgras et Courbon montrent que nous sommes maintenant tous d'accord sur ce point, qu'il existe des états affectifs nettement pathologiques, même en dehors de tout trouble intellectuel net, délirant ou interprétatif. Dans notre observation de M. Pierre, qui a servi de point de départ à la discussion actuelle, nous avons bien montré qu'il existait une idée prévalente délirante d'après laquelle M. Pierre croyait à l'existence de troubles mentaux chez tous ses proches. Il ne peut y avoir le moindre doute dès qu'on relève ainsi une conviction manifestement délirante. Mais, même en l'absence de toute idée délirante, l'état paranoïaque — de même d'ailleurs que l'état mélancolique ou hypomaniaque — peut être nettement pathologique, entraîner des réactions nocives ou dangereuses et légitimer l'internement et l'irresponsabilité.

M. Capgras est revenu avec juste raison sur les éléments diagnostiques de ces états affectifs morbides, en rappelant l'hypersthénie et la disproportion des réactions. A mon avis, il n'a pas insisté suffisamment sur le troisième symptôme du trépied paranoïaque, à savoir l'état de déséquilibre constitutionnel, à propos duquel je dirai que le sens clinique permet qu'il soit facilement mis en évidence.

Quant aux conclusions de M. Capgras, je souscris volontiers à leur ensemble, mais je risquerai une réserve sur la critique qu'il fait de l'internement, en disant que très fréquemment il alimente et exagère les tendances revendicatrices. A ce propos, il faut distinguer deux

©BIUM

cas : ou bien l'internement, en effet, exagère les tendances, mais alors par là-même cette évolution démontre que le sujet était un grand paranoïaque, prêt à étendre et renforcer son activité pathologique, et qu'il était justifié et même indispensable de prendre des mesures protectrices ; ou bien, et le cas est très fréquent, l'internement améliore et guérit pratiquement l'épisode paranoïaque, parce que celui-ci était relativement léger et que l'éloignement du milieu ennemi, l'isolement, le calme et le temps sont d'excellents facteurs de sédation. Dans ces cas l'intimidation, la forme administrative et le caractère légal des mesures prises ont aussi leur part. Il en est ainsi dans de nombreux cas légers de paranoïa primitive. Il en est encore ainsi dans les épisodes paranoïaques secondaires et associés. Ceux-ci sont fréquents. On les voit au cours de l'alcoolisme chronique, et surtout au cours des états maniaco-mélancoliques, plus spécialement dans ces formes frustes et rémittentes que représentent l'excitation ou la dépression constitutionnelles. Parmi les trois observations de l'intéressante communication de M. Leroy, une des malades était une intermittente ayant déjà eu un accès mélancolique antérieur et ayant vu éclore et disparaître sa psychose de revendication à l'occasion et sous l'influence d'un second accès maniaco-mélancolique. Dans les observations rapportées tout à l'heure par M. Capgras, il en est deux qui paraissent bien aussi se rapporter à des épisodes de revendication secondaires et symptomatiques. Or, dans toutes ces formes associées, l'internement est formellement indiqué parce qu'il permet de gagner sans danger la cessation des accidents.

A ces réserves près, les conclusions de M. Capgras me paraissent très intéressantes et je m'y rallie volontiers.

M. Henri Claude. — Si l'on veut mettre un peu de clarté dans cette question des psychoses passionnelles et ne pas se perdre dans les conceptions métaphysiques, il faut revenir aux notions cliniques. Parmi les malades dont M. Capgras nous a retracé l'histoire le plus grand nombre sont nettement délirants, du type

©BIUM

paranoïaque ou paranoïde, ou ont eu antérieurement un comportement qui les classe parmi les délirants. Quelques-uns et ce sont les cas d'une observation et d'une interprétation plus difficiles n'apparaissent pas comme des délirants. Ils peuvent le devenir ou ne semblent l'être devenus qu'au moment du crime. Je crois que le meilleur critérium au point de vue clinique comme au point de vue médico-légal consiste à rechercher si l'on a affaire à un délirant ou à un obsédé ou si l'individu en cause a franchi l'étape qui va de l'idée obsédante au délire. L'obsession est un état qui s'impose au sujet, lequel est conscient de la condition anormale étrangère à sa personnalité dans laquelle il se trouve mais ne peut s'y soustraire. C'est pourquoi l'obsédé hypocondriaque réclame un soulagement thérapeutique, l'obsédé érotique cherche une diversion sur d'autres objets, l'obsédé politique épanche sa passion dans des articles ou des discours. Parfois, il est vrai, le sujet en proie à l'idée obsédante peut passer à l'impulsion sous l'influence d'une modification de son état psychique d'origine toxique ou d'un accident d'ordre psychologique, moquerie, colère, etc. Dans tous ces cas il ne semble pas que la responsabilité pénale puisse être discutée lorsqu'il y a crime : j'ai laissé aller ainsi devant la Justice une femme qui, depuis des mois, poursuivait, d'une passion amoureuse un homme à qui elle était attachée au déclin de sa maturité par les appétits sexuels qui avaient un véritable caractère obsédant. Cet homme ayant résolu de se marier et lui ayant signifié sa rupture, elle le harcela de ses assiduités puis le tua froidement et alla se jeter à l'eau ensuite — d'où on la tira d'ailleurs. Elle fut condamnée à cinq ans de prison. — Une autre femme, fortement fixée par des appétits sexuels non satisfaits depuis des années à un homme, n'a cessé de le pourchasser dans tous les endroits où sa profession le conduisait, allant jusqu'à l'assaillir et se livrer à une sorte d'attentat à la pudeur. Poursuivie deux fois elle récidiva constamment prétendant qu'elle ne cessait de penser à cet homme. Par ailleurs, elle exerçait son

©BIUM

métier de domestique correctement. Elle finit par être internée en raison du scandale, et peut-être aussi par mesure préventive, bien qu'il n'eût pas été démontré qu'elle fût capable de tuer, et il est probable qu'elle ne restera pas bien longtemps à l'asile.

Lorsqu'on peut dépister le passage de l'idée obsédante à l'idée délirante, la situation n'est plus la même, et le rôle du médecin expert est précisément de chercher, par des investigations psychologiques comme par des enquêtes sur les faits matériels, à démontrer la constitution d'un état délirant. Alors on se trouve en face d'un malade et les sanctions qui découlent du diagnostic sont faciles à prendre. A cet égard, je me rallie aux propositions de M. Capgras qui donne comme critérium la disproportion et l'énormité, la monstruosité de l'accusation ou de la vengeance, ou même le caractère absurde, l'aveuglement véritable du sujet au temps de l'action, avant et même après celle-ci. Il s'agit donc ici d'apprécier la valeur des motifs allégués par le coupable et les résultats obtenus, afin de pouvoir conclure qu'il s'agit d'un état délirant et non d'une simple idée obsédante ayant pris une ampleur particulière sous les influences psychologiques ou biologiques spéciales.

M. P. Courbon reproche à M. Delmas d'employer le terme « obsédant » pour qualifier des états qui, d'après la définition qu'en donne M. Delmas lui-même sont radicalement différents de l'obsession. L'état obsédant ainsi défini est un état monoïdéique. Or, le monoïdéisme se trouve aussi bien dans l'idée fixe que dans l'obsession. — « Les états obsédants » constitués par des idées permanentes acceptées avec enthousiasme et non repoussées avec anxiété par les malades ne sont obsédantes qu'au sens profane du mot. Au sens psychiatrique, ces états correspondent aux idées fixes et non aux idées obsédantes, ou obsessions.

M. Delmas. — La suggestion de M. le professeur Claude de différencier les états passionnels non pathologiques de ceux qui atteignent le degré pathologique,

par une terminologie plus précise et en recourant aux termes obsessionnels ou obsessifs pour les seconds, est à mon avis très acceptable puisqu'une terminologie est une question de convention. Toutefois, il faudrait éviter que les termes adoptés n'apportassent pas de confusion nouvelle et opposer avec soin ce qui relève de l'obsession proprement dite — idée parasite, involontaire que le sujet repousse et contre laquelle il lutte — ou de l'état obsédant, état dans lequel le sujet non seulement subit la hantise de sa préoccupation, mais encore l'accepte, l'approuve et y donne son adhésion et sa collaboration.

M. ARNAUD. — Le terme *état obsédant* a été employé souvent dans un sens différent de celui que lui attribue M. Delmas. Je rappelle que je l'ai employé, il y a bien longtemps (1892), dans un travail sur les Obsessions, pour désigner l'état mental habituel des obsédés conscients, abstraction faite de leurs obsessions caractérisées. Les principaux symptômes de cet état mental sont l'aboulie, les scrupules, l'hésitation dans les actes. Ils influencent tout le comportement de ces malades, ils préexistent aux obsessions proprement dites, et ils persistent même dans les phases de rémission et d'amélioration de ces obsessions. C'est ce *fond mental permanent* que j'ai appelé *état obsédant*. Il y aurait évidemment un grand intérêt à ne pas appliquer une même dénomination à des conditions mentales différentes. Nos discussions y gagneraient en clarté.

M. A. DELMAS. — Je veux bien que l'on se mette d'accord pour donner aux termes « état obsédant » le sens d'obsession. Mais je crois bien que Magnan avait déjà fait la distinction entre ces deux termes et d'autre part il est fréquent de voir employer les termes état obsédant pour désigner les états à base de représentations mentales exagérées ou à idée prévalente, autrement dit les états de revendication. Encore une fois, c'est une question de terminologie.

Un dernier mot sur l'argument de M. Capgras, repris par M. Courbon, tendant à considérer que la défense de la société peut être mieux assurée souvent par la

©BIUM

justice répressive que par la mesure administrative de l'internement. Je crois que cet argument est très contestable. Lorsqu'il s'agit de délits de moyenne gravité, les condamnations à temps limité ont des résultats désastreux. D'une part, elles rendent la liberté de façon précoce à des sujets restés parfaitement nocifs ; d'autre part, elles font des prisons des foyers de contamination et d'aggravation pour tous les déséquilibrés. L'internement, au contraire, est non seulement une mesure de protection sociale, mais aussi un essai de réformation et de thérapeutique ; en outre, la durée de l'internement peut être maintenue tant que le sujet paraît dangereux. A ce propos, je rappelle les travaux de MM. Colin et Pactet sur la nécessité de soustraire à la prison les nombreux dégénérés que leurs enquêtes y ont découverts.

Lorsqu'il s'agit de délits graves, tels que l'homicide, l'internement assure aussi bien la défense de la société, car il ne faut pas craindre de suivre la règle préconisée par Christian et d'après laquelle tout sujet interné pour homicide devait être maintenu interné à vie.

Les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux

par P. GUIRAUD

La discussion ouverte à la suite de la communication de MM. Laignel-Lavastine et Delmas me conduit à apporter dans le débat quelques documents recueillis à la 3e section de Villejuif. Je me placerai surtout au point de vue des psychopathes non délirants mais qui par suite de troubles mentaux commettent des actes anti-sociaux graves.

L'internement est en réalité une simple indication thérapeutique ou prophylactique. Il s'agit de soins à donner à un malade ou d'un isolement à lui imposer par mesure de sécurité sociale, tel que ceux qu'on

©BIUM

impose aux individus atteints de peste, de choléra. Le délicat est de savoir dans les cas douteux s'il y a ou non indication à internement. Sur ce point nous trouvons M. de Fursac trop optimiste et trop conciliant quand il dit « qu'en règle générale, chaque fois que deux médecins connaissant leur métier et dont ni l'un ni l'autre n'est systématiquement malveillant, diffèrent d'avis au sujet d'une mesure d'internement, les avis différents s'expliquent par des situations différentes ». Je crois qu'il vaut mieux reconnaître que, de même que les chirurgiens sont plus ou moins interventionnistes et les médecins plus ou moins actifs au point de vue thérapeutique, de même des aliénistes également compétents peuvent diverger sur les indications de l'internement. La discussion actuelle en est la démonstration. Nous ne perdons rien à avouer la relativité de nos points de vue — tous respectables. — Sinon, en cas de divergence, on risquerait de conclure que l'un des deux psychiatres est incompétent.

Quels sont les critères qui décident de l'internement ou de l'irresponsabilité en cas d'expertise ? Ceux que M. Courbon a apportés sont assez restrictifs. Pour lui il est nécessaire de trouver des syndromes entrant dans un cadre clinique connu, de constater une atteinte intellectuelle précise, des interprétations délirantes, des obsessions, etc. M. Delmas, avec raison à notre avis, insiste sur l'intégrité intellectuelle des paranoïaques et des passionnels et donne pour ces malades les caractères différentiels suivants qui permettent de les distinguer des sujets à déclarer responsables et à ne pas interner : constitution paranoïaque manifestée depuis longtemps, éréthisme passionnel et excitabilité, disproportion importante entre les motifs et les réactions.

Quand il s'agit de crimes dits passionnels et spécialement de jalousie et de certaines réactions revendicatrices, ces critères peuvent être admis. Mais pour un certain nombre d'actes anti-sociaux graves, commis par des sujets différents des paranoïaques, mais assez voisins, ces différences entre le pathologique et le nor-

©BIUM

mal ne sont même plus perceptibles. Ces actes anti-sociaux consistent en vols réitérés (utilitaires ou non), colères, violences, troubles graves du caractère, attentats aux mœurs (exhibitionnisme par exemple), réactions revendicatrices (outrages à magistrats, lettres injurieuses, menaces de mort, etc.). Ils ne sont associés à aucun trouble intellectuel notable, à aucun éréthisme continu, et ressemblent beaucoup par conséquent aux crimes et délits ordinaires.

L'expérience clinique démontre que dans ces cas l'acte anti-social est le premier symptôme morbide, que souvent il se réitère en restant le symptôme unique. Seuls les caractères d'irrésistibilité, de disproportion entre le risque et le profit en cas de vols, de récidive à répétition, d'impossibilité d'une autre solution que l'internement démontrent que ces actes anti-sociaux doivent être considérés comme pathologiques et entrent dans le cadre de l'article 64. L'apparition tardive de troubles physiques ou mentaux : catatonie, agitation, parkinsonisme, démence, éclaire parfois enfin le diagnostic ; mais dans certains cas aucun autre symptôme n'apparaît que les tendances anti-sociales.

Pour les actes anti-sociaux, symptômes initiaux de psychoses diverses, nous rappelons les intéressants travaux récents de E. Gelma : « L'altération du sens « moral, dans la période qui précède l'éclosion de « troubles psychiques d'évolution cyclique. » « Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique. »

Les malades dont nous parlons étaient groupés autrefois sous le nom de fous moraux, mais ils appartiennent à des entités cliniques très diverses. Ce sont : 1° et surtout des déséquilibrés constitutionnels (constitutionnels en ce sens que sans maladie apparente, ils sont anormaux depuis l'enfance) ; 2° des hébéphréniques frustes (héboïdophrénie) (1) ; 3° des sujets atteints de maladies encéphaliques au cours de l'ado-

(1) HALBERSTADT. — La forme héboïdophrénique de la démence précoce. *Annales Médico-psych.*, 1925.

©BIUM

lescence, spécialement encéphalite épidémique ; 4° des intoxiqués chroniques ; 5° des traumatisés craniens ; 6° des malades atteints de syphilis encéphalique torpide, etc.

A leur premier conflit avec la justice, ces individus sont parfois déclarés responsables et condamnés ; il est bien difficile qu'il en soit autrement en l'absence de tout trouble mental important. Ce n'est qu'après l'apparition de troubles mentaux au cours de la détention ou surtout après la répétition en série de délits qu'on est obligé de considérer ces sujets comme inintimidables et de les interner. En somme on ajoute à l'examen direct un élément de la plus haute importance qui est l'*expérience du comportement en liberté*. C'est se placer avec raison à un point de vue positif et pragmatique déjà soutenu par Dubuisson et Vigouroux.

Voici des exemples parmi nos entrées récentes :

M., 22 ans, a déjà fait 5 années de correction et deux ans de prison ; il commet toute sorte d'excentricités, en particulier de sensationnelles et inutiles évasions. A la fin, l'expert finit par conclure :

« Est un dégénéré mentalement débile, excité et excitable, instable, insociable, incapable de diriger et de maîtriser ses instincts, impulsif et totalement inintimidable par les moyens de corrections habituels.

« On est ensuite amené à le considérer comme irresponsable de ses actes. Faute d'établissements mieux adaptés à son cas, il apparaît nécessaire, tant dans son intérêt que dans celui du bon ordre et de la sécurité publiques, de l'interner dans un Asile d'aliénés avec cette indication qu'il serait indispensable de l'admettre dans une section d'aliénés difficiles telle que celle qui fonctionne à l'Asile de Villejuif. »

L. a été condamné 5 fois pour exhibitionnisme après trois expertises qui l'ont déclaré responsable. L'expert enfin est obligé de conclure :

« Est atteint de perversion sexuelle (exhibition-

©BIUM

nisme). En l'espace de 20 mois 20 exhibitions dans des lieux publics dont 6 ayant amené son arrestation. 5 condamnations ; récidives rapides parfois quasi-immédiates après sa sortie de prison.

« L. est dangereux pour les mœurs ; le seul moyen efficace de défense sociale est dans son cas l'internement dans un Asile d'Aliénés. »

B. est un jeune homme de 18 ans présentant des troubles du caractère depuis l'enfance. Il a soigné son père malade avec un dévouement qui lui a valu le prix Monthyon, puis il a pensé qu'il avait besoin de beaucoup d'argent pour s'amuser et que le meilleur moyen de s'en procurer était de s'établir cambrioleur ; c'est ce qu'il a fait et non sans succès.

Il a été examiné par un expert et considéré comme responsable, puis par trois experts les plus réputés qui ont déclaré qu'il devait rendre compte à la justice de ses actes, n'étant pas en état de démence, mais qu'on devait essayer le redressement moral par un patronage.

Le résultat a été nettement défavorable, les vols et les violences ont recommencé. Finalement un des trois experts, dans un certificat d'internement, conclut:

« Déséquilibre psychique constitutionnel avec perversions instinctives. Amoralité absolue. Caractère sournois et concentré. — Nombreux actes délictueux... ...En raison des nombreuses réactions anti-sociales, doit être conservé, faute de colonies pénitentiaires appropriées, et traité dans le milieu asilaire. »

D'après les opinions exprimées par MM. Courbon et Capgras, il semblerait que dans certains cas douteux, la société est mieux défendue par la répression pénale que par l'internement. « Ne pourrait-on pas, dit M. Capgras, se demander si ces petits paranoïaques capables de résister à leurs penchants et souvent intimidables, ne seraient pas, en se plaçant exclusivement au point de vue de la défense sociale, mieux traités par la prison que par l'asile ? » Nous estimons au contraire que l'internement, avec les modalités d'organisation et

©BIUM

de sortie dont nous parlerons plus loin, est la solution préférable. D'abord il est beaucoup plus intimidant que la prison à cause de sa durée illimitée ; l'individu anti-social assez lucide se rend compte qu'en cas de récidive et de nouvel internement, il peut être conservé toute sa vie. De plus, la sortie de prison s'effectue automatiquement à date fixe quel que soit l'état physique et mental du condamné ; à l'Asile, un médecin compétent prend son temps, choisit le moment favorable et conserve son malade s'il a une phase d'excitation ou de dépression. Les aveux de ceux qui ont expérimenté les prisons et les services spéciaux des Asiles ne laissent aucun doute sur l'action intimidante supérieure de ces derniers.

Ce n'est pas que l'internement des sujets anti-sociaux soit dépourvu d'inconvénients au moins dans les conditions actuelles. Dans les Asiles ordinaires, ces malades assez tarés sont une source de troubles et de difficultés comme l'a démontré depuis longtemps M. Colin. Des quartiers spéciaux sont indispensables. Les aliénistes, surtout en dehors de la région parisienne, traitant un nombre restreint d'anti-sociaux, sont en général trop larges pour les sorties par défaut d'expérience réitérée de leur nocivité.

Un autre inconvénient du milieu asilaire est l'incertitude des renseignements recueillis sur les antécédents et la conduite réelle de ces malades. La justice obtient des dépositions sous la foi du serment et réprime sévèrement les faux témoignages. Au contraire les indications fournies aux aliénistes par les familles sont comme l'a montré M. Rodiet souvent adoucies au point de vue de la gravité des réactions, parfois exagérées, quelquefois entièrement mensongères comme nous avons pu le constater trois ou quatre fois en quelques années. Quand les renseignements signalent un individu comme extrêmement dangereux et quand l'examen ne révèle pas de troubles mentaux évidents (réticents, paranoïaques, jaloux), nous croyons que c'est pour le médecin une question de loyauté d'exposer au malade les raisons de son maintien et de lui

©BIUM

conseiller de s'adresser au tribunal qui pourra faire vérifier les faits qu'on lui reproche.

Quand et dans quelles conditions faut-il proposer la sortie des psychopathes ayant commis des actes antisociaux graves ?

Deux attitudes sont possibles. L'une consiste à pratiquer l'examen réitéré et soigneux du malade, à le faire surveiller soigneusement par les infirmiers et quand on ne trouve rien d'anormal dans ses réponses et sa conduite, déclarer qu'il n'est plus *aliéné* et croire qu'on n'a pas le *droit* de le garder d'après la loi de 1838. L'autre attitude plus pragmatique est de se dire qu'un acte grave ayant été commis, la sortie ne pourra avoir lieu que quand le pourcentage de chances de récidive sera devenu négligeable. Pour cela, il est nécessaire de bien étudier son sujet quant à sa capacité de réaction aux divers incidents ou contre-temps qui l'attendent au dehors, et surtout il est nécessaire de connaître le *milieu réel* dans lequel il se trouvera après sa sortie et de tenir compte des occasions de réaction que ce milieu ne manquera pas de provoquer.

Voici par exemple un chiffonnier alcoolique qui a tué un voisin d'un coup de revolver au cours d'un accès d'éthylisme subaigu. Après un an il est évidemment tranquille, non délirant, bon travailleur. Sa femme vient réclamer sa sortie, exhalant une forte odeur de vin rouge, jurant que son mari ne buvait pas plus qu'il ne faut, déclarant qu'il reprendra son travail et reviendra à son ancien domicile. Pour donner un avis défavorable à la sortie, nous avons deux arguments importants que ne révèle ni l'examen, ni l'observation prolongée : 1° la preuve que le sujet a une constitution qui le pousse aux réactions dangereuses ; 2° la preuve qu'il sera replacé dans un milieu où le retour des excès de boisson est très probable.

La loi de 1838 nous interdit-elle de garder cet alcoolique ? Elle nous dit bien de retenir les *aliénés* dangereux, mais sans préciser ce qu'elle entend par *aliénés*, pas plus que l'article 64 ne précise ce qu'il entend par *démence*. Puisque les experts, d'un avis

©BIUM

unanime, interprètent très largement le terme démence de l'article 64, nous pouvons, quant à la sortie, interpréter aussi largement le terme aliénation mentale. En discutant les projets de réforme de la loi de 1838, le législateur s'est bien aperçu de l'imprécision du terme aliénation mentale et a demandé une définition à la Société Médico-Psychologique, en 1914. S'il y a eu des divergences sur certains points, tout le monde a été d'accord sur le mode de définition de l'aliénation mentale. « M. Colin a tout à fait raison, a dit G. Ballet, quand il dit que nous ne devons pas sortir des termes d'une définition de l'aliéné *envisagé au point de vue social.* » On a conclu que sont aliénés les individus atteints d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. La tendance même virtuelle aux réactions violentes, l'impossibilité démontrée de s'adapter, sans danger pour les autres, à la vie sociale, l'inintimidabilité, l'irrésistibilité des tendances antisociales sont, à notre avis, des affections mentales.

En dernière analyse, puisqu'il s'agit d'interprétation de la loi, nous devons nous en remettre à la jurisprudence. La conduite des tribunaux qui ont à décider d'une demande de sortie, conformément à l'article 29, n'est pas rigoureusement uniforme en France. Certains tribunaux provinciaux sont assez larges pour rendre la liberté aux sujets ayant commis des actes dangereux ; d'autres, spécialement ceux de la région parisienne, sont beaucoup plus sévères. La raison est facile à découvrir : dans les milieux où les réactions anti-sociales sont fréquentes et dangereuses, la conduite des magistrats, comme celle des médecins, s'adapte aux nécessités sociales. Sans vouloir revenir sur un sujet maintes fois discuté, une législation spéciale pour les aliénés dangereux, dans le sens du projet voté par le Sénat, est souhaitable.

L'importance du milieu dans lequel vivra le psychopathe une fois libéré est telle que le médecin formule souvent des conditions spéciales de sortie (surveillance par des parents ou amis, régions, professions

©BIUM

favorables ou défavorables). Malheureusement, rien dans la loi ne rend ces conditions obligatoires ; on obtient toutes les promesses et aucune réalisation de la part des familles des aliénés. M. Rodiet a insisté avec raison sur ce point. Si pourtant, ces « sorties conditionnelles », proposées depuis longtemps par M. Colin existaient, nous pourrions demander la libération d'un certain nombre d'individus qui n'offrent actuellement aucune garantie au point de vue de leur milieu futur. Mais il faudrait que l'autorité administrative eût le droit de provoquer à nouveau l'internement *préventif* de ces libérés sous condition. Actuellement, elle est obligée d'attendre le retour ou l'imminence d'actes dangereux. A la Société de Médecine Légale, M. Michel a renouvelé une proposition du même ordre, déjà formulée par lui : « Je proposais de rendre nécessaire, inéluctable, que tout délinquant bénéficiant de l'impunité ou même seulement de l'indulgence motivée par son infériorité mentale, fût mis sous une sorte de tutelle plus ou moins rigoureuse dans ses effets, suivant le danger que cet individu pourrait faire courir à la société : internement ou demi-internement, avec liberté provisoire permettant la réintégration à l'Asile spécial à la moindre incartade. »

Il est intéressant de constater qu'au cours de cette discussion à la Société Médico-Psychologique les avis sont unanimes pour demander, avec M. Capgras, qu'on substitue à la notion de « responsabilité » celle plus positive de « morbidité » et de « nocivité ».

M. P. Courbon. — La conduite passée d'un prévenu est, comme le dit M. Guiraud, et comme je le disais également dans la dernière séance, un moyen important pour déceler la nature pathologique de ses réactions. Mais ce signe n'existe qu'en cas de récidive. Il manque souvent lors de la première expertise. Et quand on ne trouve aucun signe pathologique, on n'a pas le droit de conclure à la maladie. Claude Bernard, parlant à des médecins, disait : « La vie ne se définit

©BIUM

pas, elle se montre ». Nous, experts, quand nous parlons à des juges ou au public, c'est-à-dire à des profanes, nous devons nous dire que « la maladie ne se décrète pas, elle se montre ».

M. BUSSARD, secrétaire des séances, donne lecture de la communication suivante :

De la paralysie générale et de son traitement

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

Nous désirons attirer l'attention sur une cause d'erreur d'appréciation des résultats de tous traitements institués dans la paralysie générale. On sait qu'il se produit au cours de l'évolution de la maladie de Bayle des transformations fréquentes du tableau clinique, et ce qu'on a appelé les rémissions ou les rémittences de l'affection, on les a maintes fois objectées à l'activité du thérapeute. Nous ne discuterons pas ici la question de ces rémissions et notamment la question de leur nature ; nous dirons simplement :

a) que le début de la paralysie générale est marqué le plus souvent par des phénomènes asthéniques (c'est la forme asthénique ou dépressive de la maladie, ou la forme hypocondriaque, ou la forme mélancolique de certains auteurs ; quand il y a hypocondrie ou mélancolie, c'est que le syndrome asthénique se complique de tendances délirantes plus ou moins variées) ;

b) que ces phénomènes asthéniques, très communément, mais petit à petit, lentement et progressivement, sont susceptibles de disparaître, pour aboutir à un état hypersthénique ou maniaque. Les travaux de J. Tastevin sur l'asthéno-hypersthénie (ou asthéno-

©BIUM

manie) permettent d'interpréter très exactement les faits observés. Il en résulte que dans *la forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale,* on assiste, après une phase de dépression bien caractérisée, au retour progressif de l'état sthénique normal, mais que bientôt cet état se trouve dépassé et, peu à peu, en plusieurs semaines ou en plusieurs mois, remplacé par l'excitation maniaque.

Ce fait d'observation physiopathologique entraîne, pendant toute la période d'amélioration constatée, la croyance, de la part de l'entourage médical et familial, à une guérison prochaine, tant la transformation du sujet est curieuse, remarquable, magnifique. Et c'est ce fait qui doit expliquer la grande majorité des rémissions dans la méningo-encéphalite diffuse. Il va de soi que si un traitement rationnel de la maladie paralytique a été institué, on inclinera à l'attribuer à la médication choisie.

Dans la phase intermédiaire de la forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale, le diagnostic positif de l'affection par l'étude de l'état mental est malaisé ; il se fonde sur les troubles du jugement, toujours essentiels, sur la perte de l'auto-critique, sur l'approbativité, expressions que Dupré a très justement mises en relief pour le psycho-diagnostic.

Dans le cas ci-dessous, rapporté brièvement, le traitement institué fut : en février 1924, la médication bismuthique ; puis, de mars à décembre de la même année, la médication arsénicale et iodurée. Comme, en décembre 1924, le malade paraissait aller aussi bien que possible, on interrompit le traitement durant cinq mois. On le reprit en mai pour cesser au bout de quelques semaines.

E... Prosper, ingénieur civil, 57 ans, entre à la C. P. X., le 20 mars 1926, avec le diagnostic de syndrome mégalomaniaque symptomatique de paralysie générale.

Dans les antécédents héréditaires, on relève chez une sœur du malade un accès de mélancolie terminé par guérison ; chez une grand'mère, du côté maternel, des troubles men-

©BIUM

taux qui ont nécessité le placement dans une maison de santé. Ingénieur, il a exercé pendant trente-deux ans des fonctions de direction dans d'importantes usines du midi et de l'ouest. Il s'est marié à 40 ans, en 1909. Sa femme a fait deux grossesses normales, un des deux enfants est mort à neuf mois d'entérite aiguë (pas de fausse-couche). En 1919, le malade a été soigné pour aortite spécifique. L'année au cours de laquelle il a contracté la syphilis n'a pu être fixée exactement (vers 1911).

Histoire clinique. — Le début de la paralysie générale a eu lieu en août 1923 ; il a été marqué par des phénomènes d'asthénie nerveuse générale ou de dépression, compliqués de quelques vagues idées de persécution (on lui en voulait, on se moquait de lui). Il accusait assez souvent de la céphalée (celle-ci était un signe d'asthénie et non pas autre chose). Par intervalles, la dépression atteignait l'état de stupeur ou de stupidité, et le sujet, profondément abattu, ne disait plus un mot.

Vers novembre 1923, après consultation médicale, et le diagnostic de paralysie générale ayant été confirmé par les examens de laboratoire, on institue un traitement, d'abord par le bismuth (muthanol) en février 1924, puis par l'arsénic (sulfarsénol) de mars à décembre 1924.

Evolution. — Vers juillet 1924, la famille et les médecins assistent à une amélioration progressive de l'état d'asthénie : le malade circule volontiers, va et vient, cause assez raisonnablement, cherche à s'occuper, paraît de nouveau s'intéresser à sa profession. En septembre 1924, chacun parlait d'une véritable métamorphose dans l'état du patient. Cette amélioration a duré jusqu'en août-septembre 1925. On avait repris le traitement arsénical en mai, durant quelques semaines seulement. Mais le malade, euphorique, satisfait, parlait de plus en plus, se montrait d'une activité désordonnée, absurde et dormait peu. A partir de décembre 1925, les idées de grandeur se manifestent avec intensité (il disait qu'il avait gagné récemment cinq milliards, qu'il jouissait de deux millions et demi de rentes, que sa maison était un palais, etc.). Le placement à l'asile devient urgent en mars 1926, à cause de la multiplicité des réactions extravagantes et violentes du patient.

Ainsi, dans l'appréciation des résultats thérapeutiques de la méningo-encéphalite diffuse paralytique, il importe de ne pas méconnaître les caractères particu-

©BIUM

liers de l'évolution de la maladie, et, notamment, l'existence de la forme asthéno-hypersthénique. Cette forme est même fréquente, elle est celle qu'on observe le plus communément dans les asiles d'aliénés.

Il ne faut voir dans les considérations cliniques qui précèdent qu'un avertissement destiné à guider les gestes du praticien, mais non pas des tendances critiques à l'égard de médications nouvelles ou anciennes : nous restons convaincu de la nécessité de traiter aussi activement que possible tous les paralytiques généraux, surtout au début de leur maladie (1).

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, BUSSARD.

---

(1) R. BENON. — La forme asthénique de la paralysie générale. *Rev. de méd.*, 1913, 10 août, en collaboration avec H. CIER.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

L'Année Médicale Pratique, publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des Hôpitaux. — Préface du Prof. E. SERGENT. — 6e année, 1 vol. in-16, 528 pages, 16 fig. Edit. R. Lépine, 3, rue Vézelay. Prix : 24 francs.

L'*Année Médicale Pratique* est devenue l'auxiliaire indispensable de la plupart des médecins qui se demandent maintenant comment ils pouvaient arriver à se passer de ce petit volume annuel.

En effet, qu'on soit un maître ou un praticien, il est impossible de se souvenir exactement dans quel journal et dans quel numéro on a trouvé telle ou telle donnée nouvelle de diagnostic ou de traitement. Ou encore on a lu sur un même sujet plusieurs articles confus ou contradictoires, et l'on ne sait que conclure.

Il suffit d'ouvrir le petit volume de l'*Année Médicale Pratique* pour trouver, par ordre alphabétique, sur chaque maladie, appendicite, artérites, asthme, etc., etc., les notions nouvelles de l'année exposées en une ou deux pages par un spécialiste compétent.

La restauration miraculeuse des Icones en Russie (de 1920-1923), par le Dr GOLDBLADT, de Minsk (*Zeitschrift fur Psychiatrie*).

En 1920, le bruit se répandit en Ukraine que de nombreuses images de saints (icones) subissaient une restauration spontanée, soit dans les églises, soit dans les demeures des particuliers. Non seulement ces images apparaissaient soudain propres et nettes, pures de la poussière qui les avaient souillées, mais les couleurs et le vernis brillaient d'une fraicheur nouvelle, l'icone semblait rajeunie, riche d'un

éclat surnaturel ou même des apparences de la vie. Cette rumeur se propagea comme une onde dans presque tous les gouvernements et les districts des Soviets, de 1920 à 1923, et de rumeur, se fit tour à tour légende, espoir, attente et, par la voie de la suggestion, réalité miraculeuse. C'est ainsi qu'aux yeux des fidèles orthodoxes, appartenant aux classes populaires, hostiles à toute rénovation politique et religieuse, Dieu attestait avec éclat sa volonté d'être adoré comme jadis, dans la personne des mêmes saints, devant les mêmes images de ces intercesseurs familiers dont un miracle redorait le blason mystique. Le gouvernement s'émut du phénomène : on nomma des commissions d'enquête, composées d'ingénieurs, de chimistes, de peintres et même d'ecclésiastiques, qui devaient contrôler les assertions et les faits et trancher la question à tout point de vue. Les rapports adressés au Gouvernement établissent que, dans la plupart des cas venus à la connaissance des enquêteurs officiels, le miracle se résout en suggestion. Cela se passe en général de la manière suivante : le bruit court, quelque part, qu'une icone du voisinage s'est subitement et spontanément restaurée. Ce bruit est accueilli avec empressement par le peuple, colporté avec joie, grossi par la ferveur d'une population ignorante et avide de prodiges. Les femmes jouent le rôle le plus actif dans cette transmission. Tout le monde se prend à convoiter un miracle pareil, pour la gloire de son logis, et il arrive que le miracle se produit un beau jour puisque un particulier le proclame et qu'il ameute la communauté dans le nouveau sanctuaire : le pope, crédule ou non, sincère ou non, célèbre l'heureux événement par un service divin : désormais la nouvelle est estampillée par l'Eglise. Il n'est nul besoin de supercherie : le plus souvent, la suggestion suffit à enthousiasmer tout le monde. Parfois, (rarement), les icones ont été lavées par des mains pieusement intéressées ou par les soins de véritables imposteurs, bons apôtres désireux de tirer parti d'une aubaine, déséquilibrés inconscients, agents camouflés de la Restauration blanche ! Les tribunaux ont condamné les uns, absous les autres. Ils se sont rendu compte, en général, de la nature épidémique et contagieuse de cette légende, si prompte à s'accréditer dans les masses. Il faut noter, à ce propos, que le prodige s'amplifia aux yeux de certaines communautés tout entières, sous l'aspect de la restauration subite d'une coupole d'église, comme à Kiew, par exemple. Des 12 personnes incriminées par les tribunaux, que put examiner notre confrère, 6 lui parurent nettement anormales: trois d'entre elles étaient des

hystériques, dont deux débiles, deux autres des déments séniles, un autre un psychopathe du type fanatique religieux.

Le Dr G. remarque que l'Orthodoxe russe est beaucoup plus concret que le Catholique romain, dans son adoration. L'image revêt à ses yeux un caractère plus personnel et plus vivant, qui favorise ici la création et le développement des mythes. Ces phénomènes, connus dès avant la révolution, étaient sainement appréciés par le clergé russe, qui les qualifiait d'imposture, par contamination mentale, et les condamnait catégoriquement. Il faudrait tenir compte aussi, dans l'étude de la genèse de ces phénomènes grégaires, de plusieurs facteurs dont le Dr G. indique les principaux : c'est l'ignorance des masses russes, continue et égale à elle-même à travers les siècles ; c'est l'état d'émotivité de ce peuple, qui vient de vivre une guerre et une révolution sans exemple ; c'est l'effet d'une propagande antireligieuse intense qui, par une contre-réaction d'antipathie pour le matérialisme de la doctrine des Soviets, produit une exaltation du mysticisme dans le peuple, resté fidèle à sa vieille Eglise. Ce sont des conditions biologiques, l'effet accumulé des épidémies et des famines (1921 à 22) qui, débilitant la plèbe misérable et famélique, exalte en elle le rêve, l'espoir d'un monde meilleur, l'amour du ciel et le besoin d'une aide surnaturelle, comme dans le délire des affamés.

Dr W. Boven.

Le Peyotl, par M. A. Rouhier. (Doin, éditeur).

Le travail de M. Rouhier sur le Peyotl, plante sacrée du Mexique, nous met, en raison de son importance, dans l'obligation de nous restreindre à l'analyse d'un de ses nombreux chapitres.

Les expériences auxquelles s'est livré l'auteur sur lui-même et sur des personnes de son entourage en absorbant ou faisant absorber les principes actifs contenus dans les « miseal buttons », méritent d'être retenues en raison de la lumière qu'elles projettent sur la production et le mécanisme de certains phénomènes psychiques et psycho-sensoriels. L'intérêt de cette série d'expérimentations réside, dans le fait que l'on peut provoquer à volonté des phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires, le sujet conservant une intégrité intellectuelle absolue pendant la durée de l'expérience peut ainsi se livrer à une auto-analyse et décrire exactement au fur et à mesure de leur production les phénomènes morbides et les réactions subjectives qu'ils provoquent.

©BIUM

Les premiers troubles observés après ingestion d'une dose suffisante de Peyotl (panpayotl ou mescal buttons) ont un caractère nettement sensoriel. Le sujet, les yeux fermés, voit apparaître d'abord confusément puis d'une façon plus précise des points ou des lignes lumineuses mobiles formant, par leur combinaison, des figures géométriques, cercles, triangles, polygones, dont la disposition harmonieuse suscite immédiatement tout l'intérêt de l'observateur.

Sur cette trame, le sujet ne tarde pas à broder évoquant des souvenirs d'enfance, des scènes plus ou moins agréables déjà vécues, des épisodes et des constructions imaginatives où il avait l'habitude de se complaire. Toute cette imagerie à mesure qu'elle se précise se colore de façon très vive. Il est très difficile à ceux qui ont pu observer de pareils phénomènes de décrire à l'aide du langage habituel, l'intensitté, l'harmonie de ces colorations en raison de leur surprenante nouveauté.

Il est possible que l'état affectif agréable qui accompagne ces visions joue un rôle important dans ces impressions que l'auteur juge ineffables.

Ces faits, si curieux, sont à rapprocher des phénomènes d'hallucinations lilliputiennes observés et décrits par Raoul Leroy qui se caractérisent également par l'intensité de coloration et l'état affectif qui les accompagne.

A côté de ces troubles psycho-sensoriels il faudrait également retenir des troubles de la notion du temps pendant la période d'intoxication, ainsi que des troubles de la cénesthésie entraînant la conviction de désordres dans la personnalité et à un degré de plus un sentiment d'influence.

A ces divers points de vue, les expériences de M. Rouhier permettent de mieux comprendre ces problèmes si obscurs de la genèse des hallucinations, et sur le mécanisme des phénomènes d'influence.

M. Cénac.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 21 mars 1927

Présidence de M. Leroy, président

Tentative de suicide par dépit, par MM. Courbon et Magnand. — Présentation d'une jeune femme de 33 ans, internée avec le diagnostic erroné de mélancolie suicide, et dont les deux tentatives, l'une d'empoisonnement par le véronal, et l'autre de précipitation sous les roues d'une auto, exécutées en moins de 24 heures, au cours de la rupture d'une liaison, eurent pour cause, non pas le désespoir d'un amour qui n'avait jamais été bien fort, mais la vexation d'un amour-propre qui fut toujours très chatouilleux. Ces tentatives de suicide instantanément regrettées sont des réactions de dépit, le dépit étant défini : « un état de chagrin et de colère devant une situation jugée peu grave, mais que le sujet se sent impuissant à changer. »

Un cas de perversion instinctive, par M. Hoven. — Observation d'une femme atteinte de démence sénile qui portait entre les jambes un ballot fait de loques, pesant plus de 5 kilos, rempli de nœuds enlacés contenant des billets de banque moisis, de la monnaie rouillée et des objets hétéroclites.

Syndrome paralytique par sclérose cérébrale corticale diffuse, par MM. Pactet et L. Marchand. — Il s'agit d'un sujet qui, à l'âge de 34 ans, est considéré comme atteint de paralysie générale. Deux ans plus tard, il présente des symptômes de tuberculose pulmonaire et l'état démentiel s'arrête dans son évolution. Le Wassermann est positif dans le sang. Les réactions humorales et cytologiques du liquide céphalo-rachidien sont négatives. Le sujet meurt de tuberculose pulmonaire neuf ans après le début des troubles mentaux. A l'autopsie, aucune lésion de paralysie générale. A l'examen histologique, sclérose névroglique corticale diffuse avec lésions atrophiques des cellules pyramidales sans altération des vaisseaux et des méninges. En raison du Wassermann positif dans le sang et des troubles oculaires (signe d'Argyll, déformation et inégalité pupillaire), les auteurs considèrent la syphilis comme cause de cette sclérose corticale diffuse.

©BIUM

Sclérose en plaques et psychose hallucinatoire chronique, par P. GUIRAUD. — Une femme de 41 ans présente une psychose hallucinatoire chronique avec nombreuses paresthésies, hallucinations de l'ouïe, idées de persécution et de grandeur. Deux ans après surviennent les symptômes neurologiques de la sclérose en plaques confirmés par la ponction lombaire. Etat confusionnel, puis affaiblissement mental progressif terminal. L'autopsie démontre la présence de nombreuses plaques de sclérose dans tout le névraxe et particulièrement dans le cerveau. Les troubles mentaux terminaux résultent certainement de la sclérose en plaques ; pour la psychose hallucinatoire il y a peut-être coïncidence, cependant l'importance des paresthésies initiales est à retenir.

Syndrome de paraplégie spasmodique avec strabisme et nystagmus consécutif à une encéphalite léthargique, par MM. TRÉNEL et SIZARET. — Jeune homme qui offre l'aspect clinique de la maladie de Little. L'affection a débuté à 13 ans à la suite d'une période de somnolence avec troubles oculaires. Les troubles se sont surtout manifestés depuis quatre ans. S'agit-il de sclérose en plaques ?

Syphilis encéphalitique avec examen histologique, par MM. LEROY et GUIRAUD. — Une malade internée depuis dix ans avec le diagnostic de paralysie générale et réactions tantôt positives, tantôt négatives dans le liquide céphalo-rachidien, décède après avoir présenté des crises épileptiformes nombreuses. A l'examen histologique on trouve les lésions de l'endartérite de Nissl-Alzheimer. Les fibres tangentielles sont très raréfiées. Quelques réactions périvasculaires à plasmocytes s'observent dans le bulbe et la protubérance.

Société de Psychiatrie

Séance du 17 mars 1927

Relation entre le P. H. et le volume horaire de l'urine chez les épileptiques. — M. R. RAFELIN montre que la même relation convient au sujet normal et à l'épileptique P. H. — log. V. H. = K. L'approximation est moins bonne qu'à l'état normal : l'élimination horaire des ions H est moins constante. Toutefois les oscillations de la balance acide-base et les irrégularités des éliminations aqueuses restent liées étroitement. Il semble que les variations de la balance acide-base commandent les oscillations de l'eau.

©BIUM

Idiotie myxœdémateuse d'origine hérédo-syphilitique probable. — MM. P. SCHIFF et H. DAUSSY, présentent une myxœdémateuse de 32 ans chez laquelle se pose la question de l'étiologie hérédo-syphilitique. La malade est la cinquième de 14 enfants ; les 4 premiers sont bien portants, mais on trouve après ce cas de myxœdème une sourde-muette avec dystrophies multiples et 7 enfants morts entre 6 semaines et 2 ans. Le B.-W. est négatif dans le sang et le liquide rachidien, mais avec 0,40 d'alb. Benjoin subpositif, réaction à l'élixir parégorique très positive. Ce myxœdème paraît donc être d'origine spécifique et on doit se demander si l'hérédo-syphilis a agi par altération élective du corps thyroïde ou s'il s'est agi d'une altération du germe.

Erotomanie médicale avec idées délirantes d'influence. — MM. DUPOUY et CHATAGNON présentent une malade qui après une phase d'érotomanie pure verse dans un délire systématisé d'influence dans lequel elle est devenue une machine soumise à la volonté de son médecin. Ce cas est particulièrement intéressant parce qu'il a donné lieu à des réactions anti-sociales multiples.

Critique de ce qu'on appelle « syndrome d'automatisme mental ». — M. CEILLIER s'élève contre la théorie d'après laquelle « le cerveau malade moud de la pensée » ou « produit automatiquement une pensée ». Il essaye de démontrer que cette théorie matérialiste de la folie est contredite par les études des plus grands psychiatres et par la clinique et qu'elle est en opposition avec le mouvement psychologique et philosophique contemporain.

Etudes sur la circulation cérébrale. — M. TINEL projette une série d'inscriptions graphiques du pouls cérébral, obtenues chez des trépanés. Des modifications considérables sont réalisées par des facteurs mécaniques ou psychiques. Ces réactions sont d'ailleurs très polymorphes. Comme l'auteur l'a déjà fait remarquer avec G. Dumas, il est curieux que de telles modifications de la circulation cérébrale ne se traduisent vraiment par aucun changement de l'état psychique. Ceci n'est pas vrai, par contre, dans certains états pathologiques. M. Tinel présente une malade post-encéphalitique avec crises de fixité du regard dont les accès sont provoqués par tous les facteurs de vaso-constriction cérébrale.

André CEILLIER.

©BIUM

Société belge de médecine mentale

Séance du 26 mars 1927

Présidence du Dr Cuylits (Tournai)

M. Vermeylen (Bruxelles). **Vol morbide chez une mélancolique.** — Les cas de vol commis en étroite corrélation avec une crise de mélancolie sont rares. Il s'agit en l'occurence d'une malade qui a commis des vols à l'étalage à la suite d'injustes soupçons. Les calomnies dont elle a été l'objet l'ont à la fois fait verser dans un accès de mélancolie typique et commettre de petits larcins dont l'absurdité et l'inutilité portent déjà la signature morbide.

Le mécanisme de ces réactions délictueuses est le suivant : Tout d'abord un choc affectif intense et récidivant qui a déclanché à la fois la psychose et le sentiment de révolte à l'égard de l'injustice dont la malade est victime. Puis une cristallisation de ce sentiment en une formule qu'on peut résumer comme suit : « On me considère comme une voleuse, je pourrais bien le devenir. » Enfin le passage de la formule à l'acte favorisé par l'état mélancolique qui diminue le tonus affectif et l'inhibition morale.

M. Titeca (Bruxelles). Le processus de ce vol semble pouvoir être rattaché à l'attitude de certains mélancoliques qui dérobent de la nourriture, alors qu'ils refusent les aliments qu'on leur présente.

M. Uyssen (Anvers) voudrait voir, à cette occasion, s'amorcer la discussion sur l'escroquerie dans les cas d'épilepsie affective de Bratz.

M. Degreef (Louvain) cite un cas de crime commis par un sujet ayant subi des injustices. Il admet le rôle déterminant du choc affectif à l'origine de certains délits.

M. Vervaeck (Bruxelles) signale que beaucoup de voleuses de magasin commettent leurs délits à l'occasion d'un accès dépressif. Le facteur exogène est très important.

M. Cuylits (Tournai) croit que beaucoup de psychopathes commettent leurs délits dans une phase confusionnelle.

M. Vermeylen (Bruxelles) répond aux divers orateurs en précisant à nouveau la portée du cas et du mécanisme psychique qu'il décèle.

E. Vermeylen.

©BIUM

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Allocation et indemnité allouées aux Médecins

Un décret en date du 12 janvier 1927 porte attribution aux médecins directeurs, aux médecins chefs de service et aux directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés :

1° D'une allocation forfaitaire de 200 fr. pour la période allant du 1er mai au 31 juillet 1926 ;

2° D'une indemnité provisoire de 12 p. 100, à dater du 1er août 1926, sur les traitements de ces fonctionnaires, tels qu'ils ont été déterminés par les décrets du 27 mai 1926.

Ces dispositions ne font que reproduire les mesures qui ont été prises à l'égard des fonctionnaires de l'Etat.

Pour permettre d'examiner les droits du personnel en cause à l'allocation forfaitaire et à l'indemnité provisoire, nous reproduisons ci-dessous le texte même du décret du 12 janvier 1927 :

ARTICLE PREMIER. — Par analogie avec les dispositions du décret du 29 août 1926, il est attribué aux fonctionnaires ci-après désignés :

1° Médecins directeurs et médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés ;

2° Directeurs administratifs des asiles publics départementaux d'aliénés ;

Dont les traitements ont été revisés en application des décrets du 27 mai 1926, une indemnité provisoire non soumise à retenue pour pensions, à compter du 1er août 1926.

ART. 2. — Le taux de cette indemnité provisoire est fixé à 12 p. 100 des éléments limitativement énumérés ci-après :

a) Traitements tels qu'ils sont déterminés par les décrets du 27 mai 1926, déduction faite des retenues pour pensions effectuées aussi bien sur le traitement que sur une évaluation éventuelle des avantages en nature ;

b) Indemnités de résidence, y compris les suppléments

©BIUM

temporaires, qui pourraient être payés dans les limites et par analogie avec les articles 7 de la loi du 18 décembre 1923 et 188 de la loi du 13 juillet 1925 ;

c) Indemnités pour charges de famille payées dans les limites et par analogie avec l'article 187 de la loi du 13 juillet 1925.

ART. 3. — Par analogie avec les dispositions du décret du 5 septembre 1926, une allocation forfaitaire est attribuée, pour la période du 1er mai au 31 juillet 1926, aux fonctionnaires visés par l'article premier du présent décret.

Le bénéfice de cette allocation est exclusivement réservé aux directeurs et médecins en service entre le 1er mai et le 31 juillet 1926.

ART. 4. — Le taux de l'allocation forfaitaire est fixé à 200 francs.

Pour les directeurs et médecins entrés en service à une date postérieure au 1er mai 1926 ou ayant cessé d'exercer leurs fonctions avant le 31 juillet 1926, ce taux est calculé au prorata de la durée de leurs services effectifs.

ART. 5. — L'indemnité provisoire et l'allocation forfaitaire suivent le sort du traitement. Elles sont réduites, le cas échéant, dans les mêmes proportions que le traitement l'a été lui-même pour quelque cause que ce soit.

D'après les derniers renseignements, l'administration envisagerait une augmentation de traitement, exclusive de la majoration provisoire de 12 0/0, qui porterait à 27.000 francs le traitement des directeurs et médecins chefs de service appartenant à la 1re classe.

De son côté, l'Association amicale demande que ces traitements soient fixés de la façon suivante : 1re classe, 36.000 fr.; 2e classe, 34.000 fr. ; 3e classe, 32.000 fr. ; 4e classe, 30.000 fr. ; 5e classe, 28.000 fr. ; 6e classe, 26.000 fr. ; 7e classe, 24.000 fr.; 8e classe, 22.000 fr. ; 9e classe, 20.000 fr.

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

XXXIe session

Blois (25-30 juillet 1927)

Sous le Haut Patronage de M. le Président de la République

Président de la 31e session : M. le Professeur RAVIART (de la Faculté de Médecine de Lille).

©BIUM

Vice-Président : M. le Professeur Henri CLAUDE (de la Faculté de Médecine de Paris).

Secrétaire général : M. le Docteur M. OLIVIER, Directeur-Médecin de la Maison de Santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

Programme des travaux et des excursions. — *Lundi 25 juillet.* — 10 heures. — **Séance solennelle d'ouverture,** sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dans la salle des Etats généraux du château de Blois.

14 h. 15. — **1er Rapport.** — **Psychiatrie :** *L'Automatisme mental.* Rapporteurs : M. le Dr LÉVY-VALENSI, Médecin des Hôpitaux de Paris, et M. le Dr NAYRAC, de Lille, Médecin des Asiles Publics. — Discussion du rapport (Salle Gaston d'Orléans).

17 h. 30. — *Réception* officielle par les autorités au Château de Blois (salle des Etats Généraux).

21 heures. — Au Théâtre Municipal : *Conférence* sur « Blois et les Châteaux de la Loire », par le Dr LESUEUR, Conservateur du Château et des Musées.

Mardi 26 juillet. — 9 h. 15. — **2e Rapport.** — **Neurologie :** *Les tumeurs des ventricules latéraux.* Rapporteur : M. le Dr JUMENTIÉ, de Paris, médecin de l'hôpital St-Joseph et de la Fondation Galignani. — Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans).

14 h. 15. — *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans).

16 h. 30. — Visite du Château et de la Ville sous la conduite du Dr LESUEUR.

19 h. 15. — *Dîner* offert sur la Terrasse de l'Evêché par la Maison de Santé Départementale. Pendant le repas, concert par l'Harmonie Municipale.

Mercredi 27 juillet. — 9 h. 15. — *Assemblée générale* du Congrès (salle Gaston d'Orléans).

Excursion à Chambord et à Cour-Cheverny.

13 heures. — Départ de Blois (place Victor-Hugo) en autocars pour les châteaux de Chambord et de Cour-Cheverny. (Prix de l'excursion : 22 francs par personne).

19 heures. — Retour à Blois.

19 h. 30. — *Dîner* offert par la Ville de Blois. *Concert* de musique ancienne et soirée dansante (salle Gaston d'Orléans).

Jeudi 28 juillet. — 9 heures. — *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans).

Excursion à Chaumont et à Chenonceaux.

©BIUM

13 heures. — Départ de Blois (place Victor-Hugo) en auto-cars pour le Château de Chaumont.

13 h. 30. — Visite du Château de Chaumont.

15 h. 30. — Départ pour le Château de Chenonceaux.

16 heures. — Visite du Château de Chenonceaux.

Départ pour Montrichard.

18 heures. — Réception et visite des célèbres caves Monmousseau à Montrichard.

19 heures. — Départ pour Blois en auto-cars.

20 heures. — Arrivée à Blois.

(Prix de l'Excursion : 45 francs par personne).

Vendredi 29 juillet. — 9 h. 15. — 3e **Rapport. — Médecine légale** : *Le divorce des Aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats.* Rapporteur : M. le Dr Boven, de Lausanne. Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans).

14 heures. — *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans).

17 heures. — Visite de la Maison de Santé Départementale.

20 h. 30. — *Soirée* offerte par le Président et les membres du Congrès (salle Gaston d'Orléans).

Samedi 30 juillet. — Excursion à Amboise et à Tours.

8 heures. — Départ de Blois (place Victor-Hugo) en auto-cars pour Amboise.

8 h. 45. — Visite du Château d'Amboise.

10 h. 45. — Départ d'Amboise pour Tours.

11 h. 45. — Arrivée à Tours. (Prix de l'Excursion : 30 fr. par personne).

12 heures. — *Réception* à l'Hôtel de Ville de Tours.

14 heures. — Visite de la Ville.

18 heures. — Dislocation.

Note : Tenue de Ville pour toutes les réceptions. La Carte de Congressiste tiendra lieu d'invitation.

Les 25 et 26 juillet, des visites de la Ville de Blois seront organisées pour les *Dames congressistes* qui désireront y participer (musées, rues, monuments, chocolaterie Poulain, etc.).

Le vendredi 29 juillet, les Dames sont invitées à une excursion au château de Ménars-Pompadour. Départ de Blois à 15 heures.

S'inscrire au Secrétariat du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent participer aux *excursions* et assister aux *réceptions* devront s'inscrire au Secrétariat au plus tard le lundi 25 juillet. *Le Secrétariat se tiendra au château de Blois,* dans l'ancienne salle d'Histoire naturelle, au rez-de-chaussée Gaston d'Orléans.

©BIUM

Renseignements généraux

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 50 francs. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin recevront les rapports dès leur publication.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 30 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire, envoyer le montant des cotisations en francs français, chèque *sur Blois, mandat postal ou chèque postal*, avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés,

au Docteur M. Olivier, Secrétaire général de la 31e Session, Directeur-Médecin de la Maison de Santé Départementale de Blois (Loir-et-Cher). (Compte de chèques postaux : Blois, n° 1050-87).

Avis important. — Il est rappelé aux membres du Congrès que, d'après le tarif N° 8 G. V. 108, les personnes voyageant par groupe de vingt au moins sur les chemins de fer français, pour des excursions scientifiques, ont droit à une réduction de 40 0/0.

Il serait possible de profiter de cet avantage en organisant des groupes de congressistes dans certains centres importants. Mais cette organisation ne peut être réalisée que par des initiatives locales.

Il est nécessaire d'adresser la demande à la gare de départ *au moins* quinze jours à l'avance en indiquant l'objet du voyage, l'itinéraire et le nom des personnes qui doivent y participer.

Les membres du Congrès faisant partie du Touring Club de France ont droit aux mêmes avantages, mais, de plus, ils peuvent voyager par groupes de dix seulement et n'adresser leur demande que huit jours à l'avance.

©BIUM

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle).

Aux termes des dispositions réglementaires, les candidats doivent justifier de la connaissance de la langue allemande.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Concours de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine

Le concours pour la nomination à une place de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine s'est ouvert le 4 avril.

Le jury était composé de MM. les Docteurs Raynier, inspecteur général des services administratifs, président, Alombert-Goget, Chevalier-Lavaure, Leroy, Marchand, Pactet, Rogues de Fursac. MM. Nageotte et Pain n'avaient pas accepté. A ce jury étaient adjoints, au titre administratif, MM. Chandet et Haye.

Les candidats étaient au nombre de quatre. Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Xavier Abély.

Nous reproduisons dans le tableau ci-après les notes obtenues par chacun des candidats.

	Services ordin.	Titres et travaux	Clinique orale	Cl. médico légale	Total	Place
	—	—	—	—	—	—
Abély	10	39	17	27	93	1er
Benon	9	32	14	27	82	2e
Lautier ...	8	29	16	28	81	3e
Naudascher.	8,5	37, n'a pas continué le concours.				

Internat des asiles de la Seine

Le concours pour 7 places d'interne en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et du service de Prophylaxie mentale s'est ouvert le 21 mars 1927. Le jury se composait de MM. les Docteurs Bréchot (chirurgien des Hôpitaux), Camus, Comte (médecin des Hôpitaux), Courbon, Ducosté, Marchand, Sérieux. Il s'est terminé par la nomination, dans l'ordre

©BIUM

d'arrivée, de MM. Viée, Lacan, Courtois, Pottier, Rondepierre, Dupont, Brian, internes titulaires. Les deux candidats suivants : MM. Szumlanski et Migault, pourront être titularisés.

Questions données : Ecrit : Signes et diagnostic de la scarlatine. Hernie crurale étranglée (diagnostic et traitement). Pédoncule cérébral (anatomie et physiologie). Diagnostic et traitement de l'œdème pulmonaire.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec le plus profond regret la mort de M. Charles Foix, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, neurologiste des plus éminents, décédé brusquement à l'âge de 45 ans ; la mort de M. Louis Schnyder, président de la Société suisse de Neurologie, décédé à Berne à l'âge de 59 ans. M. le Dr Schnyder était un assidu de nos congrès annuels. Il laisse parmi nous le plus sympathique souvenir, et nous adressons à sa famille nos plus vives condoléances.

SECOURS AUX INFORTUNÉS DE GUERRE

L'Union des Médecins Mutilés de Guerre, 19, rue Blanche, à Paris, composée de médecins mutilés de guerre, ou blessés, et titulaires d'une pension, prient MM. les Médecins de France et des Colonies de bien vouloir lui signaler les infortunes conséquences de la guerre.

L'Action de l'U. M. M. G. vise à compléter celle de l'Association des Anciens Médecins des Corps combattants — qui lui a accordé son patronage — et à secourir moralement et pécuniairement, soit les médecins dans le besoin, soit les veuves de guerre ou les orphelins des camarades tombés au Champ d'Honneur.

Cotisations : Membres *titulaires :* c'est-à-dire médecins mutilés ou blessés avec pension, cotisation de 5 fr., rachetable par 100 fr. Membres *adhérents :* médecins ayant fait la guerre 1914-1918 et s'intéressant à notre œuvre : Cotisation de 20 fr. rachetable par 500 fr. Membres *bienfaiteurs :* cotisation de 100 fr. non rachetable. Mais les membres *bienfaiteurs* seront nommés membres *honoraires*, quand le total de leurs versements atteindra 5.000 fr.

Adresser les cotisations à l'U. M. M. G., 19, rue Blanche, à Paris.

©BIUM

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

LA JOURNÉE DE HUIT HEURES EN SUISSE. — La durée du travail dans l'industrie suisse fait l'objet d'un rapport que vient de publier le Bureau international du Travail. La semaine de 48 heures a été établie légalement en Suisse par la loi fédérale du 27 juin 1919 sur la durée du travail dans les fabriques. Cette loi prescrit une semaine de travail de 48 heures au maximum dans les exploitations employant une seule équipe. Lorsque le travail du samedi dure moins de 8 heures, et que, de ce fait, la durée du travail hebdomadaire est inférieure à 48 heures, la différence nécessaire pour parfaire ces 48 heures peut être répartie sur les autres jours ouvrables.

Si, dans des industries ou des fabriques déterminées, les installations ou les procédés de fabrication mettent en danger la santé ou la vie des ouvriers en raison de la durée du travail prévue par la loi susmentionnée, le Conseil fédéral peut réduire la journée dans la mesure nécessaire. D'autre part, le Conseil fédéral est autorisé à permettre, dans certaines industries, une durée de travail hebdomadaire de 52 heures au maximun lorsque des raisons impérieuses justifient cette mesure, en particulier quand, par suite de l'application de la semaine de 48 heures, une industrie risquerait de ne pouvoir soutenir la concurrence en raison de la durée du travail dans d'autres pays. Conformément à cette disposition de la loi, il avait été accordé à la fin de juillet 1923, 17 dérogations autorisant une semaine de 52 heures dans certaines industries.

Le 1er juillet 1922, une loi fédérale a été votée portant modification de l'article de la loi des fabriques, qui prévoit l'autorisation de permettre une semaine de 52 heures. Cette nouvelle loi a pour objet, tout en maintenant dans son intégrité le principe de la journée de huit heures, d'accorder éventuellement, dans une mesure plus large, des dérogations. L'amendement apporté à la loi des fabriques permet que, dans des cas tout à fait exceptionnels, le Conseil fédéral autorise une semaine de 54 heures. Toutefois, cette loi n'a pas encore été mise en vigueur, étant donné qu'un referendum a été demandé à son sujet. La votation populaire est fixée au 17 février 1924.

L'UTILISATION DES LOISIRS OUVRIERS AUX ETATS-UNIS. — Pour apprécier l'ampleur du problème de l'utilisation des

loisirs ouvriers aux Etats-Unis, il suffit de savoir qu'il existe, dans ce pays, environ 42.000.000 de salariés âgés d'au moins dix ans. La pratique, de plus en plus généralisée, des courtes journées de travail a été l'origine même des loisirs plus grands laissés aux travailleurs manuels.

Les institutions qui fournissent les moyens de se récréer sont naturellement très variées. Il y a d'abord celles qui répondent, d'un point de vue commercial, à la demande du public. Le cinématographe constitue le type principal de ces entreprises ; on estime, en effet, qu'un cinquième du total de la population des Etats-Unis fréquente chaque jour le cinéma. L'automobile jouit également d'une grande vogue. Le Bureau des ponts et chaussées signale qu'en 1923 il y avait, en circulation, plus de treize millions d'automobiles servant au transport des personnes, contre un peu moins de onze millions en 1922. Avec le développement de l'usage de l'automobile, on peut affirmer sans hésiter qu'il n'y a pas beaucoup de familles de travailleurs, spécialisés tout au moins, qui, à l'heure actuelle, ne possèdent pas leur voiture aux Etats-Unis.

Le goût des jeux et exercices physiques est extrêmement répandu chez les Américains. Au nombre des sports les plus pratiqués, on peut mentionner la gymnastique, le « base-ball », le tennis, le jeu de boules et la natation. L'activité sociale, sous ses différentes formes, joue également un rôle important dans l'utilisation des loisirs. Au point de vue de la vie sociale extérieure, il convient de signaler l'importance des loges ou des sociétés secrètes, des cercles sociaux, des associations politiques et des organisations professionnelles.

La question de l'utilisation des loisirs ouvriers est considérée comme ayant une importance telle, aux Etats-Unis, que le Président Coolidge a annoncé la création d'une commission fédérale chargée d'arrêter un plan de coordination des diverses œuvres d'utilisation des loisirs.

Etant donné l'attention que la Conférence internationale du Travail a accordée au problème de l'utilisation des loisirs ouvriers, le besoin qui s'est fait sentir, aux Etats-Unis, d'un programme nettement défini, présente un intérêt tout particulier.

LES ALIÉNÉS ÉTRANGERS DANS LES ASILES DE LA SEINE

« 1° Les asiles d'aliénés du département comptaient, au 1er janvier 1926, 178 aliénés de nationalité étrangère, savoir :

« Au compte de l'Etat français, 100.

©BIUM

« Au compte de leur pays d'origine : 1 Belge ; 17 Italiens ; 20 Polonais ; total, 38.

Au compte de la Seine : 10 Belges ; 14 Italiens ; 6 Luxembourgeois ; 10 Polonais ; total, 40 ; total général, 178.

« Le département avait, en outre, à sa charge, 42 aliénés étrangers dans les asiles de province : 10 Belges ; 15 Italiens ; 3 Luxembourgeois ; 5 Polonais ; total, 32.

« 2° Le département de la Seine comptait, au 1er janvier 1926, 14.211 aliénés, tant dans ses propres asiles que dans les asiles de province. Le nombre des aliénés étrangers à la charge du département s'élevant alors à 72 (40 + 32), la proportion ressort à 1/2 pour 100 ; compte tenu des malades à la charge de l'Etat, la proportion s'élève à 1,2 pour 100.

« 3° Il a été possible de récupérer, au moins partiellement, les frais de séjour de 30 aliénés étrangers dont 19 traités au compte de l'Etat et 11 au compte du département).

« 4° 79 aliénés étrangers sont restés à la charge intégrale de l'Etat, 61 à la charge intégrale du département.

« 5° Afin de diminuer l'encombrement des asiles de la Seine et de réduire les frais d'hospitalisation des aliénés étrangers, l'Administration s'emploie, d'une part, à hâter, lorsqu'il est possible, le rapatriement de ces aliénés dans leur pays d'origine ; d'autre part, à transférer dans les asiles de province — où le prix de journée est moins élevé que dans la Seine — ceux d'entre eux qui, en conformité des conventions actuellement en vigueur, restent à la charge de l'Etat et du département. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 34.178

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

La Société Médico-Psychologique

Au mois de décembre prochain la Société médico-psychologique aura quatre-vingts années d'existence. Nous avons pensé qu'il convenait de rappeler, dans un court historique, les idées qui ont présidé à sa fondation et de donner une rapide nomenclature de ses travaux. Pour cela, nous avons largement utilisé l'ouvrage de Ritti (1), qui nous conduit jusqu'en 1902.

La création de la Société est due à l'initiative de Renaudin et d'Aubanel, qui, en 1846, demandèrent à Baillarger de donner plus d'ampleur aux recherches statistiques dans les *Annales Médico-psychologiques*, dont le premier numéro avait paru trois ans aupara-

(1) Ant. Ritti. — *Histoire des Travaux de la Société Médico-psychologique et éloges de ses membres.* 2 vol. 8°. Paris, Masson, 1903.

©BIUM

vant. Baillarger répondit que le remède serait dans des travaux entrepris en commun par une association de médecins. Aubanel s'empara de cette idée et, prenant pour exemple la « Medico Psychological Association of Great Britain and Ireland », fondée en 1841, proposa de créer « une association médicale dont le foyer serait à Paris et les rayons dans les diverses localités de France où se trouvent des asiles d'aliénés ». Le 18 décembre 1847, se constitua à Paris une société ayant « pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale ». On lui donna le nom de « Société médico-psychologique ».

Les séances furent assez irrégulières : la révolution de février survint et le Ministre de l'Instruction publique, qui devait approuver la nouvelle société, fut emporté avec le régime. « Les sciences ont essentiellement besoin de repos et de stabilité, l'agitation et les bouleversements sont leur plus cruels ennemis. Il n'est donc pas étonnant que la « Société médico-psychologique » fondée il y a cinq ans environ et dont le premier règlement avait été imprimé dans ce recueil, n'ait pu réaliser le plan qu'elle s'était proposé. » On lit ces lignes dans les *Annales* d'avril 1852. En même temps, une commission composée de MM. Dechambre, Carrière et Michéa, est nommée et un nouveau règlement est élaboré; la Société se réunit le 28 juin 1852, et à partir du 30 octobre de la même année, les séances se succèdent de façon régulière, grâce aux efforts du président, Ferrus, qui put obtenir de son parent Dubois, alors doyen de la Faculté, un local à l'Ecole de Médecine. En 1867, la Société médico-psychologique était reconnue d'utilité publique.

La Société médico-psychologique comprend cinquante membres titulaires, appelés autrefois membres résidants, et des membres correspondants et associés étrangers, dont le nombre est illimité. Son siège social se trouve 12, rue de Seine, dans le local que la Société de Chirurgie loue également à la Société médicale des Hôpitaux et à la Société de Neurologie. Elle se réunit le dernier lundi de chaque mois, sauf pendant les mois d'août et de septembre.

Au début, en 1847, on avait fait appel, pour la constituer, non seulement aux médecins aliénistes, mais encore à « un nombre déterminé de physiologistes, d'administrateurs, d'érudits, de jurisconsultes, de moralistes et de philosophes dont les travaux se rattachent plus ou moins directement à la connaissance ou à la direction de l'homme intellectuel et moral ». En 1852, on y ajouta les ministres de la religion, les historiens, les instituteurs, les poètes, etc. Le programme embrassait la science de l'homme dans son ensemble et l'on voyait parmi les adhérents des penseurs comme Buchez, Cerise, Alfred Maury, Ott ; des écrivains comme Brochin, Dechambre, Peisse ; des cliniciens tels que Baillarger, Calmeil, Delasiauve, Falret, Moreau de Tours, Trélat, Félix Voisin, Ferrus, Parchappe ; des neurologistes comme Gerdy, Lallemand, Sandras ; des psychologues métaphysiciens comme Adolphe Garnier et Paul Janet. Comme l'a si bien exposé Ritti dans son histoire des travaux de la Société, « cette réunion, quelque peu disparate, n'avait de commun que le programme : méthodes et doctrines s'y heurtaient en contrastes violents ; l'introspection de la psychologie métaphysique se trouvait en constante

©BIUM

opposition avec l'observation clinique de l'anatomie pathologique... Lorsque furent épuisées ces questions générales que côtoie notre spécialité et qui l'ont rendue trop longtemps tributaire de la philosophie, il fallut bien aborder la partie vraiment médicale de notre tâche : la pathologie mentale, la thérapeutique, la médecine légale, les questions d'assistance et de législation des aliénés. Pour toutes ces études, méthode, doctrine, langage même différaient de ce qui est usité en philosophie... L'incompatibilité mutuelle se produisit. Sans qu'il y eût d'autres motifs déterminants, l'élément philosophique s'élimina de la Société, spontanément et naturellement, laissant le champ libre à l'élément exclusivement médical. Nos recherches, quoique émancipées de la tutelle de la philosophie, n'en eurent pas moins une heureuse répercussion sur la psychologie. L'application de la méthode pathologique a plus fait, en quelques années, pour la connaissance positive des phénomènes de conscience, que plusieurs siècles d'observation intérieure. Ce résultat est tout à l'honneur de Th. Ribot et de son école. »

Les comptes rendus de la Société, publiés dans les « Annales médico-psychologiques » (1) — vieilles aujourd'hui de 85 ans et dont les quelque deux cents volumes forment une collection unique en son genre, — constituent une mine inépuisable de documents, de faits cliniques, de travaux originaux qui résument l'histoire de la médecine mentale à partir de la deuxième moitié du XIX[e] siècle. Tout s'y

(1) Telle était, à cette époque, l'importance des Annales que, malgré son titre officiel, la Société était désignée par les auteurs (Delasiauve, Buchez, etc.), sous le nom de « Société des Annales médico-psychologiques ».

©BIUM

trouve et il n'est pas de sujet de quelque importance qui n'ait été abordé. On assiste ainsi à l'évolution de la psychiatrie en même temps qu'on a maintes occasions de constater l'éternelle vérité de la parole de l'Ecclésiaste : « Nil novi sub sole ».

Il nous suffira de citer, en suivant l'ordre chronologique, certaines discussions qui ont eu leur répercussion non seulement sur les idées médicales relatives à la folie, mais encore sur la classification des maladies mentales, sur leur diagnostic et sur les applications médico-légales qu'il convient de leur réserver.

Voici la première description de la confusion mentale, par Delasiauve, dans une communication intitulée : D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie (1852), des dissertations philosophiques sur la folie, de Buchez, sur les rêves, d'Alfred Maury. Puis viennent les débats fameux sur la monomanie (1853), sur la responsabilité avec les définitions si précises de Morel, sur les hallucinations (1855-56), les folies sympathiques (1856-57), les névroses (1858), la paralysie générale (1858, 1859, 1861, 1868, 1873, 1877, 1879, 1883, 1884, 1893, 1897, 1898, 1899). L'épilepsie larvée (1872), la folie raisonnante (1866, 1867, 1869, 1870), l'hérédité dans les maladies mentales et nerveuses (1867, 1868), les folies héréditaires (1885, 1886, 1887), font l'objet de discussions remarquables. Il en est de même de la folie à deux (1877), des aliénés migrateurs (1875), du délire chronique (1887, 1888). En 1888, 1889, on aborde la classification des maladies mentales. Citons encore le traitement de la folie (1870-1885), le « no restraint » (1880), les sorties à titre d'essai (1879-1883), l'assistance et la coloni-

©BIUM

sation des aliénés (1860, 1862, 1865), la séquestration des alcooliques (1872), l'hospitalisation des épileptiques (1878, 1879), la médecine légale et la responsabilité des aliénés (1863, 1864, 1866, 1869), les aliénés dangereux (1868, 1869), la création d'asiles pour aliénés criminels (1881, 1882), le mariage et le divorce des aliénés (1872, 1874, 1882, 1910, 1911, 1912, 1913), le système de « l'Open Door » (1897), le placement des aliénés difficiles (1907), la révision de la loi de 1838 (1914), la démence et l'autoconduction (1914, 1920), les débiles mentaux à l'armée (1916), l'influence de la guerre sur l'évolution de la paralysie générale (1916), le traitement de l'épilepsie par le Luminal-Gardénal (1919, 1920, 1921), les services ouverts (1922), la schizoïdie et la schizophrénie (1922), les troubles mentaux chez les employés de chemins de fer et les conducteurs d'automobiles (1923, 1925), les crimes et délires passionnels (1927), etc., etc.

Par deux fois, la guerre a interrompu les travaux de la Société médico-psychologique. En 1870, réunie le 26 octobre, elle décida de remettre à plus tard la suite de ses séances, qui reprirent le 27 mars 1871. En 1914, après la séance de juillet, elle cessa de siéger jusqu'au 27 mars 1916. Chacune de ces guerres fut l'occasion d'un certain nombre d'importants travaux et, pendant la guerre mondiale, l'assiduité aux séances des membres, mobilisés ou non, ne se démentit pas.

C'est la Société médico-psychologique qui prit l'initiative des congrès internationaux. Le premier congrès aliéniste international se réunit en 1867, à l'occasion de l'Exposition universelle, sous la présidence de Paul Janet ; le deuxième, présidé par Bail-

©BIUM

larger, eut lieu en 1878 ; le troisième, en 1889, fut dirigé par J. Falret. Celui de 1900 eut pour président Magnan, mais, à cette époque, le congrès était devenu annuel. On avait, en effet, décidé, en 1889, que les médecins aliénistes se réuniraient chaque année dans une ville différente et la première session eut lieu à Rouen, en 1910. Tels furent les débuts du « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française », dont les destinées se poursuivent, toujours plus brillantes, sous le secrétariat permanent de notre ami René Charpentier, qui a succédé dans ces importantes fonctions à notre collègue Semelaigne.

La « Société médico-psychologique » est dotée de prix destinés à récompenser des travaux de médecine mentale. Il suffit de rappeler le prix Esquirol, le prix Aubanel, le prix Belhomme, le prix Moreau de Tours, le prix Christian.

Il convient, en terminant, de citer les noms des secrétaires généraux qui ont assuré le fonctionnement de la Société : Dechambre, Cerise, Archambault, Brochin, Loiseau, Motet, et enfin mon prédécesseur immédiat, Antoine Ritti, qui en fut l'animateur pendant 38 ans et qui, pendant 35 ans, fut le rédacteur en chef des *Annales*.

La liste des présidents est longue. Aussi nous bornerons-nous à rappeler les noms des plus illustres parmi les disparus : Baillarger, Ferrus, Gerdy, Parchappe, Trélat, Delasiauve, Paul Janet, Lasègue, Jules Falret, Théophile Roussel, Ball, Joffroy, Gilbert Ballet, Chaslin, Magnan.

Henri COLIN.

©BIUM

UN TYPE PARTICULIER DE SYNDROME DE COMPENSATION

Par M. NATHAN

Certaines vies déconcertent par le contraste flagrant, qui existe, entre les qualités intellectuelles, souvent brillantes, des sujets et la bizarrerie de leurs aventures. C'est ce qui fait dire proverbialement, que les gens les plus intelligents sont capables des pires sottises : on pourrait ajouter, « sans y goûter le moindre plaisir ». Ces individus semblent, en effet, chercher à s'étourdir pour tromper une perpétuelle nostalgie. Tel fut notamment le cas de Mme du Deffand, que ses intrigues n'arrivaient même pas à distraire. La rencontre tardive de Walpole fut le coup de théâtre de son existence, qui lui offrit tout ce dont elle avait été privée jusque-là, c'est-à-dire une affection profonde et vraie.

L'histoire de pareilles vies révèle souvent à l'origine la carence de la tendresse et de la compréhension familiales. L'enfant les ressent profondément sans parvenir à les identifier. Parfois, cependant, certains milieux amis lui révèlent ce qui lui manque à son propre foyer. Or cette carence trouve sa compensation dans la rêverie, dans les projets d'avenir où l'affection, dont l'enfant a été privé, tient la première place. Plus tard, chez certains d'entre eux, tout se borne à la rêverie ; ce sont ces schizoïdes, qui s'enferment dans leur rêve jusqu'au jour où la vie se conforme à leurs aspirations. Ce fut le cas d'une de nos malades. La majorité se montre peut-être plus réaliste, quoique tout aussi chimérique ; elle cherche un point d'appui dans la réalité, c'est-à-dire un héros ou une héroïne pour appuyer son rêve, d'où expériences, intrigues suivies de déceptions qui ne découragent pas d'expériences nouvelles, tout aussi folles et tout aussi désas-

©BIUM

treuses ; sans cesse ces sujets s'efforcent d'étreindre un bonheur qui les fuit. Une fatalité semble présider à toutes leurs démarches, dont ils reconnaissent les premiers le caractère vain et paradoxal.

Or cet amour parfait, ce Prince Charmant, cette Yseult éternellement rêvés, ne sont que les truchements de l'affection, de la sollicitude que l'enfant a vainement cherchées dans sa famille. La vie familiale représente pour lui le premier champ d'expérience et, comme l'a fort bien établi l'école psychanalytique, le comportement ultérieur est grandement et peut-être même définitivement influencée par cette expérience première. Celle-ci s'est montrée particulièrement malheureuse chez les sujets, dont nous rapportons l'histoire. Les parents ne sont pas ces tracassiers autoritaires mais encore bien considérés par leurs enfants, qui déterminent chez eux la mentalité scrupuleuse ; tout se résume, dans les cas qui nous occupent, à l'abandon moral, à la brutalité sans phrases, dont l'enfant ne cherche qu'à se garer.

Ces aspirations, conçues dans la rêverie, n'ont rien d'ambitieux ni de mégalomaniaque, comme chez les imaginatifs heureux et comblés; elles ne visent qu'à un grand amour, à un profond attachement, qui permettra à la fois au sujet de donner et de recevoir. Malgré ce que l'on a prétendu de l'égoïsme, pour ainsi dire, physiologique de l'enfant, ce n'est qu'au prix de cette endosmose et de cette exosmose affective, qu'il éprouve, dans sa famille, cette sensation de bien-être qui conditionne plus tard son optimisme, son esprit de décision, sa confiance dans la vie. L'enfant tient autant à la compréhension qu'à la sollicitude ; les cas ne sont pas rares dans lesquels son psychisme tranche nettement sur celui des parents ; de pareils enfants peuvent être choyés, voire même encensés à l'excès ; l'attitude des parents est, suivant l'expression populaire, « celle d'une poule qui aurait couvé des canards », mais, si l'enfant n'est pas un orgueilleux, il souffre de cette incompréhension, se retire en lui-même et peut-être faut-il chercher, dans ces circonstances, l'origine de certaines tendances schizoïdes, qui aboutissent aux

©BIUM

syndromes de compensation décrits par Heuyer, Borel, Mignard et Montassut. En ce sens le « Merle blanc » de Musset a-t-il peut-être anticipé sur la psychiatrie.

Un caractère curieux de ces rêveries est la précision de l'idéal qu'elles imposent. Qu'il s'agisse d'un schizoïde, qui se contente du rêve ou d'un sujet qui cherche à accrocher son rêve à la réalité, il ne consent à aucun sacrifice de détail. Si en effet certaines de ses déceptions sont justifiées, il en est d'autres qui s'expliquent plus difficilement, sinon par la non-conformité absolue à l'idéal ; notre seconde observation offre, à cet égard, un exemple tout à fait typique. Ce trait, en apparence paradoxal, se justifie aisément lorsque l'on conçoit dans quelle fièvre, dans quelle angoisse, chacun des linéaments de cet objectif, chacun des éléments de cet idéal se sont élaborés. D'autre part, ces saisissements, ce coup de foudre ressenti en présence d'un être aperçu pour la première fois, ne résultent-ils pas d'une harmonie parfaite et fortuite entre ce rêve et la réalité. Toutes les légendes, qui les décrivent, parlent d'une prédestination ; or cette prédestination ne s'éloignerait pas sensiblement de cette nostalgie rêveuse, que certains de ces récits figurent de façon si troublante et que nos malades ont éprouvée durant toute leur existence.

Une autre de leurs particularités consiste dans le goût de leur propre perfection, perfection non pas physique, mais principalement éthique, goût qui n'a rien d'orgueilleux, mais répond à un besoin de leur nature. Ils veulent donner autant qu'ils reçoivent et se montrer dignes de ce qu'ils exigent de la personne aimée. Ils se jugent sévèrement, même dans leurs écarts et peut-être entrerait-il, dans l'ennui de Mme du Deffand, un tantinet de repentir. Ils retombent néanmoins dans leurs écarts et en pareille occurence ils se sentent vaguement, dans une certaine mesure, victimes d'une fatalité, ils sentent qu'ils pourraient invoquer des circonstances atténuantes, qu'ils ne sauraient formuler de façon précise.

Ce rêve, qui centre leur vie, dans ses combinaisons avec les autres éléments du psychisme, réalise les syndromes les plus variables, en rapport avec l'équation personnelle de chacun. Nous en apportons ici deux

©BIUM

observations. La première malade s'est, pourrait-on dire, brûlé les ailes aux intrigues diverses, qu'elle a rencontrées sur sa route ; elle aboutit à la mélancolie anxieuse avec idées de culpabilité. L'autre est une stoïque, qui se débat vaillamment parmi les difficultés de l'existence ; sa haute moralité lui fournit des armes contre les tentations qui pourraient l'assaillir ; dans ce sens même, elle dépasse parfois la prudente mesure. Malgré des divergences incontestables, il s'agit dans les deux cas de vies faussées à leur origine par la carence affective du milieu familial.

Mme R., âgée de 56 ans, se présente en janvier 1926 en pleine mélancolie délirante ; elle pleure, se lamente, récite constamment son chapelet, car elle se sent une grande coupable ; elle craint d'empoisonner tout ce qu'elle touche. Elle se reproche d'avoir été avare, mais, dit-elle, elle n'aime pas l'argent, elle veut se garantir contre l'insécurité de l'avenir. Malgré cette grande culpabilité, elle donne néanmoins à entendre qu'elle vaut peut-être mieux qu'on ne pourrait le supposer d'après son existence.

Mme R. reste bien orientée dans le temps et répond avec précision aux questions qu'on lui pose ; elle a, du reste, jusqu'à présent, géré elle-même sa fortune.

Elle eut une enfance fort pénible, son père ne prenait aucune part à la vie familiale ; sa mère, fort chagrine de l'inconduite de son mari, se montra sévère et morne, uniquement préoccupée d'elle-même et ne permit à sa fille aucune expansion ; l'enfant se sentait ainsi de trop à son propre foyer et vivait sur elle-même, souffrant de la gaieté de ses amies plus favorisées qu'elle.

Elle se marie à 19 ans par coup de tête avec un officier, dont elle eut deux enfants ; elle perd l'un d'eux en bas âge. Bientôt son mari la trompe et la délaisse. Elle divorce et traverse ensuite plusieurs aventures galantes, qui ne lui laissent que des remords. Ce divorce lui aliène la société de province, dans laquelle elle vit. Elle ne trouve aucun réconfort auprès de sa fille. Lassée de ses aventures, elle se remarie encore par

coup de tête avec un homme plus jeune qu'elle, sur lequel elle n'a réuni que de mauvais renseignements. Elle est bientôt abandonnée à nouveau en perdant, dans ce mariage, une grande partie de sa fortune. Mme R. se sent de plus en plus désemparée dans l'existence et tombe peu à peu dans la mélancolie délirante.

C'est en demandant à la vie l'affection, que la famille n'avait pu lui donner, que malgré son intelligence et son esprit pratique fort développé, Mme R. a commis les pires erreurs. Son érotisme n'a pas été seul à la dévoyer. Elle ne craignait pas le mariage en particulier, comme notre seconde malade, elle était victime de son enfance et attribuait plutôt les torts à sa mère, qui lui était antipathique, tandis que son père lui était plutôt indifférent, peut-être même sympathique malgré les désordres de sa conduite. Il serait intéressant de fouiller, à cet égard, la vie de certaines de ces dévoyées, on y retrouverait peut-être assez souvent une enfance sans affection. Ne pourrait-on expliquer de la sorte la vie aventureuse de George Sand ?

Notre seconde malade est plus complexe par ses contradictions apparentes. Comme la première, elle eut une enfance des plus pénibles ; son père était brutal, sans aucune compréhension ; il ne savait que terroriser sa famille. Sa mère avait une personnalité assez effacée. La jeune fille, actuellement âgée de 30 ans, travailla chez elle, puis à l'âge de 16 ans quitta sa famille pour aller, à la ville voisine, poursuivre ses études musicales. Elle garda de son foyer la crainte et la haine de l'homme, elle rejeta complètement le mariage de son programme de vie et, dans cette idée, elle chercha, mais vainement, à écraser en elle toute tendresse, tout sentiment féminin.

Mlle F. n'était pas maîtresse de ses sentiments et, malgré elle, rêvait un foyer où elle trouverait tout ce qui lui avait manqué dans sa famille. Dans sa vie de professeur, dans une petite ville de province, elle ne rencontre que mesquinerie ; elle demeure donc, contractée sur elle-même, se sent incomprise, toujours aux prises avec les difficultés de l'existence. Son affec-

tivité cherchera donc une âme-sœur, mais, dans cette recherche de l'amitié, elle craint toujours de trouver l'amour, qu'elle redoute par-dessus tout. De son côté, elle désire pour elle la perfection religieuse ; si elle n'a pas le bonheur, elle aura la pureté et l'élévation du cœur, et, à certains jours, elle accepte toutes ses épreuves, toutes ses souffrances, comme un moyen de se rapprocher de Dieu. Si elle fait la connaissance d'une personne qui lui inspire quelque sympathie, elle veut collaborer à son perfectionnement ; c'est à ce prix qu'elle se permet des amitiés masculines. Très dure pour elle-même, elle considère comme temps perdu tout ce qui ne la fait pas avancer dans la voie de l'édification.

Ce conflit perpétuel entre sa nature ardente et les souvenirs de son enfance, qui lui font redouter l'amour comme le plus grand des maux, lui font donc adopter la voie de l'amitié qui représente pour elle un compromis parfaitement honorable et acceptable. Mais son imagination a travaillé, elle s'est fait un idéal presque surhumain ; aussi ne pardonne-t-elle, à ceux qu'elle aime, aucune défaillance ; elle a du reste peur de succomber à l'amour et accumule, comme à l'envi, tous les obstacles du mariage. Depuis plusieurs années, en effet, elle est sollicitée par un jeune ingénieur qui l'aime, à qui elle reconnaît de grandes qualités. Les imperfections qu'elle lui trouve n'ont rien de rédhibitoire ni de définitif, elles seraient même modifiables par la vie conjugale. Mlle F. se borne à lui dire franchement ses quatre vérités, qu'il accepte avec soumission. Toujours le souvenir de son propre foyer s'impose à elle inconsciemment et lui fait fuir tout ce qui pourrait mener au mariage. Au contraire, lorsqu'elle sent une barrière infranchissable, elle se laisse plus franchement aller ; son attitude devient plus naturelle. Ainsi, à l'âge de 22 ans, elle éprouva une grande tendresse pour son directeur de conscience ; elle ne comprit qu'au bout de deux ans que l'amour se mêlait à cette tendre amitié et que, dit-elle, ce sentiment semblait partagé, bien qu'aucune parole même ambiguë n'ait été échangée. Sans s'en rendre compte, elle avait,

©BIUM

à voir ce religieux, les impatiences d'une amante et attendait fiévreusement ses lettres de direction.

Le contraste entre ces deux attitudes est tout à fait frappant. La passion pour le confesseur avait précédé de bien des années les relations d'amitié avec le jeune ingénieur. On pourrait objecter que le directeur répondait peut-être trait pour trait à l'idéal que Mlle R. s'était créé et qu'il éclipsait ainsi par avance tous les prétendants futurs. Elle souffrit bien des années de cette rupture. Ces deux sentiments peuvent fort bien coexister chez notre malade ; son salut dépend d'une affection qui s'imposera à nouveau, soit par la conformité à son idéal, dont nous avons plus haut indiqué la genèse, et probablement aussi par une certaine ressemblance avec ce confesseur, qu'elle aima en toute innocence et sans aucune arrière-pensée.

Dans leur complexité, de telles observations ne doivent pas être exceptionnelles. Bien des points rapprochent nos cas des boudeurs, des syndromes de compensation décrits par les auteurs précités ; mais, comme nous le disions plus haut, si nos malades ont manqué à la fois de compréhension et d'affection familiale, ceux d'Heuyer et de Mignard n'ont manqué que d'être compris; ils étaient trop différents de leur entourage pour lui être accessibles, en dépit de tous ses efforts. Nos malades diffèrent également de certains schizoïdes légers, avec lesquels ils possèdent certains points de contact. Les schizoïdes de cet ordre sont en général beaucoup plus égocentristes, ont beaucoup moins de tendresse à prodiguer autour d'eux, ils sont plus capables de recevoir sans donner d'eux-mêmes. Ils sont souvent plus intellectualistes dans leurs besoins et dans leur comportement. C'est ainsi que la jeune schizoïde de compensation que nous avions présentée à la Société de Psychologie, avouait fort bien que son altruisme était tout intellectuel et dérivait d'une morale essentiellement esthétique. En somme, les ressemblances entre ces syndromes de compensation s'expliquent par les points communs de leur étiologie, leurs divergences, par les circonstances différentes que nous avons essayé de faire ressortir.

©BIUM

DE LA SUGGESTION (1)

Par O.-L. FOREL

Nyon (Suisse)

L'histoire et l'évolution des idées depuis *Braid* (1843) et *Liébeault* (1866) à nos jours, ne sauraient être traitées ici ; nos livres classiques en précisent tous les points.

Par contre, un rapide aperçu des *méthodes* et des points de vue utilisés me paraît utile, car ils jouent en psychopathologie le même rôle que dans les autres branches de la médecine.

Une PREMIÈRE MÉTHODE étudie tous les phénomènes se rapportant à la *vie quotidienne ;* les manifestations *subjectives* de la suggestion, tout ce que l'introspection peut atteindre et décrire, sans souci d'explication ni de compréhension, sans parti pris théorique ni idée finaliste. Cette méthode comprend également la réunion des faits dits objectifs, recueillis par *induction,* toutes les observations sur le rôle de la suggestion dans la vie collective, politique, sociale, religieuse, dans l'art et... dans les sciences.

Une SECONDE MÉTHODE s'inspire des données de la *pathopsychologie* et de la *clinique psychiatrique.* Elle étudie les états exceptionnels de la suggestibilité, les états somnambules, les degrés de suggestibilité dans les diverses formes de névroses (Thymopathies) et de psychoses proprement dites. Les enseignements que nous pouvons retirer de cette étude complètent ceux de la psychologie normale.

Ainsi, dans la seconde édition de son récent livre sur « L'affectivité, la suggestibilité et la paranoïa »,

(1) Rapport présenté à la 70e réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, à Zurich, le 27 novembre 1926.

©BIUM

Bleuler établit l'indépendance relative de la sphère affective dans certaines psychoses organiques. Il rapproche ces faits de ceux que présentent les psychoses maniaco-dépressives dans lesquelles les troubles intellectuels ne sont que la conséquence du déséquilibre affectif primaire. Ces troubles affectifs, à l'encontre des thymopathies, ne sont donc pas des réactions à des actions extérieures, psychogènes. L'alcoolique chronique peut atteindre un stade avancé de démence et conserver une affectivité intacte ou exaltée, présentant de l' « incontinence affective ». *Bleuler* nous fait remarquer que les schizophrènes dont l'affectivité est profondément troublée, restent parfaitement sensibles à la suggestion qu'exerce le « spiritus loci ». La suggestion larvée que nous appliquons dans nos asiles et nos cliniques par l'exemple, le travail, n'est-elle pas notre principal levier thérapeutique ?

La suggestibilité ne va donc pas nécessairement de pair avec les modifications pathologiques de la sphère affective; la suggestibilité est bien une qualité de la sphère affective, mais seulement *une* des nombreuses qualités; le degré de suggestibilité peut varier dans des limites considérables sans modifier nécessairement la sphère affective. Cela nous amène à dire que les deux concepts: affectivité et suggestibilité ne sont en aucune façon superposables.

L'affectivité existe avant le réveil de la sphère intellectuelle, elle existe chez les idiots, les microcéphales, les mongoloïdes; elle existe et subsiste dans les cas les plus graves de psychoses organiques; la suggestibilité ne la suit pas, elle a ses lois propres. Nous verrons plus loin jusqu'à quel point la suggestibilité reste tributaire d'autres fonctions mentales.

Une TROISIÈME MÉTHODE se réclame de l'*expérimentation*. Là aussi, nous sommes en présence d'une foule de faits qui ont trop souvent été contrôlés pour pouvoir être mis en doute. Ces données sont de deux ordres: les *expériences physiologiques* ou plutôt psycho-physiologiques, car nulle part mieux qu'ici l'interaction cérébro-somatique n'apparaît avec autant

©BIUM

d'évidence; ce seront les modifications motrices, vaso-motrices, sécrétoires, les troubles de la sensibilité, de la cénesthésie, de l'équilibre..., j'arrête là une énumération trop connue. *L'expérimentation psychologique* proprement dite nous révèlera des modifications de la perception, des illusions, des hallucinations immédiates et rétro-actives; elle réalisera l'amnésie (plus exactement, l'anecphorie), l'hypermnésie; elle modifiera le jugement, les manifestations de la sphère affective et volitive, l'orientation dans le lieu et dans le temps, bref, elle dérègle, fausse et modifie à sa guise la plupart des fonctions psychiques. Ne nous étonnons pas de la méfiance mêlée de crainte que le public et tant de médecins témoignent à l'égard d'une expérimentation diabolique et mystérieuse aux yeux des non-initiés.

Un QUATRIÈME GROUPE DE FAITS nous est donné par les *applications thérapeutiques* de la suggestion. Les cures sensationnelles, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, ont invariablement confirmé la curabilité, partielle ou totale, temporaire ou définitive de tous les troubles psychologiques proprement dits: « Whatever hysteria can cause suggestion can cure » (*Myers*).

⁂

Arrêtons là cette énumération rapide pour examiner une méthode d'investigation plus importante qui s'assure le concours de la *biologie*, de *l'onto et de la phylogenèse*, et qui demande même à la *psychologie comparée* les faits relatifs à la suggestion.

Tout d'abord, retenons le fait que le nouveau-né manifeste des réactions affectives, en particulier la satisfaction et son contraire (« Lust und Unlust »), avant toute myélinisation et, *a fortiori*, avant toute vie intellectuelle. Quelques mois après, l'enfant possède déjà presque toutes les qualités affectives de l'adulte, à une époque où le nombre de ses idées est encore bien précaire. Notre enfant connaît déjà une bonne part des joies et de la tristesse; il a de la volonté, un

©BIUM

besoin de se faire entendre et valoir; l'enfant présente de l'entêtement, des ruses, des rancunes, de la jalousie, de la vanité et des colères, des câlineries, de l'égoïsme ou un bon cœur, de la cruauté, de la confiance, de la reconnaissance, des sympathies et des antipathies, bref, c'est un petit homme achevé en matière de sentiments (sauf, sans doute, les qualités morales supérieures qu'il acquiert plus tard et qui sont le produit de la vie collective). A ce stade, l'enfant est encore un poupon intellectuel complet. Or, en plus de la crédulité exagérée qui est la conséquence de sa confiance aveugle envers les parents et de son manque d'expérience, le bébé est *très* suggestible; il est sensible aux moindres nuances affectives des personnes ambiantes, il ne comprend pas les mots qu'on lui adresse que déjà il saisit les intentions de la personne, en particulier les sentiments qu'on lui témoigne. Ce fait important est à retenir, car il porte un coup mortel à la théorie tardive de *Bernheim* sur *l'idéodynamisme* par lequel ce savant explique la suggestion. *Bernheim* a attelé la charrue devant les bœufs.

L'affectivité est le berceau de la pensée, le langage muet. L'affectivité précède la pensée dans le développement de l'individu; elle existe dans la lignée animale et plus particulièrement chez les animaux vivant en commun.

⁂

Echothymie : En parlant d'affectivité, nous ne spécifions pas la qualité si remarquable de résonnance qui se produit en nous à l'égard des manifestations émotives perçues. Les auteurs allemands parlent de « affektive Ansprechbarkeit ».

Je vous propose de désigner par « *Echothymie* » (de echo: écho, et thymos: sentiment), la qualité affective si variable d'un sujet à l'autre et qui rend possible une ecphorie des sentiments analogues. L'*échothymie* n'est donc qu'une qualité de la sphère affective, qualité qui peut manquer, être exagérée ou réduite sans que nous ayons de ce fait une absence, une exagération ou une diminution de la sphère affec-

©BIUM

tive. Un sujet pourra ainsi présenter de l'hyper-, de l'hypo- ou de l'*anéchothymie*, générale ou partielle, selon les degrés de résonnance de sa sphère affective à l'égard des diverses manifestations affectives perçues. Les notions de suggestibilité et d'échothymie restent ainsi nettement séparées; un sujet normalement échothyme peut être très suggestible ou quasi réfractaire. Entre le fait de sentir une manifestation affective et le fait d'y répondre par une réaction identique, il ne peut y avoir confusion. Ainsi, les manifestations affectives du bébé provoquent en nous une résonnance (*échothymie*) très nuancée sans que leur action suggestive soit bien prononcée; elle le sera moins encore en présence d'un enfant idiot; dans les deux cas, il y a cependant échothymie manifeste, la suggestion est réduite à peu de chose. D'ailleurs, dans la suggestion proprement dite, le suggestionné met également l'échothymie du suggestionneur à contribution (« rapport »); ce dernier ajoute sa suggestion à la résonnance affective du suggestionné.

Le « rapport affectif » est tributaire, il est une conséquence de l'*échothymie* qui ne préjuge en rien de l'attitude positive, négative ou indifférente à l'égard de la suggestion. L'exemple le mieux placé pour illustrer ma pensée nous est donné par l'action de la musique. La résonnance musicale ne saurait être assimilée sans autre à l'affectivité ou à la suggestion. L'échothymie musicale *pourra* ecphorer des idées ou modifier notre humeur; mais le fait même de la résonnance est une qualité très précise qui mérite une place dans la collection de nos concepts sur l'affectivité. L'échothymie à l'égard de la musique peut manquer (amusie). L'échothymie dans le domaine moral sera rudimentaire dans une foule de cas morbides (débilités morales). Deux êtres qui s'abordent pour la première fois entrent instantanément en « rapport affectif »; il se crée une atmosphère que les mystiques attribueront à un fluide; ce contact affectif sera teinté de sympathie, de méfiance, d'aversion, peu importe, car l'*échothymie ne désigne que le fait nu de la résonnance affective.*

©BIUM

⁂

Affectivité et Suggestibilité

Définitions. Analogies et différences. Les éléments, les variations. Crédulité et croyance. Imitation, confiance, identification.

La suggestibilité étant une des nombreuses qualités de la sphère affective, nous désignerons donc par suggestion tout ce qui met cette suggestibilité à contribution. La suggestion est un acte qui se traduit en psychologie par un changement d'état; la suggestibilité est une qualité du psychisme normal. En adoptant la thèse de *M. Pierre Janet* pour lequel la suggestion est un phénomène de croyance, en disant avec *M. Straus* que la suggestion est le fait de l'acceptation ou de la répudiation du suggestionneur et de ses motifs, de ses intentions, nous n'embrassons pas entièrement le problème. Toutes les formules proposées pour définir la suggestion sont incomplètes ou simplistes. Le relativisme et l'interdépendance des phénomènes psychologiques excluent les formules schématiques. Nous ne pouvons que décrire l'agencement variable des divers éléments psychiques en nous rappelant que ces dits éléments sont des artifices, des abstractions arbitraires.

Ainsi, nous dirons que, dans la suggestion, il y a une prévalence affective momentanée au détriment des soi-disants éléments intellectuels; cette prévalence affective est réceptive; dans la suggestion le psychisme réduit ses ecphories (c'est-à-dire les éléments indispensables au jugement personnel) et cède le pas aux engrammes qui l'envahissent plus que de coutume. La suggestion est donc un phénomène relatif, variable, lié à la constellation psychique du moment.

Nous n'accepterons plus la formule qui définit la suggestion par la seule restriction du champ de la conscience de soi (« Einengung des Bewusstseins »), car la suggestion peut atteindre n'importe quel élément psychique, aussi bien la conscience de soi que

©BIUM

l'imagination, les représentations mentales, la volition, le jugement. Cette restriction peut prendre la forme d'une simple inhibition de l'une ou de plusieurs des qualités de la sphère affective, ou bien, elle pourra prendre l'aspect de quelque chose de surajouté, d'imposé au détriment d'éléments psychiques autochtones. Que la restriction psychique émane du sujet lui-même ou d'une autre personnalité, qu'elle se combine à des ecphories, à l'imagination, qu'elle suscite des volitions, peu importe, car ce ne sont là que des différences de forme. Que le sujet fasse acte d'acceptation ou de répudiation, que la suggestion se traduise par des manifestations motrices, sécrétoires ou purement psychologiques, il n'y a là toujours que des variantes infinies dans l'application *d'un phénomène uniforme.*

Au moment où, dans la vie courante, je rencontre une personne, le « rapport » m'impose instantanément des restrictions mondaines, des égards de déférence, de politesse, d'amitié, que sais-je. Aussi longtemps que ces restrictions proviennent d'habitudes sociales, de mon éducation, je subis une suggestion restrictive quasi-indépendante de la qualité de la personne rencontrée (en fait, il y aura des différences fort intéressantes suivant le sexe, l'âge, l'acceptation ou la répudiation que décrit E. *Straus*). Aussitôt que le rapport conventionnel est brisé, l'action suggestive augmente de part et d'autre et son intensité, son aspect vont dépendre d'une foule de conditions spéciales dont l'énumération n'est ici d'aucun intérêt. Nous retiendrons seulement que la suggestion est inhérente à *toute relation* entre le moi et l'ambiance, qu'elle est par conséquent propre à la vie psychique normale. Cette conception nous fait soupçonner que la suggestibilité, sous sa forme si développée chez l'homme est, au point de vue biologique, à la fois un dérivé et une condition de la vie collective, de l'interdépendance et l'interaction des êtres humains.

⁂

Une qualité propre à toute substance organique est

©BIUM

d'être excitable. *Cette propriété générale prend, dans le domaine psychique, l'aspect de ce que nous nommons l'affectivité.* La sphère affective est *révélée* par l'action de la vie en général, de la vie collective en particulier, sur la mnème individuelle qui est, elle-même, née de la mnème héréditaire. Plus la fonction collective se développe, plus nous verrons certaines qualités prendre de l'ampleur. Or, les qualités affectives révélées par la vie collective sont précisément celles qui favorisent la suggestibilité. Ainsi, les suggestions familiales et scolaires, celles de la mode, de la vie sociale et mondaine s'adressent plus spécialement à la partie de l'affectivité qui est révélée par la vie collective. Cette partie de l'affectivité peut être mal développée chez un homme qui ne sera pas pour cela un malade ni un déséquilibré. Ce sujet pourra même être sensible, riche en lui-même, créateur ; il pourra être plein de vie, mais de vie personnelle. Ce n'est pas l'autisme de la schizophrénie, c'est une faible proportion des sentiments collectifs. Cette catégorie d'individus sera moins suggestible.

Nous dirons donc que la suggestibilité, outre la disposition héréditaire, est fonction du degré de développement des sentiments plus particulièrement propres à la vie collective. Cette conception nous explique en partie les différences individuelles si marquées.

Pour bien réaliser que la suggestibilité n'est que l'une des qualités de la sphère affective normale, il est utile de mentionner d'autres éléments rapprochés, mais non identiques. Ainsi, la *crédulité* ou *créditivité*, la tendance à *l'imitation*, à *l'identification*, la *confiance*, *l'obéissance*, *la soumission* ; toutes ces qualités peuvent sans doute favoriser la suggestibilité d'un sujet ou s'y ajouter, mais elles s'en distinguent nettement. Leur parenté leur vient de ce que toutes ces qualités relèvent plus spécialement de la vie collective. Aussi ne puis-je accepter la formule de *Bleuler* adoptée par *Serog* et d'autres, formule qui dit textuellement que la suggestibilité et l'affectivité sont inséparables, qu'elles ne sont que deux aspects d'une seule et même chose.

©BIUM

L'affectivité et la suggestibilité ne sont pas superposables ; le concept « sphère affective » désigne *l'ensemble* des qualités affectives d'un sujet ; la suggestibilité n'est *qu'une* qualité. L'affectivité peut subir des désordres graves sans entraîner nécessairement une modification de la suggestibilité ; inversement, il y a des circonstances dans lesquelles nous sommes très suggestibles sans que notre sphère affective ait changé. Dire que la suggestibilité est une des qualités de la sphère affective normale, signifie dépendance et non identité des phénomènes.

Nous avons précisé les liens qui rattachent la suggestion et la suggestibilité à la sphère affective. *Que, chez l'homme, les sentiments soient associés à des engrammes dits intellectuels, ne change rien à la question;* que le sentiment de la peur naisse sans objet ou que nous prenions peur de quelque chose, que cette peur naisse en nous ou qu'elle nous soit suggérée par autrui, il s'agit toujours du même sentiment subissant des fluctuations *thymogènes* ou *psychogènes*. Ceci en opposition avec les modifications dites *endogènes* telles que nous les observons, entre autres, dans la mélancolie, la manie et, probablement aussi, à un très faible degré, chez l'homme normal. Nous distinguons ainsi l'euphorie de l'hypomaniaque, celle du paralytique général, celle due à l'alcool des modifications affectives thymogènes.

En résumé : est qualifiée de *thymogène* toute modification affective engendrée par un sentiment (avec ou sans participation intellectuelle proprement dite). Les fluctuations affectives *endogènes* sont d'origine somatique (psychoses organiques, troubles des glandes endocriniennes). Les causes *exogènes* seront les stupéfiants, les narcotiques, le climat, etc. Ce bref schéma nous invite à son tour à considérer séparément la sphère affective et la suggestibilité.

⁂

SUGGESTIONS COLLECTIVES : La suggestion au sens le plus large du mot constitue le ciment de toute collec-

©BIUM

tivité. Elle est à la base des relations entre le sujet et l'ambiance. Lorsque l'ambiance se présente sous la forme d'une collectivité, d'une foule anonyme, la suggestion atteint parfois un degré de restriction psychique tel que l'individu s'en trouve noyé, subjugué par la masse : « Senatores boni viri, senatus enim mala bestia. » Mais le phénomène en changeant d'intensité, d'aspect, reste malgré tout le même. Solo, duo, quatuor, orchestre, le nombre et la qualité des instruments varie, mais c'est toujours de la musique.

La suggestion collective la plus primitive et la plus puissante se passe de paroles, d'idées; songeons à la panique des troupeaux et des armées ; rappelons-nous la vague d'enthousiasme délirant qui marqua le début de la guerre mondiale. Tout cela prouve que l'affectivité en général et la suggestibilité en particulier conditionnent la vie des relations. Supprimons par la pensée l'affectivité et la suggestibilité individuelle et collective d'une armée; elle ressemblera davantage à une forêt de sapins qu'à une foule humaine. Observons un groupe de catatoniques en stupeur; ils *ressemblent* à la dite forêt de sapins; ils mènent, c'est le cas de le dire, une « vie végétative ».

L'analyse des phénomènes de la suggestion collective n'apporte aucun fait nouveau ; le principe psychologique est le même.

⁂

SUGGESTION, HYPNOSE, SOMMEIL : Depuis les travaux de nos classiques, il est partout admis que le sommeil hypnotique est un sommeil provoqué par suggestion verbale. Pourquoi l'hypnose occupe-t-elle une place à part et si importante dans le domaine de la suggestion ? Cela tient uniquement au fait que l'hypnose, au lieu de s'adresser seulement aux fonctions psychophysiologiques, s'adresse à l'organe dont une des fonctions est justement le *sommeil ;* l'hypnose s'attaque au fonctionnement de tout le psychisme particulier du sommeil et non plus seulement à l'état de veille et à ses projections somatiques.

Nous ne pouvons que hâter ou reculer la date des

©BIUM

règles, celle d'un accouchement; nous pouvons diminuer ou exalter le péristaltisme intestinal, les sécrétions gastriques; nous ne pouvons que calmer ou exciter la sensibilité cutanée. Bref, il ne s'agit, dans tous ces cas, que d'un réglage par la suggestion, d'un *réglage dynamique de l'intervention corticale.* Dans les suggestions psychologiques proprement dites, en particulier dans l'hypnose, les faits se présentent sous un autre aspect: il ne s'agit plus seulement de dormir ou de ne pas dormir, de somnoler ou de ronfler profondément ; il s'agit du fait que, par l'*intermédiaire* du sommeil, nous pouvons intervenir dans *toutes les fonctions psychiques.* La suggestion provoque le sommeil spécial appelé hypnose, et le sommeil provoqué rend *possibles* les phénomènes exceptionnels du somnambulisme.

La restriction psychique du sommeil hypnotique se manifeste par la persistance du « *rapport* » entre le suggestionneur et le suggestionné. Lorsque ce « rapport » cesse (ce qui nous arrive parfois dans la pratique), l'hypnotisé dort du sommeil du juste. Il m'est arrivé plus d'une fois, par inattention, de perdre le « rapport » avec des malades hypnotisés; je les ai réveillés par la suite comme on réveille toute personne endormie, mais j'avoue ne jamais avoir songé à expérimenter le procédé inverse. Il serait pourtant intéressant de rechercher le « rapport » avec un enfant endormi, souffrant, par ex., d'énurèse nocturne, pour le suggestionner. Peut-être devons-nous chercher dans cette voie l'explication du somnambulisme *spontané;* il s'agirait alors d'une reprise d'un *rapport partiel* avec la réalité.

Un certain « rapport » pendant le sommeil subsiste dans maintes circonstances de la vie. Ainsi, la mère qui dort à côté de son enfant malade se réveille en sursaut au moindre bruit ou mouvement insolite, alors que le fracas de l'orage ou le retour du mari ne troublent pas son sommeil. Les soldats en faction, les chasseurs, les gens qui ont décidé de se réveiller au coup de telle heure de la nuit, réalisent des situations analogues dont le principe réside dans la persistance, pendant le som-

©BIUM

meil, d'un « rapport » très partiel, réduit à un seul complexus affectif.

Si nous voulons appliquer le terme proposé, nous dirons: *l'échothymie* subsiste à l'égard d'un complexus affectif donné. Ces exemples de la vie quotidienne enlèvent au somnambulisme provoqué son aspect extraordinaire; ils me paraissent mettre fin à une discussion toujours renouvelée de la part de ceux qui voient dans l'hypnose un phénomène tout à fait différent de la suggestion. Le phénomène reste partout le même; c'est l'objet auquel il s'applique qui varie. Si nous suggérons dans le domaine moteur, sécrétoire ou sensitif, la suggestion est, en quelque sorte, limitée par l'objet; elle ne peut que porter sur une augmentation ou une diminution des dites fonctions. Mais lorsque la suggestion s'empare du sommeil, elle s'empare de tout cet état psychique particulier. L'état de veille est au sommeil ce que la suggestion est au somnambulisme.

Le somnambulisme n'apparaît que chez une minorité d'individus particulièrement suggestibles. Je ne vous résume même pas les expériences si souvent répétées et confirmées, car elles sont trop connues. Leur importance psychologique et psycho-physiologique est cependant considérable, car elles nous indiquent les limites de l'empire du grand cerveau sur les fonctions dites physiologiques et sur les fonctions psychologiques proprement dites. Je renvoie ceux qui veulent s'orienter sur ce sujet à l'ouvrage classique *d'Auguste Forel* qui complète et continue les recherches des *Bernheim* et des *Liébeault*. Je me borne à fixer ici le point théorique important, à savoir que *l'hypnose n'est que l'une des nombreuses applications de la suggestion*. Si le phénomène particulier du sommeil provoqué n'existait pas, la théorie de la suggestion ne s'en trouverait ni réduite ni modifiée. Entre la suggestion de la vie quotidienne et la suggestion qui provoque le somnambulisme, il n'y a aucune différence de principe. Entre le fait de s'endormir spontanément et celui d'être endormi, il n'y a que l'écart entre « j'ai sommeil et tu as sommeil ». Qu'il faille des conditions spéciales pour réaliser l'hypnose, cela va sans dire ; il faut que le sujet

©BIUM

soit généralement ou dans ce moment suggestible ; il faut, de part et d'autre, de l'échothymie, il faut le « rapport affectif » ; le suggestionneur doit connaître sa technique et être sûr du succès.

La différence entre la suggestion dans le sommeil provoqué et la suggestion à l'état de veille ne provient donc pas d'une différence dans le phénomène de la suggestion ; *elle provient de la différence inhérente aux deux états psychiques :* à l'état de veille et au sommeil spontané. Dans les deux cas, c'est le « rapport » qui rend la suggestion possible. Est-il besoin d'insister sur le fait évident que le sommeil qui est un état de dissociation, de *parecphorie* avec diminution de l'aperception, est un terrain plus favorable à l'action suggestive? Nos sens, en fonctionnant tous à l'état de veille, absorbent par leur activité une part de la restriction psychique qui s'ajoute, au contraire, dans le rapport dit hypnotique.

Résumons : Au point de vue thérapeutique, l'hypnose n'est que l'une des applications, mais l'application la plus puissante de la suggestion. Au point de vue psychologique, l'hypnose n'est pas seulement un sommeil provoqué et le « rapport » si caractéristique dans l'hypnose existe également dans la suggestion à l'état de veille. Le nœud de la question, c'est la psychologie particulière du sommeil.

⁂

SUGGESTION ET AUTO-SUGGESTION : La discussion qui s'est élevée ces dernières années autour de ces deux conceptions joue sur des mots. Mais comme les mots ont, de même que les hommes, leur destinée, leur gloire, leur action suggestive, l' « auto-suggestion » a fait fortune. Elle a servi de prétexte au sympathique et naïf pharmacien de Nancy et à son émule de Genève pour exercer leurs suggestions. Que ces deux messieurs aient cherché à nous faire croire que l'auto-suggestion renferme un principe nouveau ou meilleur que les enseignements classiques, nous ne saurions leur en vouloir ; nous devons même leur être reconnaissants d'avoir donné une impulsion nouvelle à des problèmes et à une

©BIUM

thérapeutique que, par notre faute, nous avions trop abandonnés. Nous étions un peu saturés, désabusés par la vogue formidable que connut l'ère de la suggestion médicale à la fin du siècle passé. *Breuer* et *Freud*, par leurs recherches captivantes et fécondes malgré toutes les exagérations subséquentes de *Freud* et de ses élèves, détournèrent notre attention de la suggestion pour la fixer sur la psychanalyse. Par un juste retour des choses, la psychanalyse paie aujourd'hui son ingratitude à l'égard de la suggestion des *Liébeault* et des *Bernheim* qui l'a pourtant engendrée, qui lui a ouvert les portes en battant une brèche dans l'ancienne psychiatrie *intra muros*, trop exclusivement anatomo-clinique.

Le pharmacien de Nancy était un fin psychologue. Il a su tirer profit de la remarque qu'à Lourdes et ailleurs, il n'y a pas de suggestionneur sanctionné par la faculté ; il a également remarqué qu'il répugne à beaucoup de malades d'avoir à subir la présence et les interrogatoires du médecin. Et comme *Coué* n'était pas médecin, il a appliqué les tendances modernes de l'économie commerciale qui cherchent à supprimer les intermédiaires. Son coup de maître a été de ne pas se substituer au médecin, *du moins en apparence*, et d'encourager la confiance ébranlée des malades en leur disant qu'ils ont en eux tout ce qu'il faut pour guérir.

Bernheim déjà avait dit : « Il n'y a pas d'hypnotiseurs, il n'y a que des hypnotisés ». *Coué* a modifié cela en disant : « Il n'y a pas d'hynotiseurs, il n'y a pas d'hypnotisés, il n'y a que des imaginatifs ». Et il a modestement ajouté : « La guérison est en vous, je n'y puis rien. » Mieux que cela, notre fin connaisseur de la psychologie humaine a flatté le désir bien naturel de tous nos malades qui aiment par-dessus tout qu'on s'occupe plus spécialement de *leur* cas. Chaque thymopathe a l'idée que son cas est particulièrement digne d'intérêt et il souhaite que le médecin se consacre à lui seul, si possible le jour et la nuit. « Eh bien, leur disait Coué, rentrez chez vous, je penserai à vous ce soir ; faites de même, nous serons en communion d'idées et vous guérirez. » Ce fin détail ne vient-il pas de Lourdes aussi ? La foi est un soutien de tous les

©BIUM

instants et la communion divine supprime la solitude insupportable à tant de thymopathes en rupture d'équilibre psychologique. *Coué* a trouvé l'œuf de Colomb et nous devons humblement accepter la bonne leçon de psychologie appliquée qu'il nous a donnée. Le « mea culpa » que je vous propose ne m'empêche pas de constater que tout, rigoureusement tout ce que Coué a obtenu est bien dû à ses suggestions sur la valeur de la soi-disant auto-suggestion et que tout ce que cet apôtre a dit de sensé se trouve dans les écrits de nos maîtres. Je n'abuserai pas de votre temps en vous citant nos classiques et me bornerai à déplorer le fait indéniable que *nous* n'avons pas su récolter ce qui a été semé par leurs soins.

Baudoin, dont l'esprit critique n'hésite pas à citer un certain *Artault* qui décrit un cas de soi-disant télégonie où un enfant aurait présenté à la naissance un ongle en griffe de lion ressemblant à une phalangette d'un ami (!) de la pauvre mère, phalangette écrasée par un accident, *Baudoin,* dis-je, veut qu'on utilise la suggestion dans le seul but d'éduquer l'auto-suggestion. En effet, pour exercer la mémoire d'un enfant, il faut travailler son auto-mémoire ! M. de la Palisse n'aurait pas mieux dit. Je m'empresse toutefois d'ajouter que Baudoin a, à la suite de nos classiques, reconnu que : « toute suggestion est une auto-suggestion ». Ce que je ne comprend pas, c'est l'utilité du tapage fait autour de problèmes qui n'existent pas. Il est vrai qu'il est des gens qui simulent un désaccord pour avoir voix au chapitre.

Dans le langage courant et dans la pratique médicale, les thérapeutes ont admis et admettront encore la distinction entre auto- et hétéro-suggestion. Nous la conservons lorsque nous nous adressons aux profanes, un peu comme le chirurgien lorsqu'il parle de « lésions internes » pour se dispenser de faire une leçon d'anatomie.

Au point de vue scientifique, il n'existe qu'un seul phénomène psychologique que désigne le mot de suggestion, comme il n'existe qu'une qualité affective désignée par le mot de suggestibilité.

©BIUM

Pour se soustraire aux suggestions néfastes qui nous viennent des vieilles traditions philosophiques d'un dualisme suranné, il faut réaliser la portée du fait que *tout* notre psychisme est révélé par notre ambiance, exactement comme notre physiologie est fonction du monde physique. Sans ambiance, pas de vie, car l'*hérédité* n'est qu'une *disposition* qui demande à être révélée par l'interaction entre le moi et l'ambiance.

Dès lors, les antithèses telles que subjectif-objectif, hétéro-auto-suggestion prennent un tout autre sens et leur distinction n'est plus un obstacle à l'hypothèse scientifique fondamentale de l'identité *bio-physio-psychologique*. Le nouveau-né continue dans des conditions modifiées sa vie de relations bio-physiologiques intra-utérines; à mesure que les gaines de myéline permettent au système nerveux *central* de fonctionner, les relations bio-psychologiques s'établissent. Le monde extérieur animé, aussi bien que l'ambiance inanimée vont *conditionner* la vie psychique naissante. Il n'y a pas de relation causale dans le sens que nous donnons généralement à l'idée de causalité; mais il y a action et réaction, interdépendance absolue, c'est-à-dire obligatoire, sans laquelle le psychisme est impossible, inimaginable. L'enfant est littéralement assailli par l'ambiance ; la « vie » entre en lui par tous les pores, si l'on peut dire, et son psychisme va être la réaction, la réponse à l'action; réaction infiniment complexe à des actions variées à l'infini.

⁂

CONSIDÉRATIONS FINALES SUR LA SUGGESTION ET SES APPLICATIONS : Entre ceux qui croient tout expliquer par la suggestion et ceux qui vont jusqu'à la nier, il y a une large place pour ceux qui constatent que nos idées, nos jugements, la logique dont nous sommes si fiers, bref, que tout ce qui est qualifié d'intellectuel est en même temps affectif. La participation de l'affectivité est même telle qu'on serait tenté de dire que *la pensée est une réaction affective accompagnée d'ecphories sensorielles que nous qualifions d'idées lorsqu'elles*

©BIUM

ont atteint un certain degré d'abstraction. Par abstraction, j'entends toute synthèse par superposition d'engrammes analogues. Je ne puis plus tirer de lignes de démarcation précises entre les divers éléments psychiques enseignés par l'école classique ; je les conçois comme artifices nécessaires au langage, mais je ne dispose plus les éléments du psychisme côte à côte avec l'idée qu'ils vont jouer une partie d'échecs. Ainsi, séparer et isoler schématiquement les sentiments des sensations, des instincts, de l'intuition, des idées, du jugement, de la conscience, de la volonté, ce n'est plus faire de la psychologie médicale et biologique ; c'est ne pas voir que tous ces éléments sont des artifices tirés d'un ensemble, la *mnème,* où se marient l'hérédité et l'acquis.

Mais revenons à la suggestion verbale. Lorsque, dans nos conversations, nous disons: « je crois », « à mon avis », « il me semble », et plus encore lorsque nous commençons par un « en tout cas », nous essayons instinctivement de détruire par avance au moyen d'une expression suggestive l'opposition, l'idée contraire qui nous guette, celle qui nous paraît la plus juste après celle que nous émettons. Mais je n'insisterai pas sur la valeur suggestive si évidente du langage.

La suggestion verbale étant la plus apparente, nous négligeons volontiers le monde des suggestions inarticulées. Je songe à l'action suggestive de la personnalité, aux gestes, aux intonations, à la mimique, à un *esperanto* que personne n'apprend et que tout le monde applique. Je songe avant tout à la musique, à l'art par excellence des communications émotives extra-verbales. La musique ne suggère jamais directement des idées; ses rythmes réalisent et imposent le dynamisme affectif. La musique ne ment jamais; le rythme musical de l'exécutant traduit les fluctuations dynamiques de l'affectivité par un nuancé et une exactitude que les paroles ignorent. Celui qui *écoute* la musique ecphore des fluctuations analogues selon sa musicalité, son état d'âme momentané et selon sa résonnance affective, son échothymie.

©BIUM

La part qui, dans la suggestion verbale, revient aux idées exprimées est bien modeste comparée au rôle de tous les autres éléments de suggestion qui accompagnent *nolens volens* les relations thérapeutiques entre le médecin et son malade. Toutes les thérapeutiques, y compris celles et souvent justement celles qui se défendent d'utiliser la suggestion, en font à leur insu, un peu comme M. Jourdain faisait de la prose. La suggestion à ciel ouvert comme les potions *ut fiat aliquid videatur*, la persuasion, la psychanalyse, la méthode cathartique, toutes rappellent la parole de Déjerine: « Pour moi, le fondement, la base unique sur laquelle repose la psychothérapie, c'est l'influence bienfaisante d'un être sur un autre ».

L'action du médecin sur le malade, question de méthode mise à part, dépend bien plus du langage interbestial (Neutra) que de l'éloquence la plus académique. Ce langage zoologique, né de l'échothymie, exprime la sympathie réciproque ou son contraire; il constitue le « rapport », c'est-à-dire l'élément décisif de toute psychothérapie. Je puis me représenter un psychothérapeute muet et dépourvu de méthode et je connais, d'autre part, des thérapeutes, très forts en méthode et en syntaxe, auxquels il manque un peu de ce langage zoologique, de cette « *Euthymie* », de ce « rapport » particulier qui est le secret de la psychothérapie.

Avant de franchir le seuil de son cabinet, le malade est orienté par la rumeur publique sur une foule de détails concernant la personne physique et morale, l'état-civil, les particularités et la méthode du médecin. Ainsi, les malades de *Wetterstrand* s'endormaient déjà dans la salle d'attente, voire dans la rue. En venant au médecin, beaucoup de malades viennent de surmonter des obstacles qui s'opposaient à leur guérison ; d'autres viennent au contraire avec la seule intention d'ajouter un nom de plus sur la liste de leurs infortunés guérisseurs... ». Méthode pour méthode, la façon de s'en servir et la foi qu'on leur porte décident de leur valeur. Et plus il y aura de méthodes, plus chacun de nous aura de chances de trouver celle qui

©BIUM

lui convient le mieux. A moins qu'un jour le nombre croissant des méthodes ne vienne nous convaincre qu'elles ne sont, tout compte fait, que des instruments, parfois utiles, parfois embarrassants. Il arrivera alors au psychothérapeute d'imiter le chirurgien qui, dans certaines occasions, jette ses instruments devenus gênants au moment le plus critique. Par contre, la connaissance approfondie des phénomènes de la suggestion est aussi utile au praticien qu'indispensable au psychologue. La suggestion n'est pas seulement une arme puissante entre les mains du médecin qui sait s'en servir, *elle est également la source des guérisons spontanées*. Sachons capter cette source, car elle jaillit en dépit des caprices de la mode, en dépit de nos idées préconçues.

Les méthodes en général et le choix d'une méthode en particulier, dépendent de l'idée qu'on se fait sur l'origine des thymopathies ou névroses. Nous sortirions du sujet en énumérant les théories en présence. Je me bornerai, pour ma part, à considérer la névrose comme une rupture de l'équilibre psychique d'un sujet consécutive à une longue suite de défaites affectives. Ces défaites engendrent des suggestions néfastes qui ne peuvent être guéries que par des suggestions favorables. Que dans un cas il y ait davantage de troubles dans le développement de la vie instinctive, dans un autre cas, un traumatisme *en apparence* unique ou des conflits de famille, il s'agira toujours de réviser le procès perdu par une analyse minitieuse et de renverser les suggestions néfastes, de réconcilier le malade avec la vie et de le réadapter au travail.

Rappelons-nous que la vie individuelle est tributaire d'innombrables suggestions larvées mais tyranniques, les traditions, les mœurs, l'éducation, l'école, que sais-je, qui entravent souvent l'épanouissement individuel, la révélation du moi par l'ambiance. Dans les cas qui s'y prêtent, l'analyse psychologique, la révision du procès perdu, le changement de milieu psychologique combinés à la suggestion à ciel ouvert sera la

©BIUM

méthode directe. Dans les autres cas, nous ferons de la suggestion larvée, consciemment ou non, en l'enrobant dans l'une de nos nombreuses méthodes. Cela ne signifie pas que le médecin doive se borner à l'étude de la suggestion. Loin de moi cette idée; nous devons, au contraire, pousser notre investigation, pénétrer dans les catacombes du psychisme par *tous les moyens* et développer la plus jeune des sciences médicales, la *pathopsychologie*. Nous ne confondrons pas la science et ses applications thérapeutiques.

⁂

MESSIEURS,

Lorsque notre comité a choisi la « suggestion » pour en faire le sujet de la présente session, il s'est souvenu des paroles de M. Janet *prophétisant un retour prochain des médications suggestives, à une époque où l'intérêt à l'égard de la suggestion subissait une éclipse. Je suis particulièrement heureux que M. Janet ait consenti à participer aujourd'hui à cette renaissance des débats scientifiques modernisés sur les problèmes de la suggestion.*

En proposant de traiter ce sujet ici, dans cette ville où trente ans plus tôt des discussions retentissantes eurent lieu, notre comité a sans doute voulu nous placer dans un cadre historique et une atmosphère suggestive.

Et lorsque notre doyen à tous (1), *a quitté sa « Fourmilière » pour venir saluer une dernière fois, nous dit-il, ses anciens collaborateurs, parmi eux son distingué successeur* (2), *la ville de Zurich, l'Université, son « Burghölzli », auxquels il a consacré les meilleures années de sa vie, j'ai réalisé combien le rapport dont vous m'avez chargé pâlirait sous l'éclat d'une suggestion aussi puissante. Je demande à ceux de ma génération la permission d'unir dans une seule parole nos sentiments de reconnaissance qui vont aux deux grands psychiatres de Zurich, à leurs suggestions lumineuses et fécondes.*

---

(1) Auguste Forel.
(2) E. Bleuler.

©BIUM

L'INFLUENCE DE L'INHIBITION SUR LE LANGAGE

Par Mme le Dr Maria ROSSI

Le langage, qui est une des manifestations psychiques les plus élevées, s'accomplit à travers un processus physio-psychique très compliqué et à l'aide de plusieurs éléments déterminants, dont les altérations donnent lieu aux différents troubles du langage.

Les éléments en cause sont :

I. *Eléments psychiques* qui déterminent le contenu du langage. Il s'agit de sensations, perceptions, images, impressions qui, à travers les élaborations psychiques les plus élevées, conduisent à l'assocation des idées, à leur interprétation et à la formation des jugements. Naturellement, comme ces éléments réunissent toutes les activités psychiques de l'individu, dans chaque psychopathie on peut observer des troubles du contenu du langage qui peut être réduit (idiotie, démence, confusions mentales), exagéré (manie, exaltation psychique), déséquilibré (idées délirantes).

II. *Eléments neuro-psychiques* qui conduisent à la formation du *langage intérieur* et qui consistent en éléments sensoriels et moteurs. L'anatomie nerveuse nous a fait connaître l'existence des centres cérébraux du langage (centres de Vernicke et de Broca), leurs rapports avec les zones sensorielles et enfin toutes les voies corticales et extra-corticales d'association qui constituent le terrain à travers lequel s'accomplit le mécanisme du langage. *L'aphasie* et ses différentes formes ont même apporté un grand appui à la théorie des localisations.

III. *Eléments exclusivement neurologiques* qui déterminent le mécanisme périphérique du langage et qui sont en jeu dans la formation et l'expression du *mot*

©BIUM

articulé. Toutes les altérations ou les lésions qui ont lieu le long de ces neurones périphériques moteurs nous donnent les *dysarthries* qui constituent en effet la troisième catégorie de troubles du langage.

Mais le langage étant un acte et un mouvement volontaire, il ne peut s'accomplir que sous le contrôle et l'influence de la *volonté.* C'est de cet élément d'une très haute valeur, dont je veux m'occuper tout particulièrement, en cherchant, à l'aide de quelques cas que j'ai étudiés, à établir l'influence de certains facteurs inhibiteurs.

Il s'agit donc d'établir l'influence de la volonté dans l'expression du langage. Un individu normal, dont l'appareil central et périphérique du langage est en ordre, parle, quand il a des idées, des jugements à exposer, et lorsqu'il juge bon et nécessaire de les extérioriser. Ce contrôle supérieur qui se forme à travers une synthèse rapide et compliquée des différentes activités psychiques s'explique par l'intermédiaire de la volonté qui règle toutes les fonctions psychiques.

1° En conséquence, de la même façon que, dans la vie normale, on peut volontairement parvenir à arrêter l'impulsion à parler, on peut, dans des conditions pathologiques, avoir à faire à des formes de *mutisme volontaire,* le *mutacisme* des Allemands : C'est ce qu'on observe par exemple chez les paranoïdes comme réaction dédaigneuse envers la société ; chez les hallucinés en général (chez les auditifs surtout), à la suite d'une auto ou hétéro-suggestion ; chez certains hystériques qui veulent se faire remarquer, etc... Dans tous ces cas, l'action négative de la volonté est consciente et déterminée par le sujet lui-même : l'individu emploie son pouvoir volitionnel qui fonctionne encore d'une façon normale, et le met au service de certains systèmes d'idées pathologiques. Il s'agit, enfin, d'un mouvement d'arrêt de *l'inhibition* proprement dite, considérée comme réaction et manifestation d'une volonté puissante et active.

2° Dans d'autres cas on peut, au contraire, observer un *affaiblissement de la volonté,* qui ralentit et paralyse l'accomplissement des activités physio-psychi-

©EHM

ques de l'individu et qui s'exerce en même temps sur le langage, qui peut en être profondément troublé et même aboli. Dans ce cas, le sujet ne parle pas, puisqu'il manque en lui la volonté d'action nécessaire pour accomplir cette série d'efforts à travers lesquels le langage se forme et s'extériorise. C'est ce qu'on constate déjà dans certaines conditions physiologiques, telle que la fatigue, et, en pathologie, dans les intoxications, dans certaines maladies mentales : démence sénile, quelques formes de démence précoce (indépendamment du négativisme), dans des cas de paralysie générale ; enfin, dans l'idiotie, etc...

3° Dans une troisième série de cas, il y a à considérer la présence de certains facteurs que je crois pouvoir appeler *inhibiteurs* puisqu'ils agissent dans le sens d'arrêt, quoique cette action s'accomplisse en dehors de la volonté. Nous devons même distinguer ici les différents mécanismes d'action de ces influences et les répercussions qu'elles ont sur le phénomène du langage. On sait que la force et la rapidité avec lesquelles les efforts volitionnels se transforment en action dépendent de la force et du degré des résistances qu'elles ont à vaincre. Une augmentation des résistances (c'est-à-dire un arrêt psycho-moteur) peut s'observer par exemple dans certains états dépressifs de la folie circulaire. Mais, avec des efforts continués, l'arrêt peut être peu à peu vaincu : même une grande émotion peut vaincre les résistances. Dans des cas plus graves, au contraire, la détermination à certaines actions volontaires indépendantes est absolument impossible : les malades ne peuvent dire un seul mot, comme ils ne peuvent pas se nourrir, se lever, etc..., ils ont même parfois conscience de l'énorme poids qui les opprime mais ne peuvent pas s'y soustraire. Nous sommes là déjà dans un état assez proche de la stupeur catatonique ; pourtant le mécanisme d'action n'est pas ici absolument inhibiteur, c'est-à-dire que la détermination au mouvement n'est pas directement arrêtée mais chaque excitation détermine une réaction tout à fait opposée : l'impulsion n'est pas empêchée par des résistances intérieures, mais elle est éteinte par un

©BIUM

contre-ordre. A côté de l'arrêt dont nous avons parlé plus haut, on a ici un *veto* de la volonté, qui n'est pourtant pas consciente et spontanée comme dans l'inhibition simple ; les pouvoirs inhibiteurs sont accentués indépendamment de la volonté consciente et active de l'individu. On ne peut donc pas encore parler d'un phénomène d'inhibition simple puisque cette réaction contraire qui neutralise l'excitation dont elle a la même force et la même valeur est due à l'excitation elle-même ; tandis que les influences inhibitrices existent et se manifestent indépendamment d'une excitation quelconque. Kræpelin parle dans ces cas d'un *entrelacement de la volonté*. D'ailleurs, en ces circonstances, nous avons à considérer une manifestation partielle d'un phénomène plus général, une résistance impulsive à toute influence extérieure de la volonté, c'est-à-dire le *négativisme*. Même les phénomènes négativistes du langage sont assez fréquents chez les catatoniques ; les négativistes sont souvent muets à toute demande et présentent souvent une expression mimique caractéristique, comme un mutisme volontaire (tandis que la volonté en est absolument indépendante). Si on les interroge à ce sujet dans une période de calme, ils déclarent qu'ils ne pouvaient pas se rendre compte de ce qu'ils faisaient, mais qu'ils étaient pour ainsi dire obligés de se comporter de cette façon. Souvent, aussi, on constate chez un même individu, négativisme et manque de volonté ; et parfois ces deux phénomènes se succèdent très fréquemment l'un à l'autre ; il paraît donc que ces deux manifestations ont une racine commune et que dans chacune d'elles on observe une diminution de l'influence régulatrice de la volonté.

A côté du négativisme, on peut observer *l'obstination* qu'on rencontre surtout chez les imbéciles, les épileptiques, les hystériques, les déments précoces, les paralytiques généraux. Avec le perfectionnement de l'individualité psychique indépendante, il y a encore le développement de certaines tendances volitionnelles qui nous délivrent des influences causales. Si, pourtant, ces tendances se raidissent un peu trop, il peut en résulter un *emprisonnement* complet de la volonté, de façon que l'on perd la liberté d'action.

©BIUM

Toutes ces différentes formes peuvent constituer un état intermédiaire entre les troubles qui sont conséquence d'un affaiblissement de la volonté et les troubles déterminés par l'intervention d'influences inhibitrices indépendantes. Avant d'exposer quelques cas cliniques, que je juge assez démonstratifs pour ce qui concerne l'influence du facteur inhibiteur sur le phénomène du langage en particulier, je désire encore une fois m'expliquer sur le sens que je donnerai désormais au terme d'*inhibition*. Je laisse absolument de côté l'inhibition interprétée comme mouvement d'arrêt dû à l'intervention consciente de la volonté, et dont je me suis déjà occupée dans la première série de cas de mutisme dont j'ai parlé, pour ne m'occuper que des influences inhibitrices qui s'exercent indépendamment de toute intervention de la volonté, qui, même, peut avoir un but absolument contraire.

Le cas suivant que j'ai pu étudier assez complètement, étant donné les conditions psychiques élevées du sujet, me semble une exacte documentation clinique de l'existence de ces voies inhibitrices :

M. N..., âgé de 25 ans. Conditions physiologiques normales. Tous les systèmes organiques du sujet sont bien développés, toutes ses fonctions évoluent de façon normale.

A l'examen psychique, auquel le sujet se prête très bien, on observe :

I. *Orientation*, exacte dans le temps et l'espace ; reconnaissance exacte des personnes.

II. *Attention*, normale pour ce qui concerne les impressions sensorielles (attention spontanée) ; le seuil des excitations visuelles, auditives, etc... est au niveau normal. On observe, au contraire, un trouble léger de l'attention volontaire. Le sujet même éprouve une certaine difficulté à fixer son attention sur tous les éléments subjectifs et objectifs à travers lesquels s'accomplissent les élaborations psychiques supérieures. Cette attention qui, parfois, semble se soustraire à tout frein, qui tend à la fixer, agit de telle sorte que quelquefois les excitations d'ordre psychique supérieur semblent frapper dans le vide, et que le sujet ne peut pas s'en servir dans l'accomplissement de ses processus intellectuels.

©BIUM

III. *Perception :* nette et rapide pour ce qui concerne les impressions élémentaires, elle paraît, au contraire, un peu lente et tardive quand il s'agit d'impressions d'ordre supérieur. Le temps nécessaire pour que des sensations visuelles, auditives, etc., se transforment en une évaluation exacte des phénomènes dont elles sont la manifestation, est supérieur à ce qu'on observe d'habitude chez les individus normaux. Le sujet se rend parfaitement compte de cette lenteur que quelquefois il peut parvenir à vaincre avec un effort considérable de la volonté.

IV. *Mémoire.* La faculté de fixation est assez bien développée tout en étant en rapport avec la faiblesse de l'attention et la lenteur de la perception. La faculté de conservation est, au contraire, assez faible. Le sujet conserve peu de souvenirs de son enfance ; il se rappelle avec une difficulté énorme les dates d'événements qui l'intéressent, les noms de pays qu'il a visités, de personnes qu'il connaît, tandis que la mémoire visuelle de la localité et de la personne est conservée bien plus longuement sans qu'elle ne puisse plus être associée à l'image verbale correspondante (mémoire visuelle). Il apprend par cœur avec une très grande difficulté et il oublie tout aussi vite. Il a le pouvoir de fixer dans son esprit d'une façon normale : notions, éléments de jugement, principes déductifs sur lesquels il est capable de soulever des discussions très élevées, mais il oublie tout avec une facilité extrême, et se trouve plus tard dans l'impossibilité de renouveler de telles argumentations.

V. *Pouvoir critique.* Très élevé. Quand le sujet est parvenu à fixer tous les différents éléments de jugement, il est en état d'accomplir des élaborations psychiques d'ordre supérieur. Fatigabilité assez rapide.

VI. *Volonté.* Les efforts de volition sont, en général, chez notre sujet d'une force considérable et, quand ils entrent en fonction, ils peuvent très bien régler et dominer toutes les activités psychiques. Mais ces efforts sont peu fréquents et souvent l'individu se laisse aller, sans activer les excitations ni faire fonctionner son activité volitionnelle, de telle sorte qu'il se trouve dans un état d'aboulie dont il se rend d'ailleurs parfaitement compte. Ses pouvoirs inhibiteurs conscients peuvent normalement s'appliquer à toutes les fonctions psychiques.

VII. *Affectivité* extérieure normale ; l'affectivité profonde est très intense. Sensibilité affective considérable : elle est comme une corde tendue que chaque excitation, même très faible, fait vibrer. Emotionnabilité et émotivité normales.

©BIUM

VIII. *Langage.* Le langage provoqué est normal : l'individu répond aux questions avec exactitude et concision, en montrant l'intégrité complète de ses pouvoirs psychiques. Le langage spontané, au contraire, a toujours été quelque peu réduit ; quoique, à cause de son riche langage intellectuel, le sujet se trouve en condition de bien pouvoir en développer les éléments, sa loquacité est très limitée. A une observation superficielle on croit, quelquefois, avoir à faire à un timide ou à une personne qui n'est pas très bien placée dans son milieu ; à la suite d'un examen plus complet et en s'appuyant aussi sur la bonne auto-critique du sujet, on peut éliminer d'un côté l'insuffisance psychique, et d'un autre côté la timidité. En effet, le sujet conserve un comportement taciturne soit dans le milieu familial, soit quand il se trouve parmi des personnes avec qui il est en rapports très intimes, ou parmi d'autres qui lui sont inférieures quant au niveau intellectuel, social, etc... Le sujet constate, souvent, quand il veut parler, un *frein* intérieur qui l'en empêche, une sorte « d'agrafe » qui neutralise en lui toutes les excitations du langage. Il s'agit d'un vrai *phénomène d'inhibition spontanée et irréductible ;* spontanée puisque la volonté n'y entre pour rien, irréductible, puisque même par le contrôle actif et constant de ses pouvoirs psychiques, le sujet ne peut parvenir à la dominer ou à la régler ; et il doit s'y soumettre tout en souffrant de ses conséquences.

L'examen psychique que je viens d'exposer me permet de pouvoir étudier les phénomènes anormaux du langage que mon sujet présente en éliminant la série des manifestations pathologiques que l'on pourrait invoquer afin d'expliquer les dits phénomènes.

Nous avons à faire à un sujet qui présente une diminution du langage spontané, diminution qui, tout en lui permettant de s'adapter à la vie sociale, en limite un peu l'activité et lui tourmente l'esprit. Or, dans ce cas, nous n'avons nullement à nous occuper de troubles d'ordre neuro-psychique ou neurologique ; quant aux facteurs psychiques, qui jouent un rôle si important dans le mécanisme du langage, ils ne peuvent pas non plus être mis en cause dans le cas qui nous occupe. En effet, nous n'avons aucunement à faire à un psychopathe avec troubles du langage. Les quelques éléments de légère anomalie psychique que j'ai pu découvrir, grâce à une analyse très attentive, et qui peuvent se

©BIUM

résumer en légère faiblesse de l'attention, lenteur de la perception, faiblesse de la mémoire, fatigabilité, ralentissement de l'activité volontaire, ont, en effet, une influence très limitée sur ses activités intellectuelles et sociales : on peut même les faire rentrer dans le cadre d'une légère asthénie nerveuse, qui, sans occuper le terrain de la pathologie mentale, se rencontre assez souvent chez des individus psychiquement normaux. Il me semble possible d'exclure aussi une schizophrénie initiale qui pourrait quelque peu expliquer le ralentissement du langage. En effet, notre sujet, tout en étant un peu renfermé dans sa personnalité intime, qu'il n'aime pas dévoiler ni développer, n'a pourtant aucune tendance à ce dédoublement psychique qui est la base de tout phénomène schizoïde.

Il en résulte que, dans le cas que nous étudions, et qui, étant donné l'intégrité psychique du sujet, est d'autant plus intéressant puisqu'il nous permet de suivre et développer un peu le mécanisme du langage, les troubles qui le conditionnent sont la conséquence d'un trouble de la *volonté :* seulement il ne s'agit pas d'un ralentissement ou d'un trouble des pouvoirs volontaires proprement dits ; en effet, l'impulsion à parler paraît normale, le sujet voudrait même souvent extérioriser son monde idéatif, mais, tout en ayant ses pouvoirs neuro-psychiques en ordre, il en est empêché par une force indépendante de sa volonté consciente. Il s'agit, par conséquent, d'une force inhibitrice qui est supérieure en intensité à toutes les excitations de la volonté qui déterminent et règlent le phénomène du langage et qui parvient à l'en empêcher.

J'ai fait plus haut mention de la timidité et des raisons suivant lesquelles elle me paraît devoir ne pas rentrer dans notre cas ; or, à vrai dire, je crois que, tout en ayant à faire à un sujet timide, cette timidité n'a aucune influence dans le trouble du langage. Il faut, pourtant, s'expliquer ici sur le phénomène de la timidité. Il ne s'agit, en réalité, que d'une force inhibitrice de nature purement psychique, émotive, qui influence la réalisation de différentes activités physio-psychiques de certains individus. Nous devons donc

©BIUM

seulement établir si cette action inhibitrice est constante, c'est-à-dire tout à fait liée à la personnalité psychique de l'individu et s'exerçant, par conséquent, dans toutes les circonstances de la vie, indépendamment des facteurs extérieurs, ou si, au contraire, tout en étant déterminée par une constitution psychique préformée, elle n'est pourtant due d'une façon fondamentale qu'à des causes extérieures déterminantes. Si l'on renferme le phénomène timidité dans cette dernière formule, on peut entièrement en exclure l'influence dans notre cas particulier. En effet, ici, l'influence du langage s'exerce indépendamment de toute cause émotionnelle ou intimidante. Si, au contraire, nous donnons à la timidité sa signification la plus étendue, nous pouvons parvenir à l'identifier avec l'inhibition pure, ou, ce qui revient au même, reconnaître que les timides sont des individus doués de pouvoirs inhibiteurs très prononcés. Seulement, dans ce dernier cas, on peut se demander quelle influence directe ou indirecte la conscience peut exercer sur la timidité et l'inhibition en général. La timidité étant un état émotionnel, elle peut être influencée par le contrôle des centres psychiques supérieurs, qui peuvent, parfois, la dominer et en limiter les manifestations : un timide parvient, en effet, par un effort de volonté à vaincre son état émotionnel. Mais peut-on obtenir le même résultat dans l'inhibition pure ? Celle-ci étant phénomène spontané se soustrait à tout contrôle supérieur et s'exerce indépendamment de la volonté et des autres pouvoirs psychiques.

En me rapportant au cas que je suis en train d'étudier, j'ai pu, en effet, constater que la volonté est impuissante contre l'action inhibitrice. En effet, ce même sujet qui, dans certaines circonstances de la vie, sait développer une force de volonté considérable, en d'autres circonstances, tout à fait simples, tout en s'étant imposé d'extérioriser une certaine idée qui, comme le langage intérieur, est déjà formée, ne parvient pourtant pas à vaincre son mutisme. S'agit-il d'une sorte de lutte entre deux forces qui s'exercent dans deux sens différents, ou peut-on penser à deux

©BIUM

forces distinctes qui se déchargent sans pouvoir se rejoindre et se combiner ?

La question de l'inhibition du langage rentre dans le cadre de l'inhibition en général, dont l'anatomie et la physiologie nerveuse ne nous ont pas encore donné de preuves éclatantes et des explications complètes. En effet, le mécanisme de l'inhibition est encore très obscur et nous restons dans la plus complète incertitude en ce qui concerne le siège des centres et des voies inhibitrices. Les différents physiologistes qui se sont occupés, même dernièrement, de la question ont là-dessus des idées bien différentes : *Morat* considère l'inhibition comme l'arrêt d'un mouvement qui tend à se produire, arrêt déterminé par une activité qui est en conflit avec celle qui commande ce mouvement, *Bard* donne à l'inhibition un rôle tout à fait actif ; il admet dans tout mouvement l'existence de deux actions de sens contraire : il y a, selon lui, une *activité de signe positif* (jusqu'à présent bien connue et étudiée) et une *activité de signe négatif* (inhibition-arrêt, et qui est mal connue) ; leur rôle physiologique serait complémentaire, leur entrée en action alternante, leur repos simultané entraînerait l'équilibre. Les fibres centrifuges porteraient aux muscles aussi bien l'excitation qui commande l'activité de signe positif que celle du signe négatif ; ce qui varie serait le signe de la charge nerveuse qui se transmet des centres à la périphérie par les fibres nerveuses. Il s'accorde pourtant avec *Rodet* qui nie l'existence des centres d'arrêt mais croit que chaque centre nerveux a, à côté de sa fonction, comme fonction supplémentaire, le pouvoir d'influencer les autres centres dans le sens de l'inhibition. Bard nie aussi l'existence dans la vie végétative et dans celle de relation de centres excitateurs et de centres inhibiteurs, mais il parle seulement de centres psychomoteurs antagonistes exerçant tour à tour sur l'appareil musculaire qu'ils contrôlent la fonction excitatrice ou inhibitrice suivant la phase du cycle qui est en jeu : l'intervention de la volonté n'exercerait pas, par conséquent, son action sur un seul centre mais sur les deux centres homologues à la fois, de façon à provoquer

©BIUM

entre les deux la différence de potentiel nerveux qui donne à chacun une charge de signe contraire, suivant que l'une ou l'autre valeur a la prévalence, on a la décharge musculaire ou l'arrêt inhibiteur. Par cette voie, il parvient à distinguer dans le champ des phénomènes d'inhibition ceux qui sont le résultat d'une irritation spéciale et qui reposent sur des activités négatives et ceux qui représentent réellement des états de repos, d'abstention des appareils et des centres qui en sont les sièges. A ces derniers seulement, il voudrait réserver la qualification de phénomènes d'inhibition, tandis qu'aux premiers il attribue la dénomination de kinésies négatives.

Je crois que dans l'état présent de nos connaissances on ne peut pas encore avoir sur ce point d'orientations scientifiques exactes. En examinant les différentes théories anatomiques, physiologiques et pathologiques et tâchant de les adapter à certaines constatations cliniques, concernant plus particulièrement l'inhibition du langage, je suis personnellement arrivée à croire qu'il existe, à côté des voies motrices centrifuges à travers lesquelles l'excitation centrale se décharge à la périphérie (sous forme de mouvement musculaire, etc.), des voies inhibitrices centrifuges, elles aussi, qui règleraient l'intensité de la réaction périphérique ; que, pour chaque fonction nerveuse, il existe, à côté des centres et des voies excitateurs, des centres et des voies inhibiteurs ; que ces derniers sont indépendants du contrôle de la volonté qui ne peut exercer sur eux aucune action modératrice ; que, dans le cas particulier du langage, les voies inhibitrices qui le règlent, partant d'un centre situé dans la zone cérébrale du langage à côté des neurones centraux auxquels cette fonction est dévolue, vont se décharger sur les neurones périphériques correspondants.

Revenant à la discussion sur les liens et les rapports entre la timidité et l'inhibition, je crois pouvoir en conclure que puisque la timidité peut être dominée par l'éducation et par un effort actif du sujet, elle ne peut pas s'identifier avec l'inhibition qui est, au contraire, une impulsion impérieuse et irréductible. En étudiant

©BIUM

plus profondément le phénomène timidité, on pourrait plutôt y voir quelques analogies avec le négativisme ; en effet, le timide, comme le négativiste, répond à une excitation par une action contraire ; poussé à accomplir une action, il s'y soustrait ; interrogé, il se tait ; tout en ayant des impulsions intérieures, il n'ose les extérioriser et même il les combat en lui. La différence fondamentale entre les deux consiste en ce que, tandis que le négativiste se comporte d'une telle façon par une force indépendante de sa volonté consciente à laquelle il ne peut se soustraire, le timide fabrique lui-même sa réaction contraire, qui est presque la défense de son esprit trop faible. Il me paraît, dans ces conditions, que l'on puisse considérer la timidité, le négativisme, l'inhibition, comme trois phénomènes ayant des éléments communs, ou, à mieux dire, comme trois phases différentes d'un même phénomène.

Un autre cas clinique où sont en jeu les deux phénomènes timidité et inhibition, et où je crois reconnaître un autre appui à ma théorie de l'inhibition du langage est le suivant :

M. D..., enfant de 10 ans. Elle est née à terme. Elle a toujours été très délicate physiquement. Elle a commencé à dire ses premiers mots à 18 mois ; sa loquacité a toujours été très réduite. La marche a commencé à une époque normale. Elle a eu quelques maladies infectieuses de l'enfance et la coqueluche. Sa mère nie qu'elle ait eu des convulsions. Hérédité nerveuse et spécifique négatives. Elle a toujours été très tranquille ; très peu causante, elle se tenait pendant des heures dans un coin, sans rien faire ni rien demander : si la mère ne s'était pas occupée d'elle, la fillette eût passé toute une journée sans manger ni manifester aucun besoin physique.

Elle a été placée à l'école à l'âge de 6 ans, mais n'y est restée que très peu de temps, étant donnée sa loquacité si limitée et le peu de profit qu'elle pouvait tirer de l'enseignement. Les parents ont préféré la garder pendant quelques années à la campagne afin de permettre à son organisme de bien se développer. En effet, son physique s'est bien trouvé de ce traitement et s'est un peu modifié, quoique l'enfant conserve encore une constitution délicate et typiquement infantile. Quant à ses conditions psychiques et à son

©BIUM

comportement habituel, la mère raconte que l'enfant a un caractère très bon, qu'elle est douce, affectueuse, très tranquille, jusqu'à l'exagération. Elle a de temps en temps des crises nerveuses avec quelques tremblements, des troubles vaso-moteurs, etc..., qui surgissent surtout quand on l'oblige à faire quelque chose qu'elle n'aime pas, ou quand elle voit certaines personnes qui la troublent (on n'est jamais parvenu à savoir la cause de ce trouble) ; enfin quand on lui fait quelques reproches un peu vifs, elle se révèle très impressionnable et émotive.

En résumé, ses conditions psychiques paraissent les suivantes :

I. *Orientation* exacte dans le temps et l'espace, naturellement en rapport avec son âge et avec la vie qu'elle a menée jusqu'à présent. Reconnaissance exacte des personnes.

II. *Attention* spontanée un peu difficile à provoquer ; il faut des excitations et des impressions un peu fortes pour l'intéresser. Elle est, en outre, très instable et d'une fatigabilité considérable. L'attention volontaire est très faible ; l'enfant est incapable de se fixer longtemps sur un travail quelconque, elle en est distraite aussitôt et apparaît ensuite comme absente.

III. *Perception* plutôt lente, instable ; le pouvoir de fixation est un peu limité, mais on doit tenir compte du trouble de l'attention qui s'exerce sur les autres facultés psychiques.

IV. La *mémoire* est naturellement en rapport avec la faiblesse du pouvoir de perception, de fixation, d'attention ; tout de même elle est assez bonne soit pour les souvenirs récents, soit pour les souvenirs lointains ; il est nécessaire seulement d'une impulsion spontanée à leur évocation ; par exemple aujourd'hui elle se rappelle un événement lointain ; demain, si on lui demande la même chose, elle répondra : « Je ne me rappelle pas. »

V. Le *pouvoir critique* est exactement proportionné à son âge, à son éducation, à son milieu familial. Elle est en état d'associer les différentes images ou représentations, mais il lui manque souvent la force volitionnelle pour le faire. Fatigabilité considérable : quand elle a accompli un travail un peu difficile et qu'elle est parvenue à concentrer là-dessus un peu de ses facultés mentales, elle est épuisée par cet effort et, pendant quelque temps, ne peut plus faire ou dire quoi que ce soit.

©BIUM

VI. *Volonté.* Très faible. On observe chez ce petit sujet une absence presque absolue de l'activité volontaire, dont l'intensité, si elle se manifeste, est très faible. L'enfant ne fait presque rien spontanément, elle n'a de goût pour rien, n'a pas la force d'opposer sa volonté à celle d'autrui. Si on l'oblige à faire un travail quelconque, on le lui fait accomplir contre son gré. Elle s'en désintéresse, mais n'aura pas le courage de s'y soustraire. Pourtant, si quelque chose qu'elle juge avoir bien fait lui semble mal jugé par les autres, elle cherche néanmoins à faire valoir ses raisons.

VII. *Affectivité* familiale très bonne. Emotionnabilité très grande ; émotivité de même.

VIII. Le *langage* est un peu difficile à provoquer. On a beaucoup de peine à obtenir d'elle des réponses. Il faut, surtout, qu'elle ait une grande confiance dans les personnes qui l'environnent et qui l'interrogent pour qu'on puisse avoir avec elle une petite conversation. Le langage spontané est encore plus réduit ; même dans son milieu familial restreint, elle parle peu, bien qu'elle possède assez complètement son petit monde idéatif. Elle subit d'une façon exagérée l'influence des personnes qui l'approchent ; elle ne parle que très difficilement aux personnes qu'elle voit pour la première fois. Elle n'aime pas tout le monde. Sa mère nous dit qu'elle préfère des sociétés et des personnes « un peu recherchées ». Si, tandis qu'elle est en train de parler ou d'étudier, quelqu'un entre dans sa chambre, elle interrompt immédiatement ce qu'elle dit ou fait, et on ne peut plus rien obtenir d'elle. L'enfant même se rend compte que, parfois, elle voudrait dire quelque chose mais elle n'y parvient pas (elle ne sait pas ce qui l'en empêche).

Pour conclure, nous observons une réduction complète du langage, soit provoqué, soit spontané, qui se manifeste dans toutes les circonstances de la vie de cette petite fille, mais qui paraît être considérablement influencée par des états émotionnels.

Si nous cherchons à examiner les différents symptômes psychiques présentés par le sujet que nous avons étudié, nous constatons qu'il s'agit d'une fillette socialement inférieure, bien qu'on ne puisse reconnaître de véritables et profondes tares de la personnalité psychique.

Les pouvoirs psycho-sensoriels sont peut-être un

©BIUM

peu ralentis et affaiblis, mais leur mécanisme est parfaitement en ordre. Si nous excluons les troubles du langage, ce qui paraît en dominer le cadre, ce sont les insuffisances de l'attention et de la volonté. Nous connaissons les rapports qui existent entre ces deux sphères psychiques et l'influence considérable qu'elles exercent sur le mécanisme de l'intelligence. Tout de même, si nous cherchons parmi les différentes formes pathologiques celles qui peuvent se rapprocher du cadre que nous venons de fixer, nous devons les rejeter les unes après les autres.

La première possibilité qui se présente à notre esprit, c'est qu'il s'agit d'un cas d'idiotie, ou, du moins, de débilité mentale ; mais l'examen de l'enfant ne nous permet pas d'arriver à une telle conclusion. En effet, cette fillette n'a nullement les caractères psychiques d'une vraie débile ; même si on a quelquefois l'impression d'avoir à faire à une personnalité psychique limitée, on parvient peu à peu à découvrir l'intégrité de son fonds mental. Tout au plus pouvons-nous découvrir chez notre sujet quelques petits signes de débilité qui, associés à sa faiblesse physique, la rendent un être frêle, incertain, timide. Je crois pouvoir exclure de la même façon la possibilité d'une démence précoce que l'on pourrait aussi soupçonner. En effet, tandis que la démence précoce, phénomène involutif, est, en général, à caractère progressif, notre malade a présenté le syndrome que nous venons de décrire dès le commencement de son évolution psychique, et chez elle on a pu constater quelques éléments d'amélioration ; les pouvoirs psychiques les plus élevés sont assez en ordre, sa sphère affective est normale et ses pouvoirs d'association fonctionnent normalement aussi Ajoutons que les troubles de l'attention sont sensiblement différents de ceux que l'on observe dans la démence précoce. Dans cette dernière, le plus souvent, existe une oppression pathologique de l'attention, une espèce d'arrêt qui correspond aux manifestations du négativisme dans les autres domaines de la volonté. Notre perplexité pourrait plutôt être réveillée par les troubles de la volonté qui sembleraient être mis en

©BIUM

relation avec une démence précoce initiale. Tout de même nous savons qu'on ne peut pas proprement parler dans notre cas de cette déformation spéciale de la volonté, le « négativisme », qu'on rencontre très fréquemment dans la démence précoce. Ajoutons encore que l'on ne trouve pas d'autres symptômes physio-psychiques qui puissent nous conduire à un diagnostic d'hébéphrénie ou de catatonie, déjà extrêmement douteux, étant donné l'âge et les précédents de notre sujet. Nous manquons aussi d'éléments qui puissent nous aider à soutenir un diagnostic de dégénérescence mentale. On n'a pu, en effet, retrouver aucun élément héréditaire ou familial ni de signes dégénératifs évidents ; il semble qu'on puisse exclure aussi tout doute de spécificité. Enfin, l'examen clinique ne nous révèle aucune anomalie psychique dégénérative.

En concluant, il me semble que l'on pourrait considérer l'enfant comme étant une petite *débile* avec prédominance d'éléments émotionnels qui exerceraient leur influence sur le développement et la direction de sa personnalité psychique. Tout en tenant particulièrement compte de ses troubles du langage, j'ai pu établir chez elle trois états psychiques avec des manifestations semblables (absence d'activité), mais dont la pathogénie est absolument différente et où j'ai cherché à reconnaître l'influence des facteurs émotionnels sur le terrain constitutionnellement un peu faible de l'enfant :

1) L'enfant ne parle ni ne s'occupe, elle est dans un état d'activité négative spontanée ; l'intervention de l'action persuasive et incitatrice de la mère ou d'autres personnes de son entourage parvient à vaincre son inertie et à provoquer chez elle une certaine activité. Il s'agit, ici, d'un simple *déficit de la volonté.*

2) L'enfant se trouve dans un état d'activité physio-psychique verbale spontanée ou provoquée ; la présence d'une personne inconnue ou étrangère arrête immédiatement son activité ; il y a ici intervention du facteur émotionnel qui exerce une action inhibitrice considérable. Si, tout de même, la personne parvient à entrer dans son intimité, cette action inhibitrice s'en

©BIUM

trouve très atténuée. Il s'agit, en l'espèce, d'un simple phénomène de *timidité*, qui peut être vaincue par un effort.

3) L'enfant se trouve dans un état de mutisme qu'elle ne parvient pas à vaincre, tout en le voulant. Elle voudrait parler mais ne le peut pas toujours. Dans ce cas, il n'existe aucun facteur émotionnel d'origine extérieure ; il s'agit, par conséquent, d'un phénomène *d'inhibition* purement intérieur, absolument indépendant de la volonté et s'exerçant sur l'appareil du langage.

Nous sommes donc arrivés, une fois de plus, à la même constatation que pour notre premier cas.

Il existe, en dehors de la volonté consciente et sans aucune intervention de causes émotionnelles, une influence inhibitrice qui parvient à limiter et à empêcher l'explication de la fonction du langage. Cette influence inhibitrice paraît être en rapport avec un ralentissement de l'activité volontaire et s'observe chez des sujets intimidables. Il en ressort en conséquence : 1° que, bien qu'il existe une indépendance complète entre la volonté consciente et le phénomène d'inhibition, ce dernier est d'autant plus intense que la première est plus faible ; 2° que la timidité et l'inhibition sont deux phénomènes qui ont, sans doute, des points de contact puisque la timidité est le premier degré de l'inhibition et que les timides sont des individus à pouvoirs inhibiteurs spontanés très intenses et en même temps à volition plutôt faible. Cette dernière affirmation, qui, au premier abord, peut paraître absurde, s'explique dès que l'on se rend bien compte de ce que nous entendons signifier sous le terme de : pouvoir inhibiteur spontané.

Je me suis limitée dans mon travail à étudier les phénomènes inhibiteurs s'exerçant sur l'appareil du langage ; je suis donc arrivée à de telles considérations en suivant exclusivement les phénomènes qui se rapportent à ce système.

Naturellement, n'ayant étudié que deux cas, mes affirmations ne peuvent avoir que la valeur d'une simple hypothèse. Pourtant, je crois qu'il peut s'en

©BIUM

déduire quelques indications qui, dûment complétées, pourront projeter quelque lumière sur un facteur jusqu'à présent un peu négligé du mécanisme du langage. Et, peut-être, ce facteur pourra-t-il quelques fois expliquer certaines formes de mutisme qui ne peuvent l'être par des troubles organiques et psychiques et qui, jusqu'à présent, ont été comprises parmi les manifestations fonctionnelles.

Après avoir cherché à démontrer avec un matériel purement clinique l'existence de voies inhibitrices du langage, absolument indépendantes de l'inhibition consciente et volontaire, il faudrait établir sur le terrain anatomique le siège de ces voies et, enfin, les différentes causes qui peuvent agir sur elles.

Pour résoudre la première question il faudrait avoir recours à la physiologie et à l'anatomie pathologique, dont je ne me suis pas occupée, et qui, d'ailleurs, sont encore extrêmement incertaines en ce qui concerne les voies d'inhibition motrice générale, mais qui, pourtant, je crois, pourront nous donner dans ce sens des explications intéressantes. Quant à mon opinion, suivant laquelle ces voies siègeraient dans la zone cérébrale du langage, à côté des neurones à qui est dévolue la fonction même du langage, elle n'a, jusqu'à présent, qu'une valeur tout à fait théorique, déductive et inductive, dépourvue de tout fondement scientifique.

Quant au deuxième problème, je crois pouvoir admettre :

1) que, comme sur tout autre système de neurones, toutes les excitations de nature exogène ou endogène toxi-infectieuses ou émotionnelles peuvent agir sur les voies inhibitrices, de façon à provoquer une réaction intense du mécanisme inhibiteur ; — que si, au contraire, ces mêmes causes déterminantes agissent en paralysant, nous aurons le phénomène contraire ;

2) qu'il existe des individus qui possèdent des voies inhibitrices particulièrement sensibles et chez lesquels des excitations, même très limitées, provoquent une réaction des plus intenses.

©BIUM

NOTE AU SUJET DU LANGAGE INTÉRIEUR ET DE SES HALLUCINATIONS

Par le Dr LEYRITZ

Dans un article récent (1), nous avons esquissé une description des modalités normales et hallucinatoires du langage intérieur.

Nous avons adopté, en suivant Froment (2), le terme d'hallucinations du langage intérieur. Mais, contre les affirmations de Froment, soutenant que le langage intérieur ne présente pas les caractères constitutifs d'un phénomène sonore, c'est-à-dire un timbre, une hauteur, des inflexions, nous nous élevions en soutenant l'inverse : que le langage intérieur possède un timbre, une hauteur et des inflexions (ne seraient-ce que celles de son début et de sa fin). Ces caractères du langage intérieur, à vrai dire, permettent au sujet de reconnaître des voix connues, la sienne propre en particulier, qui lui sert le plus souvent à se formuler à lui-même ses pensées.

L'un de nos malades, sur les stéréotypies hallucinatoires duquel nous reviendrons ultérieurement, nous en offre journellement des exemples de confirmation. Il s'agit d'un délirant chronique au stade des idées de grandeur. Il se dépeint fort exactement par la lettre

(1) J. LEYRITZ. — Sur un cas d'hallucinose. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1923.

(2) FROMENT. — Hallucinations et dissociation du langage intérieur. *Congrès de Bruxelles*, août 1924. Rapport de Neurologie, p. 33.

©BIUM

suivante qu'il adresse à son père ; et c'est pourquoi nous la citons entièrement, quoique deux phrases seules aujourd'hui attirent particulièrement notre attention :

« CHER PERE,

« Un lâche secrétaire anglo-prussien de Paris me « refuse absolument tout ce que je demande, pour « m'obliger à écrire des réclamations. Depuis deux « jours, ce scélérat réactionnaire refuse de me prêter « l'un — n'importe lequel — des trente livres que je « lui ai désignés et qui sont dans la bibliothèque de « l'Asile. Il ne plaît pas à ce goujat criminel que je « lise. Maintes et maintes fois, il a voulu m'imposer « des livres que j'avais déjà lus et a refusé de me « donner ceux que je demandais. Il fait plus : il « empêche les libraires auxquels j'écris de m'envoyer « les livres que je lui demande.

« Il est probable que c'est également ce scélérat « qui vous a empêché de m'envoyer le livre de Saint-« Cloud, la carte de l'almanach postal du Puy-de-« Dôme et les différents livres que je vous ai demandé « dans mes précédentes lettres. C'est d'ailleurs un « coquin qui pousse le cynisme au suprême degré. Il « a le toupet de faire lire à ma mère, ou à la voix de « ma mère, l'envoi du colis que j'attends *depuis près* « *d'un an* avec les cinq cents francs demandés. Les « valets de l'hypocrite George V prétendent même que « cette lecture est une plaisanterie de votre part, et « qu'il y a longtemps que vous auriez envoyé le colis « et les cinq cents francs si vous les aviez.

« A propos de l'empêchement mis à l'envoi de ce « colis, j'ai écrit au Directeur de l'Asile le 15 février « courant, une lettre dont sont extraites les lignes « suivantes :

« Vous me permettrez, Monsieur le Directeur, de « vous faire ermarquer que Leurs Majestés George V « et Guillaume 2 sont, ainsi que leurs médecins, exces-« sivement féroces envers un captif français qui est

©BIUM

« neutre et ne joue pas. Leur férocité ressemble, à s'y « méprendre, à la férocité du gouvernement anglais « qui, entre 1821 et 1825, refusa de remettre à « Mme Lœtitia Ramolino, le cadavre de l'Empereur « Napoléon Ier, son fils, mort à Sainte-Hélène.

« Comme malgré l'Autorisation des trois médecins « Petit, Ordowsky et Leyritz, je n'ai pu recevoir les « 500 francs et le colis attendu, il peut se faire que le « secrétaire s'entête dans son refus ; mais mon devoir « me commande d'insister et de revenir encore une « fois à la charge. Je vous prie donc de faire une nou- « velle tentative qui, je l'espère, aboutira.

« Au besoin vous pourriez faire 2 colis au lieu de « tout envoyer dans le même paquet.

« Merci d'avance et le bonjour à tout le monde.

« Je n'ai pas besoin de vous dire, car vous le savez « depuis longtemps, que je souffre beaucoup et que « j'ai l'air d'un vieillard de quatre-vingt-dix ans. Tou- « tefois mon courage moral se maintient et j'espère « que l'heure de la justice finira par arriver. Encore « une fois adieu et merci.

« Y.

« *P.-S.* — Au moment où j'écris la présente lettre, « je m'aperçois qu'on m'a volé un petit morceau de « crayon, et j'entends, dans mon cerveau, une voix « qui est celle, dit-on, de Mme Mary née Chassaigne, « femme de l'ancien notaire anglais de Thiers. Cette « voix parle du vol du crayon et de Mme Ramolino.

« Prière de m'excuser au sujet du peu de soin avec « lequel la lettre a été faite.

« Faute d'argent et de timbres j'envoie la lettre « sans l'affranchir. »

Nous relèverons dans cette lettre les deux phrases suivantes :

« Il a le toupet de faire lire à ma mère, ou à la voix « de ma mère... »

et dans le post-scriptum :

« J'entends dans mon cerveau une voix qui est celle,

©BIUM

« dit-on, de Mme Mary, née Chassaigne, femme de « l'ancien notaire anglais de Thiers. »

La manière dont s'exprime le malade nous paraît ne laisser aucun doute sur le fait que ces hallucinations psychiques, ou pseudo-hallucinations, ou hallucinations du langage intérieur (Froment), possèdent un timbre, un ton, des inflexions, caractères des phénomènes sonores, qui lui permettent de reconnaître des voix connues.

La première de ces phrases est tout particulièrement intéressante :

« ...de faire lire à ma mère, ou à la voix de ma « mère... »,

par quoi le malade semble exprimer que si toutefois ce n'est pas sa mère elle-même qui lit, du moins est-ce exactement le son de la voix de sa mère, son timbre, ses intonations, ses inflexions. Autrement dit il s'agit d'un phénomène sonore précis dont le malade a la mémoire, qu'il reconnaît grâce à ses caractères sonores spécifiques.

Nous ne voyons pas, du reste nous l'avons déjà dit ailleurs comment il pourrait en être autrement et comment un cerveau, normal ou pathologique, pourrait construire une voix dont il ne possède pas déjà dans sa mémoire les éléments sonores.

Dans tous les phénomènes où le langage intérieur apparaît, dans la pensée formulée intérieurement, dans l'écriture, il en est ainsi. Dans l'écriture il est des plus nets : le sujet qui écrit formule en général sa pensée dans un langage intérieur qui a les caractères sonores de sa voix propre. Dans la recherche des termes exacts à employer, il lui arrive même, normalement, de les formuler à mi-voix.

Mais il s'agit d'un phénomène banal et habituel qui passe souvent inaperçu, et, à beaucoup, ne paraît même pas remarquable. Tel n'est pas notre avis et le langage intérieur nous apparaît comme un phénomène

©BIUM

sonore, premier degré d'extériorisation d'une pensée qui cherche à exprimer un état « senti » sans son intermédiaire.

Ce phénomène constitue bien en effet un premier degré d'extériorisation puisque la pensée intime, qui n'est autre qu'une intuition de ce qu'exprimera la formule exacte de pensée (intuition du sens de la formule et non de la formule elle-même) peut se passer de lui, à condition toutefois de rester dans l'imprécision du sentiment (intellectuel), du « senti » sans formule.

Nous avons d'autre part (1) déjà distingué une forme dialoguée de langage intérieur normal, où ce langage intérieur prend, par intervalles, le timbre de la voix d'une personne étrangère.

Il semble dès lors légitime qu'un malade, n'identifiant pas l'origine subjective du phénomène, mais reconnaissant pour étrangère cette voix qui n'a pas les caractères sonores de la sienne propre, conclue à l'intrusion effective de cette personne.

Ce fait vient encore, selon nous, confirmer nos deux assertions :

1° que le langage intérieur a les caractères d'un phénomène sonore ;

2° qu'il constitue un premier degré d'extériorisation de la pensée sans image, intuitive.

---

(1) H. DELACROIX. — La Pensée et les Images, in *Traité de Psychologie*, de Dumas. Tome II, p. 126, 14e ligne.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 AVRIL 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président

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

La correspondance comprend une lettre de M. Henri Colin, secrétaire général, qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Rapport de candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, lors de la dernière séance de la Société, vous avez désigné une commission composée de MM. Arnaud, Semelaigne, René Charpentier rapporteur, pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Un seul candidat, le Dr François Calmels, se présente à vos suffrages.

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, devant laquelle il soutint le 4 mai 1898 sa thèse inaugurale sur le traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence, le Dr Calmels est bien connu de vous tous. Conseiller Municipal de Paris et Conseiller Général de la Seine, il a toujours réservé le meilleur de sa grande activité aux œuvres d'assistance et plus particulièrement à l'assistance des psychopathes. Membre des plus écoutés de la 5e Commission du Conseil Municipal de Paris et de la 3e Commission du Conseil Général de la Seine, le Dr Calmels a collaboré et continue à collaborer à toutes les mises au point que nécessite l'évolution des idées en matière d'assistance psychiatrique. Il est rapporteur du budget de l'asile de

©BIUM

Vaucluse et membre de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine. Il est également membre et rapporteur du budget du Conseil de Surveillance de l'Assistance publique.

Depuis 1921, il suit régulièrement les sessions annuelles du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française auxquelles il apporte sous forme d'intéressantes communications, sa collaboration scientifique personnelle, en même temps qu'il y vient représenter officiellement le Conseil Général de la Seine.

Il n'est possible d'énumérer ici ni toutes les fonctions si dignement remplies, ni les résultats obtenus, ni les services rendus à la science psychiatrique, en général, et au traitement des malades, en particulier. Ne sont-ils pas d'ailleurs présents à votre mémoire ? En notre Société trouvent leur place marquée toutes les formes de l'activité psychiatrique, que cette activité s'exerce en Sorbonne ou à la Faculté de Médecine, à l'Hôpital ou à l'Asile, qu'elle s'applique aux malades traités dans des Maisons de Santé ou à ces malades dont l'état et le traitement sont compatibles avec leurs occupations sociales. En accueillant une fois de plus dans son sein un de ces administrateurs à l'esprit largement ouvert au progrès scientifique et sans lesquels resteraient lettre morte les meilleurs des projets étudiés ici, la Société médico-psychologique ne fait pas que leur rendre un hommage mérité. Elle ajoute à tant d'autres qu'elle possède une force nouvelle dont la collaboration lui sera toujours précieuse.

N'est-ce pas ici le lieu de faire remarquer combien il est heureux que trouvent place dans les assemblées élues et dans les Administrations publiques des hommes dont l'esprit fut formé par la discipline des études médicales. Ainsi se trouve assurée plus étroitement encore la liaison entre ces assemblées et nos sociétés scientifiques. Souhaitons que, pour le plus grand bien de tous, les mesures sociales portent la marque toujours plus nette des acquisitions et des expériences des sciences médicales.

Parmi les communications scientifiques faites par le

©BIUM

Dr Calmels sur des sujets neuro-psychiatriques, laissez-moi vous rappeler, outre ses nombreux rapports administratifs, les communications qu'il fit au Congrès de Luxembourg (1921) et au Congrès de Quimper (1922) sur l'*organisation et le fonctionnement des services « ouverts »*, et tout récemment encore, au Congrès de Genève-Lausanne (1925), sur *le travail par petits ateliers des malades internés dans la 3e section de l'asile de Villejuif*.

Le Dr Calmels est officier de la Légion d'honneur.

Messieurs, c'est d'un avis unanime que votre Commission vous propose de nommer le Dr Calmels membre titulaire de la Société Médico-Psychologique. En prenant place parmi nous, il y trouvera le souvenir fidèlement gardé du Dr Paul Brousse, que vous aviez nommé dans la séance du 26 novembre 1906, et auquel il succèdera à quelques années d'intervalle.

A la suite de ce rapport, M. le Dr Calmels est élu membre titulaire de la Société Médico-Psychologique par 18 voix sur 22 votants.

A propos des applications de la méthode psychanalytique à la clinique psychiatrique courante

par M. HESNARD

Quelques-uns de mes collègues m'ayant exprimé le désir d'être tenus au courant des résultats que nous avons obtenus ces dernières années, mes collaborateurs et moi-même, dans nos recherches de contrôle des techniques psychologiques nouvelles inspirées de *Freud* (1), je vous soumets aujourd'hui quelques-unes de mes conclusions à ce sujet.

---

(1) Une publication périodique, *L'Evolution psychiatrique*, a déjà publié quelques documents intéressants, en deux tomes (Payot). Une société psychanalytique française vient de se fonder à Paris, dont l'organe officiel est la *Revue française de Psychanalyse* (Doin) rédigée pour la partie scientifique par *Hesnard*, *Laforgue* et *de Saussure* et pour la partie littéraire, Mme *Marie Bonaparte* (Numéro I sous presse).

©BIUM

Les débats du Congrès de Besançon avaient abouti, en 1923, à des conclusions indécises. Moi-même je me rendais compte de l'ambiguïté critiquable de mon attitude touchant le sujet de mon rapport : Tout en devinant le puissant intérêt des conceptions freudiennes (par intuition psychologique naturelle plutôt que par suite d'une vérification pratique et vraiment scientifique), j'étais choqué de cet esprit de système, de ce schématisme et de ces originalités terminologiques qui apparaissent, dans la doctrine psychanalytique, à tous ceux qui l'abordent pour la première fois.

J'ai subi de 1923 à 1926 une évolution très manifeste dans mes opinions sur la Psychanalyse, depuis que, mis en relations par le bienveillant et perspicace intermédiaire du Prof. *H. Claude* avec des praticiens de la méthode — à Paris mon collaborateur actuel *Laforgue*, à Genève le Dr *R. de Saussure* et quelques autres —, j'ai eu l'occasion de pratiquer moi-même à fond la méthode. Et ce que l'on a appelé avec quelque exagération ma « conversion au Freudisme » n'est que la reconnaissance pure et simple des résultats que j'ai obtenus, tant dans le domaine de la connaissance psychologique des états névropathiques et psychopathiques que dans celui — beaucoup plus restreint, car que de mécanismes instinctifs et sexuels apparaissent à l'observateur à l'origine des symptômes sans que celui-ci puisse agir sur eux ! — de la thérapeutique.

On entend encore parler à l'heure actuelle des « erreurs et des dangers du Freudisme » (1). — Et cela est naturel, très peu de confrères ayant eu l'occasion de fonder leur opinion sur la pratique psychanalytique (qui ne s'apprend pas au grand jour comme les autres techniques médicales) et les principes de la Psychanalyse, mal compris, choquant au prime abord tout

(1) Voy. l'article récent de notre Maître et ami *Cruchet* (*Presse Médicale*, 26 février 1927), critique des conceptions premières — et démodées — de *Freud* sur le rôle des traumas, de la masturbation infantile, etc., et le livre de *Bodin* (Contre Freud. — Masson) qui n'a pas la moindre idée de ce qu'est une cure psychanalytique pratique et rejette toute science basée sur l'Inconscient parce que l'Inconscient est une notion qui choque son idéal philosophique de la Conscience, pure et libre !

©BIUM

observateur, quel qu'il soit. Mais on parle moins de l'influence considérable qu'il commence à exercer — de façon presque anonyme et comme à l'insu des influencés — sur les chercheurs contemporains.

Je me bornerai ici à dire quelques mots de ses applications à deux sortes d'états morbides : en premier lieu à ceux dans l'analyse desquels elle est essentiellement indiquée, à savoir les *Phobies et Obsessions*, et, en second lieu, à une affection toute d'actualité et qui doit faire le sujet du prochain Congrès des aliénistes : *le syndrome d'Automatisme mental de Clérambault.*

⁂

La maladie des obsessions — comprenant les états cliniques connus sous le nom de Névrose d'angoisse, Phobies anxieuses, Phobies constitutionnelles, Psychasthénie, etc. — est l'affection de choix pour le contrôle de la Psychanalyse (1).

En 1923, je pensais que bien des cas d'*angoisse* névropathique étaient d'origine sexuelle — dus par exemple à des inassouvissements d'une fonction génitale sollicitée et non satisfaite ou incomplètement satisfaite — ; mais je connaissais tellement de cas où l'individu proclamait sa vie intime tout à fait régulière, que je trouvais les affirmations de Freud singulièrement exagérées ! — Or, depuis, j'ai vu des cas semblables ou j'ai repris en main quelques-uns des premiers cas ; et, plus au courant des mécanismes psychanalytiques, j'ai pu les dépister. C'est ainsi que certains hommes mariés et pères de famille se sont, à un examen attentif, révélés à moi comme cultivant sans s'en douter des auto-érotismes — le plus souvent remontant à l'enfance, quelquefois à une période orageuse de leur vie de célibataire — qui empêchaient leur assouvissement complet par les relations sexuelles normales ; d'autres étaient atteints dans leur fonction physique

(1) Nous avons résumé les principales applications de la Psychanalyse aux Névroses, telles qu'elles peuvent être comprises des médecins non initiés, dans notre récent ouvrage : *Les Syndromes névropathiques* (Préface du Prof. *Claude*). Coll. des Grands Syndromes, Doin, 1927.

©BIUM

même (acte bref, etc.) ou frigides avec leur femme quoique souffrant de besoin sexuel, etc., etc... Des anxieux séniles se sont révélés à moi comme présentant une sexualité encore très exigeante cérébralement, alors que leur puissance physique était presque abolie; et tous m'apparaissaient comme sexuellement repliés sur eux-mêmes, le « narcissisme » — instinct sexuel fixé sur la propre personne du sujet, à l'état normal comme à l'état morbide — étant chez eux intensifié, etc., etc. La psychologie sexuelle est une chose qui ne s'enseigne pas à l'heure actuelle. Rien d'étonnant à ce que les praticiens les plus avisés soient, dans ce domaine secret et délicat, d'une extrême ignorance ; et ce n'est qu'après un très grand nombre d'analyses prolongées suivant les directives de Freud qu'on peut se faire une idée de l'importance de la sexualité dans la vie de chaque homme.....

Les *psychasthéniques,* phobiques et obsédés, m'étaient toujours apparus, avant ma pratique psychanalytique, comme des sujets atteints d'une sorte d'insuffisance psychique générale se traduisant surtout par de la difficulté à percevoir le Réel et à agir sur lui ; difficulté aboutissant à chaque échec à une hyperémotivité anxieuse sans aucune relation apparente avec les circonstances de la vie sexuelle... Or, je me suis aperçu que tout psychasthénique est un *arriéré de l'évolution sexuelle,* un sujet accroché à l'enfance et qui, à la puberté, n'a consenti à accepter de l'instinct sexuel que le simple besoin génital, resté auto-érotique. Je n'ai pas rencontré — parmi des quantités de malades de tous les âges et milieux — un *seul* obsédé qui ne fût atteint dans son instinct sexuel ; et cette atteinte était, dans bien des cas, le seul trouble primaire, autour duquel étaient centrés tous les autres troubles, affectifs ou autres. Tout psychasthénique présente une aptitude d'origine infantile à l'hyperémotivité en rapport étroit avec ce Refus de la vie, qui marque la difficulté de l'instinct sexuel à s'accommoder aux circonstances pratiques : à renoncer à la mère, puis à la famille, à fixer ensuite son objet d'intérêt instinctif sur une personne étrangère du sexe adverse, à parvenir à l'agres-

©BIUM

sivité de la Masculinité ou à l'initiative complaisante de la Féminité, à s'arracher au narcissisme. La Honte, par exemple, est immédiatement déduite de l'insuffisance sexuelle ; l'hypochondrie est une déviation de l'intérêt narcissique né de l'auto-érotisme sur les organes du sujet, sur son corps et l'anxiété qui en résulte — transformation du plaisir sexuel en angoisse — est rigoureusement parallèle dans ses variations aux variations de l'intérêt dérivé de l'intérêt sexuel, refusé à la réalité, aux êtres chers, aux occupations professionnelles, à la société (1). Les sentiments de dépersonnalisation expriment la nécessité dans laquelle se sent un individu, sexuellement rivé à lui-même, de se détourner malgré lui des circonstances ambiantes pour se rechercher lui-même et calmer son inquiétude (sans jamais y parvenir) dans sa propre contemplation (2).

Les *Phobies* systématisées traduisent une sorte de défense de l'anxieux contre le malaise de l'angoisse sexuelle, qu'il localise sur certaines situations ou certains objets ; cette localisation n'est jamais, comme nous le croyions autrefois, quelconque, mais obéit à une *psychogenèse* du plus haut intérêt : Dans un cas récemment suivi (état anxieux grave apparu à la puberté avec phobie de la rougeur, timidité anxieuse, sentiment d'infériorité et de culpabilité considérables, etc.), une des phobies dominantes était celle des agents

---

(1) Dans un cas récent, l'hypochondrie avait éclaté, à la puberté, chez un jeune homme accroché à l'enfance, fixé moralement à la mère et masturbateur, à la suite de menaces terribles proférées par un confesseur bien intentionné : Le Refoulement sexuel avait abouti à la disparition de toute érection et de tout rêve érotique avec état rappetissé et hyperflaccide des organes génitaux, hypoesthésie tégumentaire de toute la sphère génitale, hyperesthésie inversement proportionnelle de tout le corps, cœnesthopathie intense et diffuse. Ce document sera prochainement publié.

(2) Dans un cas analysé par nous avec d'autant plus de soin que nous nous sommes toujours occupé, depuis notre thèse inaugurale (1909) de la question de la Dépersonnalisation, les obsessions de Dépersonnalisation, qui coïncidaient (comme le cas est fréquent) avec un narcissisme sensuel de culture (érotisme avec réalisation onanistique devant des miroirs), symbolisaient très nettement la peur sexuelle d'autrui et le besoin sexuel de soi-même. Ce document sera publié dans un prochain numéro de la *Revue française de la Psychanalyse.*

©BIUM

de police, gens en uniforme, personnes du peuple (maçons, chemineaux, etc.) ; cette phobie, absolument incompréhensible à première vue, s'expliquait dans les moindres détails, à la manière d'un rêve, par des associations d'idées sexuelles : Les personnages redoutés étaient soit des représentants de l'autorité publique — élargissement de celle des parents aux yeux d'un malade resté accroché à l'enfance dans tout ce qui rappelait le problème sexuel — soit des ennemis du père (fonctionnaire ayant eu des démêlés avec des individus représentatifs des partis avancés) auquel il s'était identifié par suite d'un complexe d'Œdipe morbide. Ce complot qui symbolisait avant tout les reproches d'une masturbation invétérée, équivalait à une défense relative à toute la sexualité. (Il était forcé de passer dans certaines rues, — celles des parents — ; d'éviter certains quartiers — attenant au quartier réservé — ; certains magasins — tous ceux qui, comme les magasins de modes féminines et surtout les pharmaciens et bandagistes, rappelaient les anomalies des organes ou les pratiques génitales, etc., etc.). La Défense sexuelle ainsi organisée par une projection sur autrui du sentiment de culpabilité n'était, en conclusion, que la réalisation inconsciente du désir infantile (réveillé à la puberté par l'angoisse de la cessation brusque de l'onanisme) de s'émasculer moralement, de ne pas sortir de l'enfance et de rester sous la protection de la mère : « Je ne puis être homme et aimer la femme car *on* me l'interdit. »

L'analyse de chaque obsession conduit ainsi à un mécanisme manifestement sexuel ; et il n'est point de syndrome dont l'étude attentive — très difficile pour un non initié — soit plus significative et mieux faite pour convaincre de l'importance pratique de la pathogénie freudienne. Les grandes obsessions sont des pensées parasites étranges, énigmatiques, qui viennent dans la conscience du malade on ne sait d'où et semblent un défi au bon sens chez des sujets par ailleurs extrêmement lucides. Or, je suis aujourd'hui convaincu de leur symbolisme sexuel caché ; je crois à leur signification de retour dissimulé aux rêves infantiles à la

©BIUM

suite de quelque profonde déception devant la vie réelle (1) par une intériorisation obéissant à des lois affectives extrêmement précises. Et j'espère que nous pourrons, mes collaborateurs et moi, publier assez de documents significatifs pour convaincre le public médical de cette découverte de *Freud*, complétant heureusement les résultats déjà obtenus dans cette voie avec un mérite incontestable par l'Ecole de *P. Janet*.

⁂

Parmi les mille applications possibles à la Psychiatrie proprement dite — car toutes les psychoses, même les psychoses d'origine manifestement matérielle comme les psychoses alcooliques, offrent des exemples d'application au moins théorique des conceptions freudiennes — je choisirai la belle œuvre clinique de notre collègue *M. de Clérambault*, aujourd'hui présent parmi nous.

Cette doctrine, qui sera demain classique, comporte, à côté d'une hypothèse anatomique non encore démontrée, une découverte clinique, celle d'un « noyau » constant, nécessaire et suffisant, au centre des synthèses nosologiques que sont les Délires chroniques, constitué par un certain *automatisme mental*, antérieur à la construction logique réactionnelle du thème délirant, et à distinguer des comportements variables commandés par la constitution individuelle...

Le culte que je professe pour l'œuvre et la personnalité de M. de Clérambault m'autorise à apporter à cette conception une contribution : Pour moi, cet Automatisme, lésionnel ou non, n'est pas un pur mécanisme — analogue à celui que produirait la vibration discordante de quelque système neuronique émancipé du jeu harmonique des fonctions cérébrales. C'est un Automatisme *affectif*, c'est-à-dire qui obéit à des lois tirées de la Psychologie affective. Entre le trouble

(1) Nous conseillons à nos collègues la lecture d'une belle observation de *Jones* (*Traité théorique et pratique de Psychanalyse*, Chapitre XXIX, Payot) qui donne bien une idée de ce que la psychanalyse permet de comprendre dans la mentalité de l'obsédé.

©BIUM

matériel supposé (et vraisemblable) et le symptôme Automatisme, il existe une *néoproductivité psychique de nature affective* (1) — émotion ou tendance, fait de conscience affective (euphorie, angoisse, méfiance, peu importe la formule consciente, toujours inadéquate) — dont la causalité remonte, au moins partiellement, à quelque perturbation de la vie instinctive normale.

Pour M. de Clérambault, il n'y aurait pas plus, dans cet Automatisme de néoformation, d'éléments affectifs que d'éléments sensoriels, moteurs, etc. C'est tout juste s'il emprunterait à la personnalité normale — ou première — au sein de laquelle il émerge à titre de production parasitaire, quelques agrégats affectifs. L'affectivité n'y figurerait qu'en tant qu'inclusion dans un processus rigoureusement neurologique...

Sur quelles remarques cliniques l'auteur fonde-t-il cette conception négative de l'affectivité morbide ? Sur ce que certains Automatismes sont *neutres*, sans signification. Telles certaines activités monocordes, purement sensorielles (comme les hallucinations olfactives). Telles certaines prétendues souffrances des persécutés, dont le retentissement émotionnel est médiocre, étant visiblement supporté par le malade sans rancune, voire même avec entrain ! Dans beaucoup d'Hallucinoses, ajoute-t-il, l'élément affectif est absent, le malade étant comparable à un client du téléphone, branché sur un réseau de fils où plusieurs conversations étrangères se croisent... Considérer, dans ces conditions, le Délire comme le développement de certaines tendances affectives, « c'est prendre pour la cause du mal ce qui n'en est qu'un de ses résultats ». Et si les préoccupations anciennes du malade sont souvent réveillées par la Psychose, leur intérêt n'est pour ainsi dire que littéraire... Il faudrait, pour que cet intérêt apparaisse comme scientifique, démontrer « qu'il « y a dans la personnalité morbide une représentation

(1) Au sujet de notre conception de la Néoproductivité affective, voy. HESNARD : La Néoproductivité psychique morbide. *J. de Psychol.*, 1923, — La Folie, pensée organique. *Ibid.*, 1922, et nos deux ouvrages : *L'Inconscient* (Doin) et *Les Psychoses et les frontières de la folie* (Flammarion).

©BIUM

« proportionnelle de la personnalité prime..., que ce « n'est pas une part essentielle du sujet qui reste dans « l'ombre... Il n'y a de curieux pour le médecin que le « fait d'une *prolifération indue,* le contenu affectif « d'un délire nous renseignant aussi peu que la pré- « sence du pigment dans l'épithélium d'un nègre » (1).

Je ne suis pas de cet avis et je base mon opinion sur l'analyse clinique suivant les directives de la Psychanalyse — au sens large d'analyse de la vie affective profonde.

Lorsqu'un aliéné présente à l'état pur le syndrome de Clérambault, la pensée morbide qui s'y formule peu à peu est au contraire chargée de valeur personnelle, de signification individuelle, d'importance intime, c'est-à-dire d'*affectivité.* Comment pourrait-il en être autrement ? Comment expliquerait-on que cet aliéné s'intéresse à cette pensée automatique plus qu'à tout autre chose au monde, *plus qu'à la réalité* ? Il ne saurait y avoir de psychose sans perturbation affective ; toute psychose est, plus exactement, une affectivité monstrueuse ; et c'est en ce sens que G. Ballet disait un jour devant moi que « la base affective des psychoses n'était pas à démontrer, étant une évidence clinique ».

A y regarder de près, en effet, l'*automatisme n'est jamais neutre* comme l'est le seul automatisme d'origine immédiatement neurologique démontrée : l'automatisme verbal de la jargonaphasie. Son apparence de neutralité, au début, est due uniquement à la difficulté qu'éprouve l'observateur à en comprendre le sens en appliquant les lois de la pensée normale, de l'activité rationnelle. Celui-ci ne saisira ce sens (de façon d'ailleurs approximative et toujours travestie) que plus tard, lorsque la nuance affective sera devenue flagrante et que le *malade lui-même* l'aura saisie avec curiosité, dégoût, frayeur ou révolte. Le *trouble affectif primaire* que je veux déceler ici préexiste à cette réaction affective du malade ; il est dans l'Automatisme même. —

(1) Voy. le résumé par *H. de Clérambault* de ses travaux sur l'Automatisme mental, dans les *Ann. médico-psychol.*, février 1927.

©BIUM

Il se passe chez lui ce qui se passe chez un homme recevant une lettre anonyme : au début il ne comprend pas ; puis les allusions s'éclairent, la calomnie s'illumine entre les lignes et l'individu s'indigne en saisissant l'hostilité étrangère. — Dans le cas du malade, la lettre anonyme de la production automatique lui est adressée du tréfonds de l'Inconscient affectif par bribes ; l'attaque distille lentement son injure, ou la défense, sa protection... Or il n'est pas de lettre anonyme « neutre » car celle-ci émane d'une *intention* d'autrui. Et, comparable à la lettre anonyme, tout Automatisme est un roman à clef, aux allusions extrêmement dissimulées, insinuant leur écheveau dans le psychisme ignoré. Mais l'intention qui s'y manifeste masque ses œuvres souterraines par la neutralité la plus innocente ; un de nos malades fut halluciné des mois par le mot « montagnes » et il éprouvait simultanément la vision imposée, automatique, d'une chaîne de monts « analogues à la Corse ». Or les associations d'idées que nous provoquions chez lui étaient : « la Corse, endroit délicieux où j'ai fait le rêve d'aller me reposer en compagnie d'un ami cher » ; quelques mois après il était persécuté par des collègues conduits par un meneur..., qui était précisément l'ami cher en question, vers lequel l'inclinait un amour homosexuel inavoué ! — Je sais bien que les interprétations de ce genre, dont la Psychanalyse a abusé, ont mauvaise réputation parmi nous ; une longue pratique m'a pourtant convaincu de leur grande valeur analytique.

Chaque élément de l'Automatisme mental est ainsi significatif, même les éléments hallucinatoires : chaque hallucination est faite d'une substance proprement affective à l'origine. Ainsi l'affectivité inexprimable mais puissante de la poussée délirante fait partie intégrante de l'hallucination *olfactive* (laquelle est issue d'un sens très organique, très animal, presque exclusivement affectif). Dans l'hallucination *visuelle*, l'image n'est, à l'origine, que la projection ultime dans l'ambiant visuel d'un sentiment intense (de néoformation) qui fait au sujet prévoir l'objet perçu avant qu'il apparaisse (Tel un de nos alcooliques qui annonçait

©BIUM

qu'il allait avoir peur, puis qu'il allait voir quelque chose de menaçant, puis un masque hostile, puis un bandit le couchant en vue...). Dans la moindre hallucination auditive — qui n'est qu'un fragment du langage intérieur soudain extériorisé sur un mode métaphoriquement auriculaire — se révèle la personnalité entière, le caractère du persécuteur ou tout au moins l'intention qui la suscite. Dans l'hallucination psychomotrice enfin, la « kinésie intraneurale », si elle existe, est, aux yeux de la conscience personnelle du patient, actionnée par un Autrui, un On, quelque chose qui est un Quelqu'un, c'est-à-dire un autre être ; — subjectivement parlant, bien entendu, car cet autre être apparaît bien, objectivement, comme une émanation (discordante ou dissimulée en même temps que désavouée) du sujet lui-même. Nous saisissons ici que tout élément d'Automatisme, toute parcelle psychique de la pensée néoformée, du fait même qu'elle est dépersonnalisée, est personnalisée à autrui : l'Automatisme n'est jamais, pour le malade, un automatisme: il est une personnalité, c'est-à-dire un être doué de sentiment, une *affectivité* analogue à la sienne, quoiqu'il ne la reconnaisse pas comme sienne.

Encore une fois, l'activité automatique peut rester longtemps énigmatique (1), non seulement pour le médecin, mais avant tout pour le malade. Le sens n'en est décelable qu'après un développement minimal des tèmes idéo-affectifs, qui visent à l'exprimer, à la tra-

(1) Une de nos malades entendait toute la journée des « conversations téléphoniques » en apparence très quelconques : « Il s'agit de n'importe quoi, disait cette brave femme au caractère plutôt confiant, d'élections législatives, de sports, d'apéritif, etc. » Or, les élections lui rappelaient le candidat du quartier : un vieux voisin qu'elle soupçonnait de vouloir faire des propositions homo-sexuelles à son enfant adoptif (dont elle était amoureuse de façon jalouse, sans vouloir l'admettre). Les sports étaient le dérivatif qu'elle souhaitait pour la vertu de ce jeune homme. L'apéritif était, au contraire, le café, symbole des distractions malsaines, etc... Les premières phases de son automatisme parlé étaient des allusions à l'innocence menacée du jeune homme et à ses propres besoins sexuels grossiers qu'elle attribuait, bien entendu, à des persécuteurs lubriques ; mais elle ne les comprit que peu à peu en tant qu'intentions hostiles, toute prête au début à y voir (malgré l'évidence) un simple jeu plus ou moins maladif de sa pensée.

©BIUM

duire suivant des modes approximativement imités des modes normaux de la pensée rationnelle ou plutôt réaliste. De même que l'hallucination ou que l'automatisme hallucinogène peut paraître anonyme ou indifférent, toutes sortes d'activités sensorielles, motrices, verbales, etc... peuvent revêtir un aspect innocent de pur mécanisme. Mais suivez-en le développement, analysez-en le contenu et vous vous apercevrez tôt ou tard que les fameuses formules « neutres » du début sont en réalité des formules parcellaires dont la signification apparaît seulement quand leur juxtaposition, de plus en plus coérente, aura fini par composer un système enfin accessible (dans une certaine mesure) à la compréhension logique... Rien n'est « fortuit » dans la pensée morbide; et les processus les plus insignifiants des Mots Jaculatoires, du Psittacisme, le Mentisme le plus futile, révèlent une *intention* sous-consciente, maligne et perverse très souvent, qui tend à détourner le malade du Réel et de l'Utile pour lui imposer l'Autrui interne. De même l'Echo, les Non-Sens, etc... sont toujours pourvus d'une intention, révélateurs d'une *présence*, affectés d'une saveur humaine anthropomorphique, allomorphique, donc affective (1).

Quant à l'argument de son retentissement émotif du Délire sur les réactions du sujet, c'est toute la question de la Discordance, de la Dissociation psychique — au premier plan et primitive chez les schizophrènes, effacée et secondaire dans les Délires chroniques —. Il signifie seulement que la pensée morbide affective, même lorsqu'elle s'est insinuée dans la personnalité agissante, actuelle et pratique du malade, reste sur un plan psychique différent du Réel, ou y monte de plus en plus. Ainsi la délirante dont nous parlions au Congrès de Genève (2) et qui reprochait devant nous à

(1) Un confrère, présentant depuis quelques années des phénomènes d'automatisme mental délirant, admettait l'explicatiou que nous lui donnions de ses impressions morbides conformément à la théorie histologique de M. *de Clérambault*. Mais il ajoutait : « Mais c'est le Démon, *je le sens*, qui profite de ce trouble de la kinésie intraneurale pour m'insuffler des tendances contraires à mon idéal. »

(2) Discussion du rapport du prof. *Bleuler*.

©BIUM

l'interne du service avec un charmant sourire de l'avoir violée et assommée la nuit précédente, manifestait par cette étrange réaction la dualité des deux plans affectifs : le plan affectif de la vie réelle, où elle était instinctivement reconnaissante à un médecin de ses attentions médicales, et le plan affectif (simultané) de son monde imaginaire — pour une malade de M. de Clérambault, nous dirions : de son Automatisme — où elle justifiait, en en repoussant la responsabilité, sa lubricité et son masochisme inconscients par l'intervention sexuelle brutale de ce même médecin...

Cette *nature primitivement affective* de la pensée morbide est tellement évidente que M. de Clérambault lui-même, merveilleux observateur servi par un style étincelant, l'exprime dans ses descriptions : « L'idéation parasitaire opère dans l'Inconscient normal une sélection arbitraire, déformante et hypertrophiante » (Pourquoi ? Parce qu'elle opère suivant des directives tirées de la vie affective, irrationnelle, dont une des lois est celle du contraste, de l'opposition, de la contradiction). Elle comporte une « hypervalue des sous-produits de la pensée » (parce que ces sous-produits sont des allusions à des pensées pénibles ou répugnantes, soigneusement réprimées jadis). On y rencontre à chaque pas « le verbiage aux dépens des « idées, le concret aux dépens de l'abstrait, les mots parasites (2) aux dépens des essentiels » (parce que toute activité fortement affective utilise le concret et l'accessoire, comme l'a montré *Freud* pour le Rêve), « *les modes affectifs* aux dépens des termes de rapports », « l'opposition, l'hostilité et l'ironie..., la brutalité, les tendances au scandale et au sacrilège..., les données coprolaliques et injurieuses (c'est-à-dire des caractères essentiellement affectifs, puisque refoulés). « Ces idées sont si bien contraires à la vraie personnalité que fréquemment elles sont *repoussées* comme

(1) Notre ami et collaborateur *R. de Saussure* a montré le caractère hyperaffectif de certaines formes de langage des aliénés (*Ann. médico-psychol.*, décembre 1923). Le langage morbide des psychopathes (du néologisme à la glossolalie) obéit à un essai d'expression concrète — la seule possible — des émotions de néoformation.

©BIUM

ridicules... La seconde personnalité est grossière, brutale, haineuse, lubrique... » Elle est faite d' « ingérences affectives »... « Fréquemment, les voix prennent le contre-pied des affections, elles énoncent des « renseignements faux, dénoncent des amis ou des « proches... (1) ». Et M. de Clérambault insiste sur la « majoration péjorative dont elle charge ses dénonciations (on reconnaît là l'auto-condamnation, le Sur-Moi vengeur des psychanalystes). Et il conclut : « La personnalité seconde n'est pas seulement plus hostile mais plus mégalomane que l'autre..., elle est en outre hypersexuelle... » On ne saurait mieux mettre en valeur le caractère pervers, discordant, démoniaque de l'Inconscient irrationnel à l'état explosif. C'est tout l'Inconscient décrit par Freud, dépouillé seulement de ses travestissements mythologiques, et réduit à son aspect clinique, caractéristique d'un certain type de malades, qu'il nous décrit là, surpris en flagrant délit de déchaînement contre le Moi conscient ou normal.

La Psychose en général et l'Automatisme vésanique en particulier, consistent avant tout, psychologiquement, en une *attribution à Autrui,* sous la forme d'une Réalité étrangère au Moi, de certains éléments de l'esprit. Or, qu'elle est la raison dernière de cette extragenèse, de ce rejet personnalisateur et anthromorphique de certaines pensées ?

Cette raison dernière, c'est que l'aliéné adopte vis-à-vis de ces pensées une attitude *affective* spéciale. Etant donnée leur valeur affective intime, il *refuse de les considérer comme siennes.* Ce n'est pas parcequ'il la repousse ou qu'elle lui est objectivement, effectivement étrangère, que la pensée de néoformation lui devient secondairement hostile ou antipathique. C'est parce qu'il *la sent* primitivement hostile ou antipathi-

(1) *M. de Clérambault* cite le cas d'une vieille fille qui, légèrement fatiguée par l'interrogatoire, au lieu de dissimuler cet ennui (comme elle l'aurait fait avant son délire) l'exprime indirectement — et en dégageant sa respo sabilité — par une colère agressive de ses voix contre l'interlocuteur : bel exemple de libération affective, par le canal de l'automatisme, de cette hostilité rageuse dont est chargée chez elle la vie inconsciente.

©BIUM

que, perverse, obscène, etc. qu'il la repousse hors de lui. Car c'est en elle que se réfugie le *Refoulé*, qu'explose après de longues années de résistance la rancœur mal assimilée de sa vie intime. Et lorsqu'il la sent favorable, émanant d'une Défense, c'est parce qu'il a besoin de cette consolation pour supporter d'ailleurs une attaque venue de l'Inconscient. La pensée automatique dissimule plus ou moins habilement l'exaspération enfin libérée, le paroxysme enfin vomi d'une longue suite de misères accumulées depuis l'enfance et qu'une patiente analyse biographique affective retrouve *toujours*.

J'espère un jour pouvoir vous donner, résumées dans leurs grandes lignes, les lois affectives qui président à cette éruption, sous la forme d'éléments de fausse réalité subjective, des inassouvissements profonds du malade, vous énumérer les diverses formes ou procédés de cette néoproductivité qui supprime dans le Réel les causes de souffrance, les travestit et peu à peu transforme la réalité ambiante conformément aux aspirations personnelles du sujet. Cette tâche a été déjà tentée avec un réel succès par *Freud* et *Bleuler* dans la schizophrénie ; elle est à peine commencée pour les Délires chroniques et l'Automatisme de Clérambault, états dans lesquels la conservation de la lucidité, des rapports du Moi et de l'ambiant, contraint la pensée morbide à dissimuler plus profondément ses directives affectives derrière des apparences de souffrances morales nouvelles et au prime abord dramatiques; — alors qu'à l'analyse ces souffrances apparaissent au contraire consolantes en ce qu'elles déchargent la conscience morale du sujet de ses propres autoaccusations inconscientes en en chargeant au contraire autrui (1)!

Au cours de nos recherches analytiques chez ces malades — recherches dont nous n'avons pu encore donner que de médiocres échantillons (2) — nous avons

(1) Ce rôle consolant du délire, sorte de défense contre la souffrance de l'instinct, paraît être une des raisons psychologiques du faible retentissement des misères délirantes sur la vie pratique de l'aliéné.

(2) Voyez notre récent travail de l'*Evolution psychiatrique*, tome II (Payot).

©BIUM

discerné déjà l'importance, dans la formation de la « personnalité automatique » de certains dérivés de l'inconscient normal: D'un autre côté, cet *Autrui interne*, hérité des parents (Sur-Moi de Freud), du père spécialement, qui inaugure chez l'enfant de 4, 5 ans, les premiers refoulements et autour duquel s'organisent toutes les convenances, règles de vie, idéaux moral et religieux, etc. ; de l'autre, en opposition souvent perverse, ricanante, avec lui, toutes les tentations de bien-être égoïste, de jouissance physique, de sensualité rabelaisienne, de puissance et de domination sociale, toutes les *impulsions infantiles*, intensifiées par la vie à la possessivité, à la jalousie, au sadisme, que le malade n'a jamais voulu admettre consciemment en lui et qui triomphent plus tard dans la réalité délirante à l'abri de leur masque anonyme ou étranger d'émanations de la personnalité « seconde »... C'est en cela que consiste la « prolifération indue », réclamée par M. de Clérambault, cette infiltration du psychisme conscient par les néoproductivités de l'Inconscient affectif en mal de détumescence. Et ce n'est pas au pigment normal de l'épithélium sain qu'il faut comparer avec lui le contenu psychologique de l'inclusion parasitaire dans l'Automatisme, mais au pigment mélanique, dont la nature maligne dès l'origine, caractérise spécifiquement l'inclusion néoplasique matérielle.

Une telle conception de l'Automatisme vésanique, néoproductivité de nature *affective*, n'est d'ailleurs nullement en contradiction avec l'hypothèse d'un trouble matériel primaire, en partie acquis. Certaines causes organiques comme l'alcool ont une action évidente, non sur l'activité intellectuelle — dont l'altération apparaît comme beaucoup plus parallèle au processus histologique —, mais sur l'activité affective. Et l'on connaît bien la déchéance affective de l'alcoolique, son incapacité de sublimation, sa régression aux modes infantiles ou archaïques de sentir et de désirer: possessivité, jalousie, frigidité sexuelle. D'un autre côté, les causes humorales en rapport avec les époques climatériques de l'évolution sexuelle (puberté, grossesse, ménopause, tec.) agissent en combinaison intime

©BIUM

avec les variations de l'être instinctif qui s'expriment en pleine néoformation délirante chez les délirants chroniques. Causes morales et causes organiques s'ajoutent, se complètent constamment en Psychiatrie ; et le processus affectif que nous cherchons à caractériser en parlant d' « arriération affective congénitale », de « régression affective » au cours de l'évolution instinctive, de « néoproductivité affective », plus ou moins tardive, suivant les cas, apparaît de plus en plus comme un chaînon indispensable dans la psychogenèse des symptômes, de l'organique vers le mental.

Discussion

M. Guiraud. — Les exagérations des mauvais élèves de Freud, et aussi la tendance du Maître viennois à édifier un système explicatif complet des névroses et des psychoses avec des éléments souvent peu démonstratifs, littéraires ou anecdotiques, ne doivent pas nous faire perdre de vue que l'introduction de la psychanalyse constitue une véritable révolution en psychiatrie, surtout pour l'explication des délires.

Cependant, je regrette de ne pouvoir suivre M. Hesnard jusqu'au bout de ses opinions en matière d'obsessions. Quand on se fait exposer toute la série des phobies et des obsessions d'un psychasthénique, on constate qu'elles sont variées et transitoires, que leur ingéniosité fait parfois honneur à la richesse imaginative du malade et qu'elles épousent toutes les conditions de l'actualité comme si le sujet recherchait le comble de ce qui lui est pénible. Cette particularité a été mise en évidence depuis longtemps par M. Janet.

Ces malades sont au fond des anxieux qui créent des obsessions et des phobies pour exprimer idéiquement leur anxiété. Je sais bien que les psychanalystes, pour en revenir à leur conception, où la sexualité, si elle n'est pas tout, a cependant une importance prévalente, soutiennent que l'angoisse est d'origine sexuelle, que, comme dit Jones, « l'angoisse morbide n'est que de l'amour insatisfait ».

©BIUM

A mon avis, l'angoisse se rapproche de ces phénomènes vitaux, comme la faim ou la soif, relativement peu psychiques et à peine dégagés de l'aspect neurologique. Sans pouvoir fournir de précisions sur leur localisation entre le bulbe et le thalamus, on se rend compte qu'un excitant non physiologique quelconque (irritation des nerfs cardiaques retentissant sur les centres, intoxication, fragilité constitutionnelle des centres végétatifs supérieurs) pourra produire de l'angoisse anormale, angoisse néoformée comme la compression oculaire produit des phosphènes rétiniens. M. Hesnard lui-même a brillamment exposé cette théorie. Cette conception me paraît plus satisfaisante que la nécessité d'une origine sexuelle.

Je suis d'accord que les troubles de l'évolution sexuelle sont fréquents, je concèderai même constants, chez les psychasthéniques quand on les recherche par la méthode psychanalytique ; mais cette méthode est si sensible qu'elle décèle la même imperfection chez le normal. D'autre part coexistence ne signifie pas causalité. On peut même se demander avec quelque raison si ce ne sont pas les imperfections psychiques primitives des psychasthéniques, la timidité, l'émotivité d'ordre général qui contribuent à rendre anormale leur évolution sexuelle.

D'autre part, dans le dernier tome de *l'Evolution Psychiatrique,* M. Hesnard fait à ma conception des délires comme *cénesthopathies dystoniques* des objections auxquelles je désire répondre. D'abord il signale que je semble confondre cénesthésie et affectivité. Je crois en effet que la cénesthésie et l'affectivité sont des éléments très voisins et que la première est une source importante de la seconde. Mais j'ai fait aussi appel dans ma pathogénie à un trouble primitif de la *quiétude* qui est un phénomène plutôt affectif que cénesthésique. L'essentiel est de savoir si l'atteinte de certaines zones cérébrales peut produire de la néoformation d'affectivité dystonique. On n'est pas sans avoir quelques notions sur le rôle de la couche optique dans l'*activation affective* des sensations et des représenta-

©BIUM

tions. Je rappelle les nombreux travaux de Head, de L.-R. Müller, de Küppers, etc. Le thalamus peut être considéré comme le lieu où les « sensations reçoivent leur tonalité et leurs colorations affectives », où se forment les sensations de douleur corporelle et de sentiment de plaisir. Je signale que Krestchmer, dans son *Manuel de Psychologie Médicale* [traduction française de la troisième édition] accorde une grande importance à ces théories et rappelle les remarquables et classiques observations de Head. Par conséquent l'affectivité élémentaire comporte des caractères suffisants de localisation pour que je puisse lui appliquer mon hypothèse d'excitation pathologique dystonique. C'est en somme, légèrement complétée, la conception de la folie, — pensée organique que M. Hesnard a eu le grand mérite de formuler le premier.

« Si, dit M. Hesnard, l'automatisme vésanique était simplement causé par un processus neurologique, il se présenterait sous la forme banale d'un automatisme quelconque, désordonné, inaccessible à l'analyse comme celui des paraphasiques. » C'est ici qu'il faut tenir compte de la psychogenèse de l'affectivité en ses rapports avec l'intelligence. Tout état affectif, par exemple la sensation de maladie, l'inquiétude, la méfiance, la jalousie, les tendances sexuelles, groupera autour de lui depuis l'enfance tout un cortège d'idées et d'images qui en constitueront l'expression intellectuelle et tendront à apparaître dans la conscience chaque fois qu'y règnera l'état affectif correspondant. Nous constatons par là la loi du symbolisme de Hesnard ou selon notre formule la loi de l'expression imagée ou idéique des états affectifs. Or la cénesthésie et l'affectivité néoformées et dystoniques dont nous parlions plus haut obéissent également à ces lois et ne pourront, pour s'exprimer intellectuellement, qu'utiliser tout le répertoire imagé ou idéique recueilli et groupé par la cénesthésie et l'affectivité antérieures du malade. C'est ainsi que forceront l'entrée de la conscience, sous forme d'intuition ou d'hallucination, des images anciennes non reconnues, des rancœurs oubliées, des souve-

©BIUM

nirs d'apparence insignifiante mais éprouvés autrefois avec une intense affectivité, des associations et des fusions d'images ou d'idées par identité affective. Il en est de même pour les états affectifs de réaction euphorique. Pour ces derniers spécialement, l'origine infantile de l'idée de grandeur est souvent très nette. Dans la pensée délirante on retrouve facilement beaucoup de processus décrits par Freud dans le rêve : fusion, condensation, symbolisme, etc.

En résumé, je crois que le thème délirant est bien la résultante déformée de la vie intime antérieure du sujet ; mais j'estime que l'émergence de cette vie intime est l'*expression* mais non la *cause* de la maladie. Si une mélancolique présénile s'accuse avec anxiété de n'avoir pas apporté au commissaire de police une pièce de cinquante centimes trouvée dans la rue quarante ans auparavant, si elle se reproche avec horreur d'avoir jadis répondu impoliment à son mari ou d'avoir injurié sa concierge, nous n'irons pas croire que le remords refoulé de ces événements insignifiants est capable quarante ans après de provoquer un syndrome mélancolique, mais nous croirons que notre malade est une très vertueuse personne et que, à défaut de plus mal, elle trouve ce qu'elle peut pour exprimer son anxiété primitive.

Notre conception éclectique se place : 1° au point de vue neurologique pour chercher la cause du délire chronique et du phénomène de non-appropriation à la personnalité ; 2° au point de vue psychologique et même psychanalytique pour expliquer le contenu des délires. Mais le *primum movens*, l'essentiel génétique de la maladie est une excitation pathologique des centres cénesthésiques et affectifs. Cette atteinte peut résulter d'une fragilité héréditaire, d'intoxication, ou de défaillance par suite d'émotions violentes ou prolongées. Cette dernière remarque montre combien mon point de vue est conciliable avec celui de M. Hesnard.

©BIUM

Du rôle de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques

par M. DE CLÉRAMBAULT

M. DE CLÉRAMBAULT. — Nous sommes d'accord, Guiraud, Hesnard et moi, sur ce point que, dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, le Délire, pour une très grande part, s'élabore automatiquement dans l'Inconscient. Mais, tandis que mes deux collègues voient dans le Délire (et non pas seulement dans le Délire, mais dans le fonds même de la Psychose) un produit de l'affectivité (au sens le plus large du mot); je crois que l'affectivité est mise en branle par un Processus Général et que c'est ce processus lui-même qui se continue dans l'élaboration subconsciente du délire ; ce processus, je l'ai appelé intermédiaire parce qu'il s'interpose (dans le temps et dans le moment) entre les deux idéations, l'une normale, l'autre pathologique.

Ce processus, *primum movens* de la psychose, crée parfois au début de la psychose une excitation euphorique avec mentisme ; à un stade plus avancé de l'évolution, il crée souvent une prédominance euphorique qui (avec la prédémence et plus qu'elle) explique la mégalomanie. Il provoque aussi, surtout chez les sujets jeunes (jusque vers 35 ans), les émotions exogènes subites. Ce même processus choisit dans le subconscient, pour les dégager ou exhumer, des souvenirs, des imminences, des aptitudes; en même temps, il les hypertrophie et déforme. Les données affectives sont ainsi manœuvrées par la Psychose, elles ne sont pas le ressort même de la Psychose. Elles ne se dégagent pas par elles-mêmes ; elles ne sont pas forcément celles qui auraient tendu à se dégager spontanément ; elles ont subi des changements de valeur.

La traduction normale des insatisfactions de causes diverses, se trouve dans les états mélancoliques, neu-

©BIUM

rasthéniques et similaires ; elle ne se trouve pas dans des états dénués de malaise ou même très légèrement affectés d'euphorie, comme l'est souvent l'Hallucinose. Nous ne dénions pas à une dépression toute morale une certaine valeur étiologique, mais d'abord elle doit être prouvée, ensuite nous lui refusons d'être en continuité *directe* avec les phénomènes vésaniques ; il faut entre eux *un processus interposé*, de même qu'il y en a entre puerpéralité et manie. Les débuts de vésanie souvent neutres éliminent la nécessité de la dépression antécédente, et nous ne voyons pas qu'un malaise insoupçonné du sujet même puisse se transmuer en hostilité : l'hostilité dans les Ps. H. Chr. a d'autres causes qu'une métastase.

Le phénomène idéo-affectif le plus propice à la thèse de l'affectivité causale est probablement celui des complexes affectifs reviviscents : passion oubliée depuis 30 ans ou davantage et qui reparaît. De telles reviviscences ne sont pas constantes ; là où elles ont lieu il n'est pas certain que d'autres n'auraient pas pu se produire tout aussi bien, ou même de préférence à elles ; enfin de telles reviviscences portent surtout sur des complexes très anciens, ce qui autorise à invoquer une variante de la loi de Ribot, c'est-à-dire des causes mécaniques.

De même pour d'autres états morbides. La manie exaltera tel ordre de souvenirs, créera momentanément telle aptitude, donnera tel vice : il n'y faut pas voir une représentation proportionnelle des virtualités du malade ; le processus interposé est ici de toute évidence. La mélancolie néglige souvent des objets d'affectivité importants pour exhumer des souvenirs insignifiants, comme celui d'une faute d'écolier. Dans la Paralysie Générale l'amour-propre morbide, quelque développé qu'ait pu être l'orgueil ancien, est notoirement néoformé, et, qu'il use de thèmes habituels ou de thèmes nouveaux, relève de causes physiques seulement. Les agents toxiques, banals ou rares, produisent *directement* des troubles affectifs, moteurs, sensoriels, idéiques, qui ne dépendent pas les uns des autres, bien que capables d'interréactions ; chaque toxique provoque

©BIUM

un état affectif spécial incoercible, qui absorbe et recouvre, à peu de chose près, la personnalité du sujet; ces états sont anxiété, jalousie, érotisme, euphorie, hilarité. L'affectivité réagit certes sur la motricité et sur l'idéation, mais la motricité peut elle-même être atteinte directement. Un facteur important dans le jeu des idées est la forme spéciale que tend à lui imprimer chaque toxique : ingéniosité dialectique, ingéniosité constructive, alacrité ; ces formes intellectuelles, bien que grandement influencées (comme la motricité) par l'état affectif connexe, n'en sont pas totalement le produit. Un effet direct du toxique est particulièrement visible dans les Hallucinations Tactiles et dans les Hallucinations Visuelles (cocaïne, chloral, belladone, hachisch, peyotl, etc.). Ces Hallucinations revêtent des caractères préétablis (dimensions, contours et groupements spéciaux, couleurs et perspectives spéciales, etc.). Aucun mouvement affectif ne peut produire ces complications arbitraires ; elles sont d'origine tissulaire et résultent d'affinités infinitésimales simultanées qu'on pourrait qualifier de tinctoriales. Il en est de même pour les modifications apportées dans la perception des réalités (perspective spéciale du hachisch). L'effet que nous nommons, pour abréger, tinctorial, impose les mêmes caractéristiques à des productions sensorielles de sièges divers : points ou réseaux devant les yeux et sous la peau.

Les Ivresses Pathologiques font souvent un choix arbitraire dans les souvenirs ; souvent elles utilisent les actualités, mais là encore leur choix est souvent arbitraire, toujours elles amplifient et déforment ; tel homme qui craint pour son enfant ira s'accuser de l'avoir tué ; l'affectivité même a reçu du toxique une transposition anormale. Notons que des toxiques différents donneront des délires différents.

Le maximum d'arbitraire dans la ségrégation, l'exhumation et l'exploitation des souvenirs se rencontrent dans l'Epilepsie. Les Rêves même, qui fournissent parfois des exemples indiscutables de transposition affective, sont loin de faire dans nos souvenirs, imminences ou virtualités, un choix représentatif de notre

composition mentale. Certains souvenirs majeurs, certains états puissants et de longue durée ne figureront jamais dans nos rêves, alors que le néoformé, sous une forme saugrenue (et, qu'on le remarque, assez faiblement affective), y tient une place prépondérante ou exclusive. Une loi importante formulée il y a 20 ou 30 ans par Pick marque le rapport entre l'ancienneté des souvenirs utilisés et la profondeur du sommeil (c'est-à-dire à peu près la place du rêve dans le décours du sommeil). C'est, comme la loi de Ribot, une loi purement physique ; à l'intérieur seulement de ce cadre jouent les mélanges et transpositions affectives. Ici encore l'organique est fondamental.

La manie, les ivresses, l'épilepsie composent temporairement aux sujets atteints des aptitudes, des talents, des vices dans lesquels plus tard ils se refusent légitimement à reconnaître leur fonds intime.

Les mêmes états créent des lacunes intellectuelles, des amnésies, des ecmésies dont les causes ne sont que mécaniques ; ces phénomènes négatifs ne doivent pas être négligés quand il s'agit d'interpréter les positifs, car ils ont une même origine, et une partie du mécanisme doit être la même dans les deux cas ; nous y reviendrons.

Certains phénomènes de teneur neutre et survenant en état neutre ne peuvent être d'origine affective ; ainsi les jeux verbaux du début de l'hallucinose : nonsens, mots parasites, solécismes ou barbarismes, embolies verbales stéréotypées, kyrielles, numérations, déformations des désinences, enfin lapsus ; certains lapsus ont pour pivot non un fait affectif caché mais un fait sensoriel ou idéo-sensoriel patent (sensation concomitante, etc.). La paraphasie n'est pas seule inaffective à son départ.

Les Hallucinations Visuelles sont fréquemment anidéiques et inaffectives (bien entendu à leur départ). Leurs caractères géométriques ou tout au moins décoratifs, leurs défilés en séries systématiques ou disparates, leurs dimensions, leur position dans l'espace, leur degré de couleur ou de relief, leur présentation fragmentaire (portions d'objets), tout cela ne s'explique

©BIUM

que par des atteintes tissulaires déterminées, dont les intoxications aiguës donnent le type. Que certaines hallucinations soient thématiques d'emblée et que d'autres puissent être grandement influencées par des conditions affectives ou idéiques (anxiété, suggestibilité, diversions), cela ne supprime pas le fait essentiel, que l'hallucination peut naître sans cause et sans teneur affectives.

Même raisonnement au sujet des Hallucinations Tactiles. Aucune condition idéique ni affective n'exige qu'elles soient ou punctiformes ou en réseaux, prédominantes en telle région et siégeant à telle profondeur, etc. Un tel tableau est le résultat d'électivités prédéterminées et solidaires ; et ces mêmes électivités sont solidaires d'autres groupes d'électivités qui, elles, atteignent un autre domaine, celui de la vue (points et réseaux, etc.).

Les cas où affectivité, hallucinations et concepts montrent une interdépendance (hallucinations combinées) ne s'expliquent pas par la seule influence idéique : une condition supplémentaire est nécessaire, qui est une sensibilisation diffuse, portant à la fois sur les centres et les voies qui les réunissent. Cette condition se trouve réalisée au maximum dans les moments suraigus des intoxications aiguës, elle diminue à mesure que l'imprégnation cesse et alors même que des hallucinations parcellaires persistent. D'autre part, cette sensibilisation ne permet pas de suggérer d'autres images (tactiles, visuelles ou auditives) que celles dont le malade se trouve être virtuellement en charge ; on ne lui suggère que ce qu'il était sur le point de voir. Enfin dans les moments d'incurie euphorique le sujet est accaparé par des visions innombrables, arbitraires, identiques pour tous (microzoopsie, fils, paillettes, etc.).

On a eu tort d'envisager dans le domaine hallucinatoire presque exclusivement les données qui sont à la fois positives et thématiques : les données positives et athématiques (non-sens, mentisme, etc.) ont peut-être plus à nous apprendre, du moins maintenant. Les données négatives et semi-négatives (inhibitions, troubles

divers du jeu des idées, troubles de la reconnaissance et du souvenir) ont la même valeur dogmatique. De tels phénomènes négatifs sont constamment à rapprocher des amnésies et ecmnésies que peuvent créer bien des états hallucinogènes par eux-mêmes (ivresses, ictus, tumeurs) et la rumination idéique n'apparaîtra pas plus nécessaire pour un ordre de phénomènes que pour les autres.

Bien entendu, dans notre débat, sont hors de cause les notions de l'accompagnement affectif et de la réaction affective des hallucinations et des concepts ; je ne discute l'affectivité que comme mécanisme génétique global. Bien entendu encore, un lot d'idées étant constaté, je ne lui dénie pas tout support affectif ; je nie seulement que son apparition, son intensité et sa forme soient toutes ensemble explicables par causes affectives ; si l'affectivité l'a vraiment évoqué, du moins le processus général l'a amplifié et déformé ; et l'évocation même, le plus souvent, sera le fait de ce processus général. C'est lui qui est allé réveiller dans l'inconscient telle année de vie, telle habitude, telle passion, telle idée ancienne ; c'est lui qui lui confère ses caractères actuels. Bien entendu, une fois le bloc susdit exhumé les associations affectives fonctionnent dans son exploitation ; mais d'abord elles ne sont pas seules ; puis, si elles sont maintenant actives, le bloc dont elles vivent a lui-même surgi passivement ; l'affectivité manœuvre certes les idées ; mais elle a été manœuvrée avant de manœuvrer elle-même ; le fait de sa résurrection est l'œuvre d'une force extérieure, et cette force est d'ordre organique. Que l'on veuille bien penser encore, à titre de comparaison, aux ecmnésies et propos hallucinatoires sur le passé, tels que des tumeurs cérébrales peuvent en susciter en peu de jours ou en peu d'heures.

Lorsque chez un Persécuté Halluciné des idées de grandeur apparaissent par voie auditive, elles peuvent être repoussées de lui, mais elles peuvent aussi correspondre à une euphorie personnelle faisant partie de l'évolution neurologique. La démonstration d'une telle euphorie n'a pas été recherchée jusqu'à maintenant

©BIUM

dans des tests biologiques. Il importerait que ces tests fussent appliqués à tous les temps de l'évolution des vésanies.

Le Processus Fondamental émeut, à titre organique, les couches psychologiques les plus profondes. Les hallucinations auditives en particulier sont, pour ainsi dire, des fureteuses infatigables ; elles révèlent au sujet lui-même de menus faits qu'il ne savait plus, des notions qu'il ne reconnaît plus et qu'il croit neuves, des émotions de jadis qu'il a peine à reconnaître ; elles font sur lui des commentaires, malgré lui, avec ses points de vue, avec les notions qu'il possède de la société et des caractères individuels ; elles l'invitent à l'introspection, elles l'exercent à analyser et définir. Le malade constamment se révèle en croyant expliquer autrui ; constamment, pour se justifier ou se défendre, il émet ou des cris du cœur ou des raisonnements subjectifs ; il n'est pas de psychose qui remue et étale autant de psychisme normal ; il n'en est pas qui permette autant de sympathie entre le malade et le médecin. Mais si les réactions de la personnalité ancienne au délire peuvent être regardées en majeure partie comme normales, les données dont s'est composée la personnalité seconde ne doivent pas être regardées autrement que comme des fragments déformés et hypertrophiés de la personnalité première ; elles la représentent ou dans ce qu'elle avait de contingent et d'adventice, ou bien dans ce qu'elle avait de moins individuel, sinon même de plus animal. En effet, dans tout ordre d'idées, nous l'avons démontré ailleurs, le processus automatique (spécialement sous forme de voix) opère comme systématiquement une sélection péjorative ; les raisonnements, les sentiments, le vocabulaire des voix sont plus grossiers que ceux du sujet, et la résultante de leurs travers accumulés est une personnalité seconde inférieure sous tous les rapports à la première.

Une cause d'erreur permanente réside dans la constatation d'identités entre le fonds ancien du sujet et certains des traits de son délire ; ceux-ci portent constamment une marque d'origine ; mais en l'espèce

©BIUM

origine et fabrication se trouvent être distinctes, comme elles le sont chez le Paralytique Général. Dans les propos de ce dernier, nous reconnaissons certes son éducation, son métier, sa tournure d'esprit personnelle, etc. ; mais ce n'est pas cela qui a fabriqué les formules caractéristiques de la P. G. Même raisonnement à propos des délires toxiques, de la manie, etc. Les Psychoses puisent dans le répertoire du sujet, mais avec des caprices multiples dans le choix et l'utilisation des documents, aptitudes et nuances affectives.

Nous avons déjà écrit (*Pratique Médicale Française*, juin 1926) que si le Délire des Ethyliques prend la forme professionnelle, la profession n'est pourtant pas cause du délire, et que les données affectives en général sont manœuvrées, comme inclusions, par le Processus Général de la Psychose, lequel est d'ordre neurologique. Le premier temps de la psychose est neurologique ; dans un deuxième temps, elle éveille ou elle exalte, soit par l'intermédiaire du tonus, soit par atteinte directe spéciale, des blocs idéo-affectifs neufs ou anciens ; à partir de là les deux processus collaborent dans l'évocation des idées, mais le premier est le plus puissant et non seulement il joue fréquemment dans le jeu de l'autre, mais encore il règle sa force et il finit, dans certains cas, par l'éteindre.

Le rôle de l'Affectivité dans les Psychoses n'en reste pas moins un champ d'étude extrêmement vaste. Notre conception, loin de détourner d'une telle étude, lui assigne d'emblée, comme particulièrement urgents, certains problèmes. Le premier est le problème ancien de l'état de l'humeur au moment de la transformation mégalomane ; que donnerait une mesure assidue du tonus ? Le second problème est plus neuf. Quels sont les mécanismes de cette sorte d'attraction qui existe entre le Processus Fondamental d'une part, d'autre part les blocs idéo-affectifs latents ou périmés ? Ce deuxième problème n'est pas spécial aux psychoses hallucinatoires chroniques ; il se pose dans toutes les Psychoses, notamment les Psychoses Interprétatives et la Manie. C'est peut-être dans les Ivresses Pathologiques que le processus sus-indiqué se présente le plus

©BIUM

fréquemment et le plus clairement : l'excitation de cause toxique va rechercher une passion éteinte, un ordre d'idées aboli, une langue autrefois pratiquée. De même dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques l'irritation diffusant d'une épine locale va réveiller des reliquats affectifs anciens. Il existe, peut-on dire, une tendance naturelle de tous les frayages à se rejoindre, quelles que soient leurs causes et leur nature, dès qu'ils atteignent ou ont atteint une intensité supérieure. Nos grandes émotions vont rechercher dans notre passé des émotions de valeur égale, et fréquemment de signe contraire : grande joie rappelant un deuil profond, échec rappelant tous les échecs subis jadis, etc. ; de même l'ébriété rappellera un chagrin ; l'attendrissement réveillera la langue maternelle ; la colère suscitera des souvenirs saugrenus. Il y a attraction réciproque entre les courants actuels intenses et les lits de courants taris dont le thalweg souterrain subsiste. Il semble que des courants factices et spontanément dérivants comme ceux que nous croyons être en jeu sous le Syndrome dit d'Automatisme (courants irradiants d'une épine neurologique) aient une attraction naturelle vers les vieux reliquats affectifs. Cette tendance serait inhérente à la dérivation elle-même, de même que la tendance descendante générale, déjà citée. L'orientation leur serait donnée par des troubles de la conduction ou des changements dans la formule du courant même ; il y aurait abouchements ou résonances indus. Deux systèmes éloignés l'un de l'autre, non réunis et non destinés à se répondre, deviendraient subitement syntones, et cette syntonie réveillerait un bloc idéo-affectif, de même qu'un réflexe mentonnier peut résulter d'une électrisation palmaire. Dans cette conception l'affectivité n'apparaît plus comme *primum movens,* l'influx initial qui dérive n'est pas d'origine affective ; il est de nature neurologique ; mais en irradiant il reconstitue d'autres courants, ceux-là de nature affective. Les résurrections affectives seraient un cas particulier de l'attraction entre frayages, et cette attraction serait elle-même une forme de cette dérivation que nous croyons être à l'origine et du Syndrome

d'Automatisme et de l'Idéation Seconde. De même que plusieurs éléments du Syndrome dit d'Automatisme ont leurs homologues dans le normal ou le subnormal, l'attraction morbide entre frayages serait calquée sur des attractions similaires s'exerçant à l'état normal ou tout au moins dans l'émotion et dans l'ivresse. Du point de vue psychologique, le processus que nous signalons ne nous semble pas discutable ; peut-être son explication se superpose-t-elle à sa description dans la forme ci-dessus exposée. Ce processus, de par sa généralité, semble mériter d'être étudié tout spécialement, ce qui nous fait rentrer dans la Psychologie, que je n'ai jamais prétendu fuir.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, BUSSARD.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 30 avril 1927

Crises d'épilepsie à aura hystériforme (?), par P. COURBON et J. MAGNAN. — Présentation d'une femme de 32 ans, internée au cours d'un accès d'automatisme ambulatoire pendant lequel elle était venue à Paris, après un voyage en chemin de fer de 100 kilomètres. Depuis son enfance, elle est sujette à des crises de perte de connaissance avec gestes et propos incohérents, ne durant que quelques secondes ou quelques minutes, mais dont les unes, qui sont les plus fréquentes, cessent immédiatement, et dont les autres, qui sont les plus rares, s'accompagnent de chute, de morsure de langue, d'émission d'urine, avec sommeil stertoreux consécutif. Les unes et les autres ont la même aura caractérisée par une constriction rétrosternale d'une durée assez longue pour permettre au sujet de prendre les précautions nécessaires contre une chute éventuelle. Peut-on admettre qu'il y ait là deux natures différentes de crises. Les unes, premières en date, épileptiques; les autres hystériques, greffées sur les premières, à la faveur de l'aura particulière de celles-ci.

Paralysie générale précoce apparue deux ans après l'infection spécifique, par L. MARCHAND et J. PICARD. — Si les cas de paralysie générale juvénile de cause hérédo-syphilitique sont aujourd'hui bien connus, ceux qui apparaissent chez des sujets jeunes par syphilis acquise après une brève incubation sont très rares. Les auteurs présentent une malade de 21 ans, atteinte de méningo-encéphalite subaiguë deux ans après la contamination spécifique. Elle a été traitée énergiquement par des injections arsenicales et bismuthiques dès l'apparition de la roséole. Ce traitement n'a pas empêché le développement d'une paralysie générale à marche galopante caractérisée par un état démentiel rapide avec instabilité de

©BIUM

l'humeur, érotisme, idées de richesse ; au point de vue somatique on note de la dysarthrie, de la rigidité et de la déformation pupillaire, du tremblement, une cachexie rapide. Le Wassermann du sang est très positif. La P. L. donne : albumine, 0,60 ; leucocytes : 10; réaction de Guillain : 22222.22222.10000. Le B.-W. est négatif. Autre point intéressant, le père et la mère de la malade étaient syphilitiques.

Traumatismes craniens et psychoses traumatiques, par TRÉNEL et LELONG. — Les auteurs présentent deux malades anciens traumatisés crâniens, l'un en 1916, par balle au crâne avec hypérostose consécutive, l'autre en 1919 par accident de chemin de fer : chute, plaie du cuir chevelu, perte de connaissance. Le premier, 39 ans, fait huit ans après un délire d'interprétation. Il croit que le magasin où il est employé, a formé un complot avec les prêtres pour le faire disparaître. Le second, 49 ans, conducteur de train, présente peu après le traumatisme des troubles de l'attention et de la mémoire (erreurs dans son travail), puis du caractère et de l'activité (violences domestiques), ainsi que des tendances revendicatrices. Ces deux cas méritent d'être comparés comme états morbides post-traumatiques possibles, l'un précoce, l'autre tardif.

Le réflexe de la face (Marie et Foix) et le réflexe contralatéral de la face (Paulian) dans la paralysie générale hypertonique, par TRÉNEL et LEROY. — Le réflexe décrit par Marie et Foix (*Société de Neurologie*, 29 juillet 1916) est fortement exagéré dans la paralysie générale spasmodique, ou mieux hypertonique. Dans un cas la plus légère pression produisait un rictus unilatéral excessif. La recherche du réflexe contralatéral de Paulian (*Revue neurologique*, février 1916), contraction des muscles faciaux du côté sain par pression du facial paralysé, a donné des résultats incertains, contradictoires et parfois inversés chez 3 P. G. hypertoniques chez qui d'ailleurs il n'y avait plus qu'une parésie, séquelle d'ictus ancien. L'existence d'un réflexe contralatéral de la face, pose la question depuis si longtemps discutée et récemment reprise de l'entrecroisement partiel du nerf facial. L'examen de 10 paralytiques et de 8 malades divers a donné des résultats variables.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du 23 avril 1927

6 cas de folie familiale ou gémellaire. — MM. A. MARIE et HUMBERT rappellent que l'hérédité explique l'évolution parfois identique des troubles mentaux chez les membres d'une même famille. L'hérédité, ici, n'a été confirmée qu'une seule fois. Chez une autre, il y eut commotion au sixième mois de la grossesse. Les autres jumelles s'étaient perdues de vue et l'échéance psychopathique de la ménopause les réunit à l'asile. Graf, Weiner, K. Ebing concluent en pareil cas que les prédispositions germinales priment les influences du milieu. Il s'agit plutôt de folies simultanées par psychoses concomitantes chez des prédisposées homologues. Les auteurs rappellent les travaux de Ball, Trénel, M. de Montyel, Maret, Trénel, Feltzman, Marro, Bellini, Marie, Warnock, Parker, Bageneff, etc.

Un cas de paralysie générale ayant débuté par un délire de possession. — MM. NATHAN et MAURICE montrent une malade dont le début de la paralysie générale fut marqué par un délire de possession ayant duré quelques semaines et ayant disparu pour céder la place à un délire incohérent avec agitation.

Idées d'influence et éthérisation. — MM. NATHAN et MAURICE présentent une malade atteinte d'un délire d'influence de forme érotomaniaque avec un état de négativisme rappelant celui de la démence précoce. L'éthérisation apporta des précisions intéressantes qui permirent de considérer ce syndrome d'influence comme un syndrome de compensation et le négativisme comme un moyen de défence contre l'intrusion de la réalité.

Phénomène de torsion du pied au cours d'un syndrome hémiparkinsonnien. — MM. BARUK et LAMACHE montrent un malade dont le premier symptôme appréciable d'un syndrome hémiparkinsonnien post-encéphalitique a été le phénomène d'enroulement du pied pendant la marche, avec abolition des réflexes de posture et hypotonie contrastant avec l'hypertonie du membre supérieur.

©BIUM

Confusion mentale simulant un syndrome de Korsakoff au cours d'une tumeur cérébrale. Action de l'injection hypertonique intra-veineuse sur la tension ventriculaire. — MM. CLAUDE, BARUK et LAMACHE montrent un homme de 53 ans, chez qui a apparu très rapidement un état confusionnel où prédomine l'onirisme, l'apathie et enfin une apparence de fabulation. De plus il existait un syndrome d'hypertension intra-cranienne très caractérisé et des signes pyramidaux unilatéraux. En réalité il ne s'agit pas de fabulation, mais de paramnésie avec mauvaise localisation dans le temps et trouble dans l'appréciation de la durée. Ce trouble est très fréquent dans la confusion mentale liée à l'hypertension intra-cranienne. Une injection intra-veineuse, de solution glucosée hypertonique à 300 pour 1.000, pratiquée pendant une ponction ventriculaire, n'a amené aucune modification de la tension ventriculaire.

Délire métabolique de la personnalité (contribution à l'étude des idées de négation). — MM. TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY présentent une malade de 66 ans qui, depuis 22 ans, a un délire de dépersonnalisation psychique apparu au cours d'un syndrome mélancolique d'involution. Ils portent le diagnostic de manie chronique et considèrent ce syndrome comme d'origine cénesthésique lié aux phénomènes d'involution tels que les a décrits Régis à propos de J.-J. Rousseau.

Psychose périodique et sclérose en plaques. — M. TARGOWLA et Mlle SERIN présentent une malade atteinte d'un état maniaco-dépressif dont 4 accès ont été observés. Cet état coïncide avec des signes frustes et un syndrome humoral de sclérose en plaques. Les auteurs ont observé d'autres cas analogues et insistent sur l'importance de la sclérose en plaques dans le déterminisme des psychoses. Ce cas montre une fois de plus combien sont justes et importantes les tendances de la psychiatrie française contemporaine à chercher, chaque fois que c'est possible, la différenciation des maladies mentales dans les données de la clinique et du laboratoire.

André CEILLIER.

©BIUM

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

M. le Professeur Léonardo Bianchi

M. le Professeur Bianchi est décédé subitement à Naples à l'âge de 80 ans, le 14 mars 1927. Neurologiste, professeur de psychiatrie à l'Université de Palerme, chaire qu'il échangea, en 1890, pour celle de neuropsychiatrie de l'Université de Naples, il était en même temps directeur du manicome de St-François-de-Sales. Député, Ministre de l'Instruction publique, sénateur, doyen de la Faculté de médecine, deux fois recteur de l'Université de Naples, Bianchi eut une carrière des plus illustres et en même temps des plus fécondes. C'est lui qui, pendant son ministère, créa la chaire d'anthropologie criminelle de Turin, chaire attribuée à César Lombroso.

Tout le monde connaît ses travaux sur l'aphasie, les centres moteurs corticaux du cerveau, l'hémiplégie, la surdité verbale, sa localisation des fonctions intellectuelles dans les lobes frontaux, l'amnésie, les lésions du lobe pariétal (syndrome de Bianchi), etc., etc. Sa disparition est une grosse perte pour la science italienne et pour la neuropathologie.

M. le Professeur Guiseppe d'Abundo

Peu de temps avant Bianchi, en décembre dernier, mourait le Professeur d'Abundo, à l'âge de 61 ans. Il avait succédé à son maître Bianchi dans la chaire de neuropsychiatrie de l'Université de Naples et, depuis 1925, dirigeait la revue *Neurologica* dans laquelle s'étaient fusionnés son propre journal *Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria et Elettroterapia* et les *Annali di Neurologia,* dirigées par Bianchi.

Il a publié de très nombreux travaux de neurologie et de psychiatrie et pendant la guerre a dirigé le centre neuropsychiatrique du XII[e] corps d'armée.

©BIUM

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES (1927)

Ce concours, primitivement fixé au 28 mars, a eu lieu le 25 avril.

Sept candidats étaient inscrits. Deux d'entre eux ont été éliminés après les épreuves d'admissibilité, n'ayant pas obtenu le nombre de points minimum (60) fixé par le jury.

Les résultats de ce concours ont été les suivants :

	Anatomie	Pathologie mentale	Pathologie interne ou hygiène hosp. it.	Administration	Epreuves cliniques : orale	Epreuves cliniques : écrite	Titres administratifs et scientifiques	Titres militaires	Total
M. Daussy (asiles de la Seine)	28	28	19 1/2	15	35	32	19	»	176 1/2
M. Sonn Mam (*id.*)	25	26	11	14	34	28	19	6	163
M. Clerc (*id.*).....	14	24	14 1/2	11	33	33	19	2	150 1/2
M. Bardot (*id.*) ...	19	24	17	11	32	20	16.5	»	139 1/2
M. Hacquard (asile de Maréville)...	18	28	13 1/2	13	33	17	13.5	2	138

Ces cinq candidats ont été proclamés admis.

Les questions posées étaient :

1. ANATOMIE : Plexus choroïdes et liquide céphalo-rachidien.

Questions restées dans l'urne : a) Zone rolandique, anatomie et physiologie ; *b)* Racines rachidiennes, anatomie et physiologie.

2. PATHOLOGIE MENTALE : Symptômes et diagnostic de la paralysie générale au début.

Questions restées dans l'urne : a) Troubles mentaux dans l'épilepsie dite essentielle ; *b)* Diagnostic des syndromes confusionnels.

3. PATHOLOGIE INTERNE OU HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : Aperçu synthétique de l'aide que peuvent apporter les recherches de laboratoire au point de vue de l'hygiène générale et du diagnostic dans les établissements d'aliénés.

Questions restées dans l'urne : a) Les dysentéries ; étiologie, diagnostic, prophylaxie ; *b)* diagnostic, prophylaxie et traitement de l'encéphalite épidémique.

4. ADMINISTRATION : Attribution du personnel administratif des asiles publics d'aliénés.

Questions restées dans l'urne : a) Organisation et fonctionnement des divers établissements publics consacrés aux aliénés. Dégager leurs caractéristiques et leurs traits différentiels aux points de vue juridique et adminisratif ; *b)* Certificats et bulletins de santé dont la rédaction incombe au médecin chef de service.

⁂

Un poste de Médecin chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le Docteur Beaudouin.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 34.447