

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1929.

Cote : 90152, 1929, n° 02



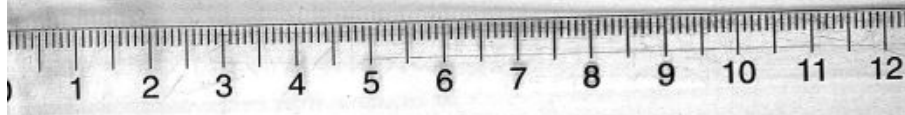
(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)

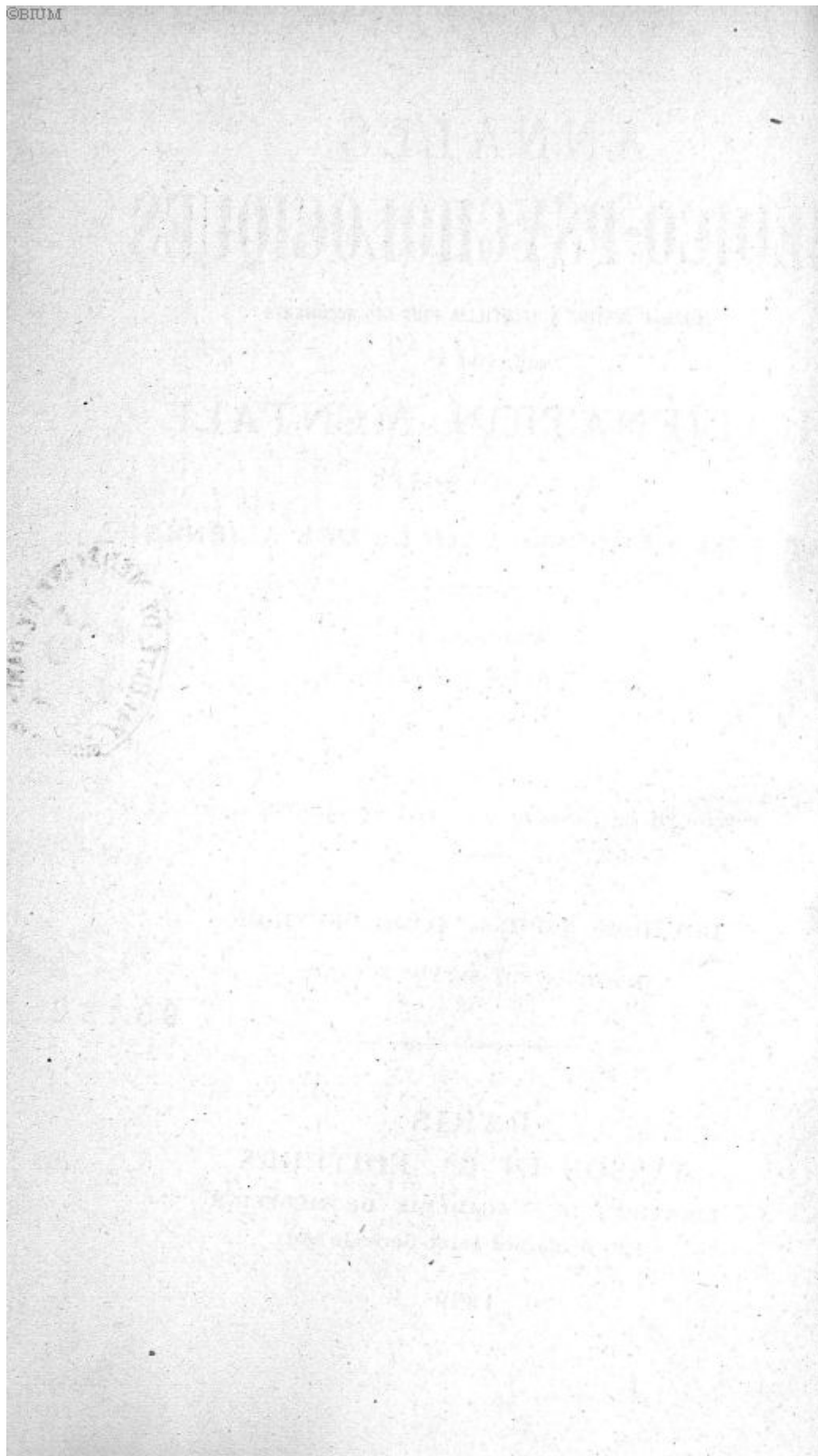
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1929x02>

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

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Juin 1929.

1. 1





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 DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME ANNÉE

90152

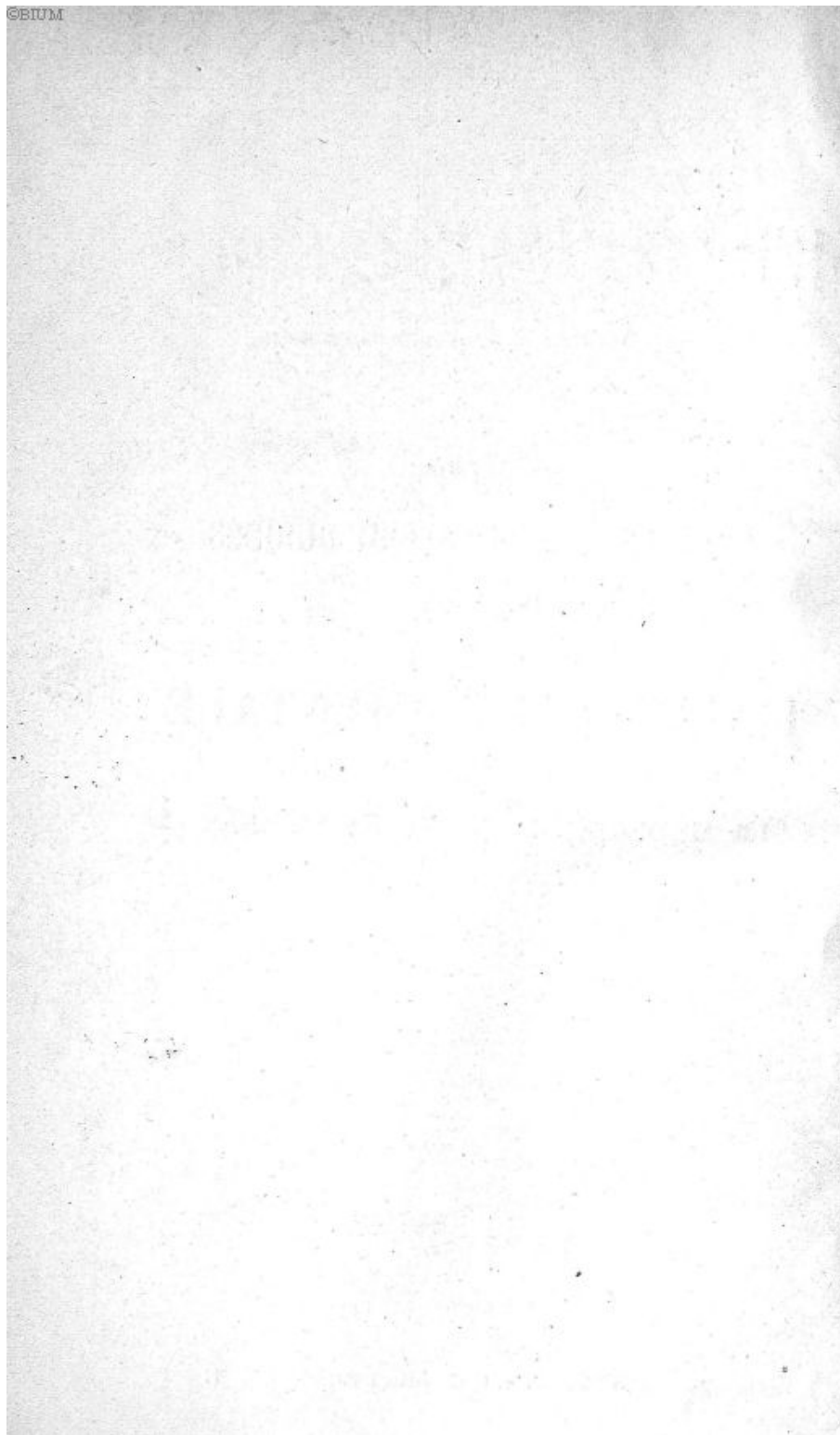
PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1929



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

Chronique

*Congrès des Médecins Aliénistes
et Neurologistes de Barcelone
(21-26 mai 1929)*

La 33^e Session du Congrès des aliénistes et neurologistes français et de langue française s'est tenue à Barcelone du 21 au 26 mai, sous la présidence du docteur Lalanne, médecin-chef de l'asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, et du docteur Gimeno-Riera, directeur de l'asile de Saragosse, assistés du Professeur Abadie, de Bordeaux, comme vice-président.

Elle coïncidait avec l'ouverture de l'Exposition Internationale, et c'était une gageure de prétendre l'installer au milieu d'une telle affluence. Mais le génie d'organisation du Secrétaire général permanent, René Charpentier, et le génie d'improvisation

du Secrétaire général local, Mira, veillaient. A René Charpentier que l'on suivrait, comme le dit le Professeur Donaggio, en plein désert avec certitude de succès, et à Mira qui possède à merveille l'art d'escamoter les difficultés, on avait si bien fait confiance, qu'au banquet de clôture assistaient encore plus de 300 convives, venus d'Angleterre, de Belgique, de Canada, de Danemark, d'Espagne, d'Esthonie, de France, de Hollande, d'Italie, de Luxembourg, de Norwège, de Pologne, de Portugal, de Suisse, de Tchéco-Slovaquie.

Chacun parvint à se loger et tous furent magnifiquement accueillis par les confrères du pays, par la Municipalité et par la Députation Provinciale : Lunch à l'Hôtel de Ville, mardi après-midi, soirée au Palais de la Députation le même jour, déjeuner au Tibidabo le mercredi, réception à l'Université le jeudi à 5 heures, audition musicale le soir, déjeuner à l'asile de Reus le vendredi, danses espagnoles le soir, déjeuner au Montserrat le samedi, collation à l'asile San Bandillo le soir, banquet de clôture le dimanche à l'Exposition et pendant 3 jours dans les îles Baléares toutes espèces de réjouissances.

Pour présider un Congrès aussi fastueux et en Espagne, Lalanne était prédestiné par les qualités qu'il possède des deux héros du roman espagnol. A l'altruisme passionné du chevalier, il joint le bon sens et l'appétit de l'écuyer ; car il a l'âme de don Quichotte, dans le corps de Sancho-Pança. Pour l'assister dans la tâche de nous présider en nous comblant de plaisirs, personne n'eût pu être plus apte que son collègue Gimeno-Riera à la parole si chaleureuse, à la mimique si élégamment expressive et dont la personnalité rayonne toute de sympathie.

Les discussions furent faites en français. Mais bien des allocutions le furent en espagnol. Lalanne né en Septimanie, et le représentant du Ministère de l'Hygiène Raynier, arrière-neveu de Girard de Roussillon, employèrent ce beau langage. Les écouter dans les deux langues, c'était évoquer les destinées communes à la France et à la Catalogne, quand les Wisigoths avaient à Toulouse leur capitale d'Aquitaine, puis quand les Maures promenaient leurs cimenterres et leurs turbans sur chaque versant des monts, et quand Raymond Béranger eut à son comté de Provence, ajouté celui de Barcelone.

BARCELONE. — Echelle de l'Occident, jetée comme Marseille, sur le rivage de la Méditerranée, par des navigateurs phocéens et carthaginois, ayant eu le même passé commercial elle lui ressemble encore, malgré la différence de leurs évolutions. Leurs beautés sont égales, mais avec plus de nonchalance chez l'une, et chez l'autre plus de passion.

Soucieuses de leur parure végétale, les montagnes qui étendent leur chaîne autour de Barcelone, sauf l'aventureux Montjuich, s'arrêtent à distance des embruns. Celles qui embrassent sa rivale poussent leur nudité ardente jusque sur l'abîme des flots. Jamais la première n'a tenu son port autrement que sur le côté, se contentant d'allonger le bras de Barcelonnette pour le protéger. La seconde avait mis le sien dans son giron entre ses blancs genoux de St-Nicolas et de St-Jean. La provençale a gardé plus de pittoresque dans ses vieilles ruelles où les loques qui séchent semblent pendre du ciel sur des foules plus grouillantes et plus bariolées. La catalane a acquis plus de somptuosité dans les nouveaux quartiers de son « ensanche » qui la recouvrent presque en entier.

A perte de vue s'étendent et s'entrecoupent des avenues, des rondas, des paseo, plus larges que ne l'étaient les places d'autrefois. Surpassés par les toits que borde parfois une balustrade, des panaches de palmiers et des parasols de platanes ou d'acacias les jalonnent. Des esplanades s'évasent autour d'une statue jaillie d'une colonne dans les airs. Des parcs prennent les dimensions d'un bois.

Les ramblas, comme le nom l'indique, sont des torrents dont le débit impétueux et sans trêve a creusé le lit en ligne droite. En leur milieu s'allonge une île délicieusement ombragée où, sous la ramure, entre des éventaires de fleurs, avec des sièges pour se reposer, déambulent les promeneurs. Leurs rives sont des terrasses de café toujours pleines où, devant le peuple attablé des consommateurs fatigués, s'agenouille le peuple infatigable des frotteurs de souliers. Leurs chaussées sont deux courants où voguent voitures et calèches de tous âges, autos de toutes formes, tramways à balladeuses et à impériales, où nagent chevaux, mulets, cavaliers, et où des agents bleus font une planche perpendiculaire en gesticulant.

Et de l'une à l'autre aurore, sans halte, ni répit, à la clarté du jour ensoleillé, et sous le flamboiement de l'électricité nocturne, hommes, femmes et enfants, dans ces parages, flânent ou se hâtent, marchent ou s'asseoient, causent ou s'interpellent en sifflant, cirent ou se font cirer les chaussures.

A minuit, comme à midi, on y coudoie nourrices portant leurs poupons et raccrocheuses gagnant leur vie, curés récitant leurs prières et noceurs fredonnant des chansons, religieuses promenant les orphelines de leur pensionnat et militaires exhibant leurs uniformes, vieilles filles et jeunes garçons,

vétérans et adolescents, ouvriers et rentiers, riches et pauvres. Dès costumes multicolores s'y éparpillent avec des casques à pointe, des schakos, des képis et des casquettes, des sabres, des épées et des baïonnettes. Le plus imprévu est celui qui à la servilité d'une livrée bleue, allie la solennité du chapeau gibus noir, le sans-façon de la pantoufle blanche et la férocité du fusil en bandouillère.

Les dimanches soirs, derrière un tambour et deux trompettes, défilent fièrement des cortèges de jeunes gens, le bonnet pointu catalan sur la tête, et sur l'épaule des branches chargées des prix que leur adresse a remportés aux concours de la journée. Et pendant des heures et des heures, ils livrent à l'admiration des passants leurs dos de futurs toréadors, où de malheureux lapins et coqs vivants pendent la tête en bas, l'œil injecté, la narine pulvérulente, l'oreille cyanosée. Le lundi de la Pentecôte s'étaient joints à eux des marins de France, d'Angleterre, d'Italie qui, suivant la politesse nautique, festonnaient par bandes les rues, pour simuler l'ivresse en l'honneur de l'Exposition.

Les églises, derrière des façades ogivales ou renaissance et des fenêtres exiguës sont, comme par toute l'Espagne, des caves de fraîcheur et des vitrines d'orfèvrerie. Les statues y portent des cheveux et des ongles pris sur des êtres humains, avec des manteaux et des étoffes tissés et brodés à la main ou à la machine. Les fidèles y prient ou y bavardent, s'y promènent ou y sommeillent selon qu'ils en ont envie. Moyennant la tête couverte, fût-ce de leur mouchoir de poche, les femmes s'y croient tout permis. C'est peut-être pour cela que tout prédicateur ne peut rien y dire sans le vociférer avec courroux.

La cathédrale, lourde malgré sa taille et ses clochers gothiques, est un antre d'obscurité. Le chœur découpe sous la grande nef un rectangle d'effrayantes ténèbres. Les vitraux de la coupole qui le surmontent en arrière y font couler une lueur de sang, tandis que des reflets de feu y montent de la chapelle souterraine de Ste-Eulalie, où brûlent constamment des cierges. Le seul objet que l'on distingue est la tête coupée d'un Maure qui se balance sous l'orgue, comme un trophée. Charles-Quint inaugura là sa puissance impériale, en présidant le conseil de la Toison d'Or. Le choix d'un tel décor par le père pour commencer, annonce celui de l'Escorial par le fils pour finir.

Le cloître, par un surprenant contraste, a la bonhomie du patio de prévoyants campagnards. Des oies paissent le gazon au bord d'un bassin ombragé, et dans les chapelles qui ferment les arcades, des armoires et des buffets encadrent les autels et les saintes images.

Par ailleurs, nombreux sont les palais coquets comme ceux de l'Hôtel de Ville et de la Députation Provinciale, qui datent du dernier siècle du moyen âge, comme celui de l'Université et de maintes administrations qui sont tout modernes. L'architecture ambitieuse des banques et des comptoirs n'est pas trop souvent disgracieuse. Les plantes et les fleurs peuplent les balcons. Infiniment moins de mendicité que dans le reste de l'Espagne et pas de poulillerie ; mais une place rectangulaire et qualifiée Royale est l'exacte reproduction de celles qui, depuis Philippe IV font, par la hauteur des arcades et la sobre élégance des façades la gloire de toutes les villes de la Péninsule.

Espagnole également est la passion pour la danse et les courses de taureaux. Un concert de guitare et de piano offert par la Société de Médecine de Barcelone et par celle des Neuro-Psychiatres d'Espagne, nous donna un exquis échantillon de la musique câline et trépidante du pays. Enfin à la soirée du Congrès, le cuardo flamenco d'une équipe andalouse nous entrebailla la porte des prestigieux ravissements de la danse nationale, danse foncièrement instinctive, cultivée comme un art depuis des siècles, pratiquée comme une religion par des fanatiques à toutes les époques, et que le génie de la Argentina vient d'égaliser à l'éloquence pour exprimer les mouvements les plus nuancés de l'âme.

Le TIBIDABO. — Point culminant de l'écran montagneux qui abrite la cité au Nord, il a 500 m. de haut. Ses pieds plongent dans les fleurs des plus luxueuses villas. Ses flancs couverts de prés sont parsemés de sapins. Sur son sommet frissonnent les bosquets entre une petite chapelle, une grande tour métallique et une balançoire aérienne presque aussi grande. En moins d'une heure, des auto-cars nous y transportèrent pour déjeuner à l'hôtel Florida.

Quoiqu'ensoleillée, l'atmosphère trop chaude manquait un peu de transparence. Sur les bandes roses des toits, et vertes des allées d'arbres, les clochers et les cheminées apparaissaient peu distincts comme les pièces d'un jeu d'échecs. La mer se plissait incolore et sans miroitement. Punie de sa coquetterie, Barcelone éteignait sa beauté sous une mantille trop épaisse. Mais elle était si langoureuse et si caressante était sa contemplation que son nom paraissait venir de sa ressemblance avec le berceau et non de l'héritage du farouche Barca, son parrain.

LE MONT JUICH. — Abruptement dressé tout contre la ville, et la moitié moins haut que le Tibidabo, c'est le meilleur observatoire pour la regarder. Sa base est frangée de chantiers poussiéreux sur le port, de théâtres et de cafés chantants sur le quartier du Parallelo, de pavillons reluisants sur le parc de l'Exposition. Une forteresse casque sa crête. De là on saisit avec netteté les détails avec leurs qualités et leurs défauts, le jet harmonieux des tours, le pur profil des églises, l'offusquante laideur de la Sagrada Familia avec ses deux hottes en treillis, l'importance des ateliers et fabriques, la richesse des bassins de la rade, l'azur tout proche du large, et la lointaine brume des monts. Le bruit des chants, des danses, des marteaux, des trompes et des sirènes gravissant la colline, apporte le témoignage de la gaieté et du labeur des vivants. La vue du cimetière au bas de l'autre pente atteste le néant des trépassés. De vilains coffres de ciment et de pierre, hauts, longs et minces comme des cartonnières, ont sur le devant plusieurs rangs de cases superposées. Dans ces boîtes sont enfermées, tels des papiers périmés, les dépouilles de ceux qui ne sont plus. La mort inspire ni crainte, ni vénération à cette nation qui a toujours eu l'amour de voir tuer, jadis au cirque et sur le bûcher, maintenant dans l'arène.

La citadelle rouge braque ses canons sur les citadins. Dans ses fossés, les soldats font l'exercice. On les aime pour leur pimpante allure quand ils marchent l'arme sur l'épaule en relevant alertement le bras. Quand ils chargent à la baïonnette, on admire leur fougue martiale. Mais quand ils mettent en joue, c'est d'horreur que l'on frémit, car au bout de leurs fusils le spectre sanglant de Ferrer se dresse portant au front les glorieux stigmates de la pensée assassinée.

On redescend, ayant compris que les Catalans sont aussi vaillants à l'ouvrage qu'à l'amusement, et l'on emporte de Barcelone une image très exacte. Dominée par les canons du Mont Juich et par les attractions aériennes du Tibidabo, ceinturée d'usines et partout gracieuse, quatre mots la résument toute : beauté, travail, plaisir, contrainte.

LE MONT SERRAT. — Mâchoire pyrénéenne dont la verte gencive ne recouvre que par lambeaux, l'os décharné, sa denture grise se déchausse à 1.200 mètres dans les cieux. Les bâtiments d'un monastère comme des racines perçant l'alvéole, tachent, à 100 mètres plus bas, de leur couleur jaune, l'ocre rosé de la paroi. Le torrent qui deviendra fleuve pour fertiliser la plaine catalane, y appuie sa rive droite.

Sur ses escarpements verticaux les chênes et les pins encadrent d'immenses panneaux où les rugosités du roc sculptent une frise de géants. Ce sont les fantômes pétrifiés des chevaliers du Graâl montant une garde éternelle autour de l'auguste Mont. On y reconnaît Titurel, courbé par la vieillesse, Amphortas meurtri de douleur, Gourmenans agenouillé et Parsifal bénissant.

Sur la cime, une végétation vive et drue étend les touffes et les buissons entre de formidables rochers coniques, uniques vestiges du sanctuaire et du burg de l'épopée. Secouées par la bourrasque, des corolles de toutes teintes y répandaient l'encens de tous les arômes du printemps, quand nous y abordâmes. Mais une tempête de pluie et d'éclairs nous força à déguerpir aussitôt, sauvant peut-être ainsi nos âmes du sortilège des Filles-Fleurs.

Après le déjeuner, on visita la chapelle du cou-

vent. Derrière et au-dessus de l'autel, recouverte de pourpre, la Vierge noire, sous un dais d'or, est debout. Plus aimante que respectueuse, la foule, sans la moindre gêne, monte à sa « brunette », sa « moretta », offrir ses baisers. Parfois, la tenue du fidèle est si désinvolte que l'on s'étonne de le voir se contenter du manteau de la madone pour appliquer ses lèvres.

Quand on redescendit, des buées remplissant la vallée estompaient les couleurs, plâtrant la lumière sur les arêtes, plombant les ombres. Dans ce paysage terreux, digne du Gréco, des curés en soutane, qui en souliers, qui en sandales, les uns fumant, les autres crachant, tous suant, trimballaient une longue croix de bois noir où se tordait la nudité mauve d'un Christ couronné d'épines et caleçonné de soie. Une pâmoison grimaçante tirait les traits du crucifié dont les épaules étaient zébrées des hachures du plus beau dermatisme. Lentement le cortège gagna l'église, tandis que plus lentement encore le funiculaire nous descendait.

L'ENCHANTEMENT NOCTURNE. — C'est le vendredi d'après la Pentecôte que nous le vîmes dans son inégalable splendeur. Mais il se reproduisit chaque soir un peu.

Nous revenions de Reus à la nuit close, après les fatigues d'une journée orageuse passée dans des auto-cars. Aux senteurs des orangers, des acacias et des roses, nous repérions dans le noir les champs et les villages admirés le matin. Nous approchions de Barcelone.

Soudain, les bleus rayons d'un astre encore invisible montent à l'Orient et s'y fixent en divergeant. Quelques secondes après, une déflagration aveu-

glante incendie toute l'étendue. Un palais immense d'ivoire, portant dômes et coupoles, avançant murailles et frontons, flanqué de tours, surgit au-dessus d'une cataracte d'argent au bout d'une avenue de jets d'eau vermeils. Tout autour des temples, des châteaux, des stèles en jade, en corail, en pierres précieuses de toutes couleurs s'égrènent parmi des bosquets d'émeraude et des parterres de rubis, d'améthyste, de turquoise. Schéhérazade rougirait de l'impuissance de son vocabulaire à décrire ce Parc de l'Exposition dans sa première parure nocturne.

Cependant, à l'autre coin de l'horizon, le Tibidabo, à une lieue de distance, a embrasé sa tour qui flambe comme un phare dans les nues.

Entre ces points extrêmes, la ville allume les milliers de ses feux. Les fenêtres brillent comme des hublots; aux toits, des lanternes jettent des passerelles; à chaque angle luit un fanal. Les projecteurs des esplanades fouillent l'espace. Frêles esquifs au milieu de ces monstrueux bâtiments à l'ancre, les voitures munies de lampions évoluent sur le chenal des avenues balisées de falots. Au large, des sémaphores échangent leurs signaux.

C'est la revue aux flambeaux des escadres d'un féerique univers, qui se passe. Mais l'on ne sait par qui elle est passée. On l'eût toujours ignoré si la lune dispersant les nuages n'était apparue sous l'écu étincelant de son plus rond bouclier, entourée de son état-major d'étoiles. Tanit, se rappelant la parenté du fondateur de Barcelone avec la prêtresse héroïque qui reprit aux barbares son voile sacré, était venue compléter la fête terrestre en déployant au-dessus d'elle le zaïmph constellé.

Telle fut la plus merveilleuse des visions que

nous laissa l'Exposition dont les portes furent bien ouvertes au jour prescrit, mais dont les pavillons étaient encore presque vides.

TARRAGONE. — Ancienne capitale de l'Hispania Citèrior et gardienne du Panthéon des Empereurs, elle conserve le rude caractère de sa romaine origine. Des vestiges l'annoncent, à la ronde, parmi les olivaias et les vignes : arc de triomphe, mausolée, aqueduc.

Aujourd'hui, comme alors, on aperçoit de loin sa butte altièrè. Le Capitole qui s'y élevait à 200 mètres au-dessus du port a disparu ; mais le précipice du Despatcho de las Penas y figure toujours la roche tarpéienne. Une cathédrale sévère, aux tours sans élan et dont l'ornementation gothique a la lourdeur du roman, y soutient un fronton échancré comme la lèvre d'un bec de lièvre. L'intérieur, obscur, possède des richesses que l'on n'eut pas le temps de regarder. Tout juste pûmes-nous savourer la peu pieuse aubade d'une ariette de Bosi, jouée à l'orgue en notre honneur par un chanoine très artiste.

Il fut à peine permis de jeter un coup d'œil sur les murs cyclopéens derrière lesquels se prépara le siège de Numance, et sur le golfe où la fumée des cargos a succédé aux rames des galères.

Les voitures dévalèrent par un mail et des chemins agrestes jusqu'à la manufacture de tabacs où l'on venait de découvrir une nécropole gallo-romaine. L'inscription funéraire d'une prêtresse de Jupiter Ammon, appelée Nectarea à cause de son ministère bachique, nous prouva que l'art monacal de la distillerie n'avait pas attendu l'arrivée des Chartreux exilés, pour fleurir en ces lumineux parages.

Pour les atteindre, nous avons parcouru un pays extraordinairement varié, des bocages normands, des olivaias et des vignes comme en Provence, des routes plantées de frênes et d'ormes comme celles du nord, des gorges blanches, des corniches rocheuses et des plages blondes bordées de goufres bleus comme notre Côte d'Azur.

SOUVENIR D'UNE PAUVRE ET IDYLLIQUE COUR. — Elle était installée il y a plus de 130 ans dans le faubourg de Sarria à Barcelone. Une maison branlante au mobilier bancal en était le château. Mais les deux héros de l'histoire : la princesse et le chambellan, ne souffraient guère de ce dénûment car à chacun la compagnie de l'autre suffisait.

Ils s'étaient connus dans la même prison de Paris, âgés, lui de cinquante ans, elle de quarante ; tous deux promis à l'échafaud. Depuis leur rencontre fatidique, ils ne devaient plus se quitter. Presqu'en même temps libérés, ils vécurent ensemble, moururent tous deux la même année en 1820, et reposent côte à côte dans la même tombe.

Sur le registre de l'écrou, on l'avait appelée citoyenne Penthievre, veuve de Philippe-Egalité, ci-devant duchesse d'Orléans. Lui avait été inscrit sous son nom véritable de Jacques-Marie Rozet, député de Toulouse à la Convention, ci-devant procureur-syndic dans cette ville. Du même crime de fidélité envers des guillotins, ils étaient coupables, lui pour les Girondins, elle pour son époux. La monstruosité du même forfait abolissant les inégalités de la naissance entre l'aristocrate et le roturier, les prédisposait à s'entendre.

Quand Notre Dame de Thermidor eut de ses jolis doigts arraché le verrou des geôles, ils décidèrent

de poursuivre le même but. Et la communauté de leur existence ne fut qu'une complicité dans l'assistance aux plus malheureux qu'eux-mêmes. Les électeurs de son pays l'envoyèrent siéger au conseil des Cinq-Cents, mais le Directoire exila la princesse en Catalogne. Pour la suivre, malgré la défense que son mandat lui faisait de quitter le territoire, il se cacha, tel un adolescent amoureux, dans les bagages. Il fut découvert à la frontière et incarcéré dans la forteresse de Bellegarde. Mais la haine ayant fait place à l'amour dans le cœur des puissants du jour, l'autorisation lui fut accordée de rejoindre la pros-crite.

Ils vécurent nombre d'années à Barcelone et aux Baléares. Charles IV, le roi débonnaire d'Espagne, immortalisé par les aventures de sa femme Marie-Louise, et par les peintures de Goya, n'ayant guère d'argent pour pensionner honorablement sa cousine, se rattrapa en comblant d'honneur son compagnon qu'il créa comte de Folmon et fit titulaire des ordres de la Croix de Malte et de saint Jacques.

Les temps passèrent, mais non leur mutuelle tendresse. Quand la Restauration eut ouvert la France aux bannis, ils vinrent habiter le château d'Ivry. C'est là qu'ils moururent à quelques mois d'intervalle. Elle exigea dans son testament qu'il soit enterré près d'elle, dans la chapelle princière du château de Dreux, par elle aménagée. Et sa volonté fut obéie avec la déférence due à la mère de celui qui allait devenir le roi Louis-Philippe.

Je n'ai retrouvé à Barcelone aucune trace de cette touchante idylle. Mais tout le monde peut voir à Paris l'enceinte où luisait l'été de la St-Martin qui la fit éclore. C'est un asile d'aliénés qui fonctionnait déjà comme tel à cette époque et qui jamais

depuis n'a changé ni de destination, ni de forme. Pinel avait commencé là ses premières études sur la folie. Son directeur sous la révolution, le Docteur Belhomme, l'avait mis à la disposition du Tribunal pour enfermer les prisonniers à qui leur fortune permettait d'adoucir la captivité en payant le traitement d'une maladie imaginaire. Les aliénistes qui s'y succédèrent furent Belhomme fils, Mesnet, Motet. Aujourd'hui elle appartient à Vurpas qui en a loué une partie à Meuriot et Allamagny, et qui avec la grande amabilité qu'on lui connaît m'a longuement guidé, à travers ses jardins et ses corridors.

LES ASILES. — Ils sont nommés cliniques psychiatriques. On se contentera ici d'esquisser les trois qui nous furent montrés, en ajoutant qu'ils sont très bien tenus. Les considérations d'ordre psychiatrique sont réservées pour une étude médico-psychologique sur l'Espagne à paraître dans un prochain numéro.

Saint-Bandillo, le plus ancien, date du milieu du siècle dernier. Il est situé dans deux vastes clôtures à l'extrémité d'un village, au milieu du luxuriant verger qu'est à ce niveau la plaine du Llobregat.

La Section des Hommes est la plus coquette avec, sur la route, des bâtiments administratifs à allure châtelaine avec avant-corps et perron. Les quartiers sont de hautes et longues constructions perpendiculaires à une allée centrale. Ni murs, ni grille ne les limitent, mais des massifs de fleurs, des bancs de céramique et de frais ombrages indiquent leur séparation. Si les malades ne la franchissent pas quand ils ne sont pas enfermés dans les salles, c'est qu'ils sont charmés par elle. Les salles sont

immenses, carrelées par terre et à mi-hauteur, blanches du sol au plafond. L'une d'elle, partagée en trois nefs par deux bas-flancs contient 120 lits. Le service est assuré par les Frères de St-Jean-de-Dieu dont nous avons visité les asiles de Belgique et de Hollande l'an dernier.

La Section des Femmes est plus modeste. Plus ancienne, elle n'a pas la symétrie de la précédente. Elle a des coins et des détours. Mais ce qui manque en netteté est gagné en intimité. Plus familial, plus douillet est le séjour dans ces appartements vieillots.

Le Service des Agitées, situé en contrebas, est pittoresque avec sa cour en cul-de-sac. Un balcon et un escalier de bois pendent du mur latéral de la maison qui le domine. Quelques vagues gradins en face de sa porte grillée, invitent à s'asseoir pour contempler le spectacle. L'aspect nullement rébarbatif est celui du revers d'un village donnant sur le rempart.

Quant à la salle d'hydrothérapie, les mosaïques, les vasques, les cuivres, les lignes mauresques y sont d'une richesse et d'une suggestion si orientales que la cornette de la sœur qui vous conduit devient turban, sa robe tchartaf, et qu'elle-même se mue en sultane.

D'ailleurs, la cour d'honneur où l'on entre par une simple porte de ferme, avec l'harmonieux équilibre de ses feuillages et de ses pelouses, avec le frissonnement de ses arbres touffus, la gloire de ses géants palmiers et l'écroulement de fleurs qui cachent ses murs, a la somptuosité d'un parc seigneurial.

L'asile Pedro Mata de Reus date de l'année 1900. Il est installé à mi-chemin entre des collines et la mer dans la province de Tarragone, à une demi-

heure du sommet des unes et du bord de l'autre. Des caroubiers, des amandiers, des coudriers étendent tout autour de lui leurs feuillages sur un sol rosé.

Ses pavillons de brique n'ont rien de monotone, tant sont variées les lignes des fenêtres et des baies. Chacun émerge d'un bosquet. Tout le confort et toute l'hygiène moderne à l'intérieur. Dans les cours bien ombragées, des sauts de loups ou des grilles laissant libre accès au reposant paysage des environs.

Quant au Pensionnat, il est d'un faste étourdissant. Le théâtre, la cathédrale et le palais ont fourni le plan. Le marbre, le porphyre, le jade et l'albâtre ont prêté leur matière ou son apparence à la céramique. Des colonnes, des tribunes et des vitraux ; des loges, des lustres et des balustres ; des peintures aux plafonds et des glaces sur les cloisons. Tout est luisant, glissant, miroitant, fulgurant. Le paralytique général ne peut souhaiter plus évident étalage de ses richesses.

La clinique psychiatrique de la Députation Provinciale s'étage à quelques kilomètres de Barcelone. Telle que nous l'avons vue, elle est le modèle incontestable de l'asile ouvert et de la cure en liberté, car elle n'a ni murs, ni fenêtres, ni clôture, ni habitants. Ceux-ci étaient vraisemblablement partis à l'Exposition porter le mobilier au salon de l'art national.

Le programme distribué la veille, annonçait une séance de communications avec projections. Pour communiquer, les voix des congressistes étaient prêtes ; mais les voies de communication pour atteindre l'amphithéâtre manquaient, emmenées elles aussi à l'Exposition pour figurer les chemins

du Village Espagnol. Le projecteur qu'il eût fallu, eut dû projeter d'abord les invités par delà fondrières et talus, mais il était mobilisé pour les projections lumineuses de la fête de nuit.

Seuls les acrobates dont je fus exécutèrent l'escalade, tandis que les autres pestaient dans les autos arrêtés, faute de route et même de sentier, à un kilomètre plus bas. Errant par le terrain bouleversé et dans les courants d'air des appartements, nous rencontrâmes un gardien qui nous remit une fort intéressante brochure de ce que sera l'établissement après son achèvement. Il sera absolument parfait.

D'ici là, Paul Morand, peut y venir. En décrivant cet asile de l'avenir, tel qu'il est, l'auteur de « Fermé le jour » et d'« Ouvert la nuit » donnera pour titre à sa description : « Ouvert la nuit et le jour. »

LES BALÉARES. — L'excursion aux Baléares fut splendide, m'a-t-on dit. Mais la nostalgie de l'âpre Castille et la curiosité de l'enivrante Andalousie m'empêchèrent d'y prendre part, et le regret ne saurait trouver la moindre place dans ma mémoire tant elle est pleine des plus prestigieux souvenirs.

C'est un sentiment de reconnaissance et une sensation d'éblouissement que nous gardons de Barcelone où des confrères étaient venus de toute l'Espagne pour nous accueillir.

Nous leur sommes reconnaissants, et de leur hospitalité magnifique et de tout ce que nous avons appris en traversant leurs cliniques, en écoutant leurs savantes discussions, en conversant avec eux,

sur l'art d'étudier et de traiter les maladies mentales et nerveuses. Pouvait-il en être autrement avec les disciples et dans la patrie de Ramon y Cajal !

Nous restons éblouis néanmoins de tant de choses étincelantes, sonores et mouvantes parmi lesquelles nous fûmes conduits. Aussi n'est-ce qu'en tâtonnant que l'on essaye de dégager quelques-uns des caractères qui rendent ce peuple si séduisant : camouflage du travail sous le plaisir ; confiance plus grande au caprice inspirateur de l'improvisation qu'à l'entêtement méthodique de la préparation ; jouissance paisible du présent ; consolation de l'insuccès passé par imagination du triomphe à venir. Ce sont là pratiques difficilement imitables, car il y faut des dons naturels de vivacité intellectuelle, de tolérance affective, de rapidité motrice et de justesse de jugement.

Quant au Congrès lui-même, par la bonhomie souriante qui présida à ses travaux et à ses réjouissances, par les nombreux intermèdes qui abrégèrent ses séances, il rappela les assemblées du moyen âge que tenaient, en langue d'oc souvent, Provençaux et Catalans. Ces Congrès s'appelaient « cours d'amour », les congressistes « troubadours », et leur savoir « gaie science ». C'est gaiement qu'aliénistes et neurologistes firent de la science à Barcelone.

Le responsable du résultat est celui qui orienta la session par un discours accessible aussi bien aux profanes qu'aux initiés, en parlant de la Fête des fous. Qu'il soit, pour cela, acclamé par le cri de l'enthousiasme ibérique : Ollé tou madre Lalanne !

Paul COURBON.

JALOUSIE PATHOLOGIQUE SUR UN FOND D'AUTOMATISME MENTAL (1)

Par E. MINKOWSKI

Mme L., âgée de 35 ans, vient nous consulter au Dispensaire de Prophylaxie Mentale. C'est une ouvrière, employée depuis des années dans la même usine ; son mari y est chef d'équipe. Au premier examen, la malade se plaint d'avoir eu l'impression qu'on se moquait d'elle, de ne plus être comme les autres, d'avoir la tête prise dans une griffe ; mais le but de sa visite est surtout un sentiment de jalousie à l'égard de son mari ; il y a environ deux ans, son mari avait amené à la maison un de ses amis ; sans savoir comment, elle sentit qu'elle devenait jalouse de cet homme ; l'idée que son mari pouvait avoir des rapports avec lui surgit ; depuis ce jour elle n'a cessé d'être jalouse de son mari « pour tout et pour tous » ; elle était amenée ainsi à lui faire des « scènes épouvantables », surtout au moment des règles ; découragée, elle voulut, il y a quelques jours, aller se jeter à l'eau.

Le mari de la malade fournit les renseignements suivants :

Ils sont mariés depuis juin 1914. Quelques mois après, le mari fut mobilisé ; blessé et fait prisonnier, il ne rentra à la maison qu'en décembre 1918.

Jusqu'à l'apparition des troubles actuels, il n'avait remarqué, chez sa femme, rien de particulièrement anormal. Il se rappelle cependant qu'elle lui avait fait, le lendemain du mariage, une petite scène, en prétendant qu'on l'avait obligée à l'épouser contre son gré. Elle aurait d'ailleurs un caractère assez jaloux, serait ainsi jalouse de sa sœur qui a une situation meilleure que la sienne.

Après le retour de captivité du mari, de 1918 à 1925, elle se montrait de temps en temps assez nerveuse, mais ne manifestait aucune idée bizarre.

(1) Travail de l'Hôpital Henri Rousselle, médecin-chef, D^r Toulouse

Les troubles actuels ont apparus brusquement, il y a deux ans. Un jour, il sort pour une heure ; à son retour, elle l'accuse de mœurs contre nature. Depuis des scènes de ce genre se reproduisent assez souvent, à propos d'un rien, à propos d'un retard de cinq minutes, par exemple. Le mari s'adresse à un médecin ; celui-ci, après l'échec d'une médication calmante, rédige un certificat d'internement ; mais le mari hésite à placer sa femme dans un asile.

Le père de la malade serait alcoolique. Un cousin a été atteint d'une maladie mentale.

La malade est une excellente ouvrière. Elle tient également très bien son intérieur, est très affectueuse pour ses enfants et, en dehors des scènes de jalousie qu'elle lui fait, pour son mari également. Celui-ci se rend parfaitement compte du caractère morbide de ces scènes.

Nous avons eu également l'occasion de voir les enfants de la malade, qui, tant en ce qui concerne leur tenue que leurs manières, témoignent de soins particuliers de la part de la maman.

A sa prochaine visite la malade nous raconte ce qui suit :

A l'âge de dix-neuf ans, elle a eu la rougeole ; à la suite de cette maladie, elle fut tracassée pendant plusieurs mois par l'idée qu'on se moquait d'elle, qu'on la regardait de travers, qu'elle transpirait d'une façon anormale des pieds et répandait une odeur nauséabonde que les autres devaient remarquer.

Vers la même époque, on avait fait, à l'atelier, des « potins » sur son compte, en l'accusant de relations intimes avec une autre jeune fille. Elle en fut outrée.

A ce moment, elle aimait un jeune homme, mais celui-ci donne la préférence à une de ses amies. Cela la rend jalouse.

A l'âge de 23 ans, elle fait un mariage de raison. Son mari se montre, dès le début, assez froid à son égard ; elle-même n'y prend que peu de plaisir.

Etant enfant, elle était très gaie, puis, jeune fille, a des accès de tristesse, ainsi à la suite de son premier amour malheureux et au moment du mariage.

Pendant la guerre elle aurait eu une liaison ; une autre après la guerre. Elle se croyait influencée par cet homme et se sentait hors d'état de résister à sa volonté.

Il y a deux ans, son mari aurait manifesté des soupçons sur le sujet de sa fidélité. Alors elle commence à l'accuser à son tour, et devient jalouse de lui ; découragée, elle pense au suicide.

Elle se rappelle très bien dans quelles circonstances elle ressentit cette jalousie pour la première fois ; sa jalousie s'était portée sur son ancien ami, qui était un camarade de son mari ; un jour, les voyant rentrer ensemble, elle est persuadée qu'ils ont fait de vilaines choses. Depuis, elle reste jalouse de son mari ; sa jalousie se porte indifféremment sur les hommes et les femmes.

Avant, elle avait souvent des malaises indéfinissables ; ces malaises ont disparu depuis qu'elle a des idées de jalousie. Elle a remarqué aussi que ces crises de jalousie se produisaient souvent le lendemain des rapports intimes avec son mari.

On est ainsi porté à croire qu'il s'agit, dans notre cas, avant tout de manifestations passionnelles, de nature pathologique, chez une personne ayant eu de tout temps une certaine tendance à la jalousie. La malade donne spontanément des détails de sa vie intime susceptibles de jouer le rôle de complexes affectifs et établit un rapport étroit entre ses manifestations passionnelles et sa vie instinctive. Il semble donc permis d'admettre que ce sont avant tout des facteurs d'ordre affectif qui se trouvent à la base des troubles mentaux qu'elle présente.

Pourtant un examen plus approfondi décèle des symptômes d'un tout autre ordre. La présence de ces symptômes ainsi que la façon dont ces divers troubles s'étagent, pour ainsi dire, dans la conscience morbide de Mme L. nous amènent à soumettre à une critique plus serrée la conception qui vient d'être formulée ; elles orientent nos explications pathogéniques dans une autre direction.

Nous voyons notre malade régulièrement tous les huit jours, pendant de longs mois. Laissons-lui la parole.

11 mai 1927. — Elle a été plus calme cette semaine, n'a pas ressenti de jalousie à l'égard de son mari.

Quand elle est mieux, elle se demande ce qui la prend comme ça. Il y a quelque chose d'étrange, de mystérieux, de bizarre en elle. Elle ne se retrouve pas dans ses idées de

alousie ; par elle-même, elle n'avait jamais éprouvé d'idées semblables ; ce ne sont pas des idées à elle ; elle s'est demandé si elle n'éprouvait pas ces idées sous l'influence d'une tierce personne.

Quand elle est jalouse d'une femme, elle retrouve souvent dans cette femme ses propres gestes, reconnaît en elle quelque chose de son propre moi ; en même temps, « elle ne se trouve plus elle-même ».

Elle est convaincue, et c'est une conviction qu'elle conserve malgré tout, que la femme dont elle était jalouse savait tout ce qu'elle pensait, qu'elle avait pris sa place en un mot. « On ne peut pourtant pas faire de changement de personnes, c'est ce que je me demande », elle trouve aussi qu'elle n'est pas comme les autres.

Quand elle pense, c'est comme si elle était en conversation avec quelqu'un. Quand elle travaille, c'est comme si quelqu'un lui commandait, lui disait, par exemple : va au cabinet ; elle discute alors avec ce quelqu'un. Elle ne sait pas si ce sont ses pensées à elle, oui ou non.

Dans son idée quelqu'un lui a fait quelque chose, l'a transformée ; si elle savait qui c'est, elle eût pu mieux se défendre.

Au cours de sa seconde liaison, elle sentait que son ami et même la femme de celui-ci, l'attiraient chez eux malgré elle. Son ami l'influçait, lui suggérait toutes ses idées. C'était un homme vicieux. Elle ne l'a jamais aimé, mais quelque chose la poussait vers cet homme, malgré elle.

A l'âge de 19 ans, elle changeait souvent de place à cause de son idée qu'on se moquait d'elle, qu'elle sentait mauvais. A d'ailleurs conservé ces idées pendant longtemps, jusqu'après le mariage, à vrai dire jusqu'à sa première liaison ; elle s'était attachée à cet homme.

Ici aussi, la malade établit un lien étroit entre des facteurs d'ordre affectif et la genèse de ses troubles. Mais nous voyons en même temps se dessiner nettement, et cela même en dehors des crises de jalousie, un ensemble de signes relevant tous du syndrome de Clérambault : vol de la pensée, dialogues intérieurs, énonciation des actes, idées d'influence. De plus, nous voyons intervenir des mécanismes d'identification et de projection (retrouve ses propres gestes dans la femme dont elle a été jalouse) qui constituent, comme on le

sait, une partie intégrante du transitivisme (1). Ces mêmes symptômes se retrouvent enfin dans les récits de la malade concernant son passé ; c'est ainsi que, selon elle, elle dut subir une influence étrangère lors de sa liaison d'après-guerre.

Les particularités que nous venons d'énumérer tendent, au cours de nos examens successifs, à prendre une place de plus en plus prépondérante dans le tableau clinique.

18 mai. — Dimanche elle a trouvé son mari tout changé ; il avait mal à la tête, était de mauvaise humeur. Elle s'est demandé si ce n'était pas lui qui l'avait retournée comme ça, elle aussi.

Un jour, au mois d'octobre de l'année passée, son enfant s'endormit sur ses bras ; elle a eu l'idée que son mari les avait endormis tous les deux. Depuis elle trouvait son enfant tout changé ; l'ami qu'elle avait eu, pendant la guerre, toussait ; elle a retrouvé la même toux chez son petit. Elle soupçonne qu'on fait subir maintenant les mêmes choses à une autre femme.

Ce qui lui paraît bizarre, c'est que son mari change si souvent, qu'il n'est pas toujours le même. Quand elle se trouve bien, elle trouve son mari mal. Elle se demande parfois si on ne leur a pas fait quelque chose à tous les deux (pleure). Elle se demande aussi parfois, si son mari n'a pas la clef du mystère, mais qu'il ne veut pas le lui dévoiler. La mère de son mari qui vit avec eux est aussi toute changée depuis un mois ; elle réfléchit tout le temps, tandis qu'avant elle parlait davantage.

Dès que le contremaître passe devant sa machine, à l'atelier, elle se sent trembler.

Elle a l'idée que le contremaître influence la femme blonde dont elle a été jalouse.

C'est d'ailleurs peut-être faux, c'est peut-être son imagination qui lui dit ça. Elle se demande parfois si elle ne devient pas folle. Elle désespère à force de faire ainsi des suppositions sur tout le monde.

(1) Une psychiatre polonaise, Dr A. Gruszecka a publié, au cours des dernières années, une étude particulièrement intéressante sur le transitivisme. A. Gruszecka : « Transitivisme, perte des frontières de la personnalité et la pensée primitive dans la schizophrénie ». Compte rendu de la Société des Amis de la Science à Posen, 1923.

Quelque chose de méchant se passe en elle contre son mari. Elle se dit que ce n'est pas elle ; ça vient par moments (pleure). Pendant les dix premières années de leur mariage, elle n'avait jamais fait de scènes à son mari. Si on lui avait dit qu'il la trompait, elle ne l'aurait pas cru. Pourtant elle a été jalouse à l'âge de 19 ans, après sa rougeole. Elle n'a d'ailleurs jamais compris son mariage ; elle n'aimait pas du tout le genre de ce garçon (son futur mari) et c'est lui qu'elle a épousé.

Nous pouvons ajouter au tableau retracé plus haut encore quelques détails. La malade a très souvent l'impression de changements mystérieux se produisant soit en elle, soit autour d'elle. Tantôt c'est elle qui est toute retournée, tantôt c'est quelqu'un des siens qui est changé. En même temps, des événements banaux et naturels, comme le fait de voir l'enfant s'endormir sur ses genoux deviennent pour elle problématiques, l'obligent à rechercher une raison spéciale pour eux. On a l'impression de se trouver ainsi en présence d'un trouble particulier, se rapportant à la sensation du *flux naturel de la vie*. Des événements qui passent d'habitude inaperçus ou sont considérés comme tout naturels, se séparent de ce flux avec une facilité particulière, émergent comme faits indépendants et sont projetés sur le sentiment de mystère qui semble constituer la toile de fond de ce psychisme (1).

D'une façon secondaire, ces événements, une fois séparés du *flux naturel*, deviennent souvent le point de départ d'identifications morbides, dont nous avons parlé plus haut. C'est ainsi qu'elle retrouve dans la toux de son enfant la toux de son ami ou arrive à croire qu'on fait subir à une autre femme ce qu'elle éprouve elle-même.

(1) Cette impression de changements bizarres est fréquente au cours de psychoses à base d'automatisme mental. C'est ainsi, par exemple, que la malade que j'avais décrite antérieurement (« De la rêverie morbide ou délire d'influence ». *Evolution psychiatrique*, t. II) racontait, entre autres, qu'étant allé consulter un médecin, elle l'avait vu, pendant la consultation, sous quatre ou cinq aspects différents : grand et petit, plus vieux et plus jeune, la couleur des yeux variait également.

Certaines paroles de notre malade pourraient faire croire qu'elle a conscience, du moins partiellement, de son état. En réalité, elle conserve toujours la conviction morbide que quelque chose de bizarre et de mystérieux se passe autour d'elle. Elle admet la notion de maladie tout au plus comme une des manifestations des agissements malfaisants qu'elle subit et veut bien être secourue par un médecin à ce titre.

Tous ces faits se retrouvent au cours des examens ultérieurs.

1^{er} juin. — Elle se sent mieux. N'a plus eu d'idées de jalousie ; cela la rend très heureuse. A eu, par contre, des idées comme si on l'accusait d'avoir eu des rapports contre nature avec sa sœur. Sur le moment, des idées pareilles lui font quelque chose, mais ensuite ça la fait rire ; elle se dit que quelqu'un l'a fait exprès pour se moquer d'elle.

Ce ne sont pas des voix, mais des idées. Elle le sait très bien, car avant il lui était arrivé d'entendre des voix ; on lui disait, par exemple : ton mari te trompe, c'était tout à fait comme si quelqu'un lui parlait, pourtant elle entendait ces voix, non pas par les oreilles, mais directement par le cerveau.

Elle se retrouve davantage elle-même, mais se repère à nouveau, change encore très souvent. À certains moments, se retrouve, pense alors à ses parents et se sent bien elle-même.

Depuis qu'elle va mieux, trouve aussi que tout le monde va mieux à la maison.

Quand elle était petite, ses parents ne se gênaient guère pour parler devant elle de toutes sortes de choses. Ainsi elle se rappelle les avoir entendus, quand elle avait sept ou huit ans, raconter que le sacristain avait des mœurs spéciales. Elle n'y pensait plus du tout, mais ces jours-ci ces faits lui sont revenus à l'esprit.

Elle se rappelle aussi que quand elle et ses sœurs étaient petites, comme ils vivaient à la campagne, leur mère, quand elles avaient fait leurs besoins, leur faisait lécher le derrière par le chien.

8 juin. — Elle n'a pas eu d'idées malades cette semaine ; sent le goût à la vie revenir ; a pris plaisir à remettre des papiers neufs dans son appartement. Elle se rend compte qu'elle a inutilement torturé son mari.

Avant, il lui arrivait souvent de se sentir la personne avec laquelle elle parlait ; cela l'exaspérait, et elle se demandait

si elle était destinée à vivre toujours comme ça à la remorque des autres. Aujourd'hui encore, à midi, a demandé à son mari si elle n'était pas lui, par hasard.

15 juin. — Pendant trois jours a dû penser à un chien, voyait tout le monde avec des têtes de chien ; les scènes d'enfance dont elle avait parlé l'autre jour lui revenaient à l'esprit. On dirait que quelqu'un lui envoie ces idées directement. Alors elle croit qu'elle est ailleurs, qu'elles sont deux à être comme cela, de la même façon. Chaque fois qu'elle regardait quelqu'un, elle croyait que ce quelqu'un connaissait ses pensées, savait qu'elle pensait à un chien, elle s'est mis dans la tête que quelqu'un avait assisté à ces scènes d'enfance et s'en servait maintenant contre elle.

Avant, elle avait eu souvent des conversations mentales ; ça lui disait, par exemple : une telle a fait ça et ça ; il s'agissait de la femme qu'elle croyait être la maîtresse de son mari. Elle n'est aucunement persuadée que c'étaient des phénomènes maladifs, car comment se fait-il que cette femme avait les mêmes gestes, les mêmes paroles, le même rire qu'elle-même jadis, à l'âge de 19 ans.

Elle a conservé pendant quinze ans l'idée que, quand elle parlait avec quelqu'un, son interlocuteur croyait qu'elle répandait une mauvaise odeur. Cette idée n'a disparu qu'il y a deux ans, quand elle eut des idées de jalousie.

Nous pouvons maintenant compléter encore notre analyse clinique :

Notre malade ébauche parfois des idées de persécution. C'est ainsi qu'elle croit, par exemple, que quelqu'un a assisté jadis à la scène du chien et s'en sert maintenant contre elle. Ses idées cependant ont un caractère tout à fait épisodique ; elles ne se cristallisent ni se systématisent à aucun moment. Cela cadre d'ailleurs on ne peut mieux avec l'attitude générale de la malade ; facilement abordable et plutôt confiante, elle ne se comporte pas du tout comme une paranoïaque.

Mais ce qui nous intéresse ici surtout, c'est la façon dont le passé intervient dans sa conscience morbide. On dirait tout d'abord qu'elle cherche un point d'appui dans le passé contre les changements perpétuels qu'elle croit éprouver, changements que nous avons rattachés à un trouble du sentiment du flux naturel du devenir et

qui donnent entre autres l'impression d'un fractionnement particulier du moi dans le temps. C'est ainsi qu'elle nous déclare qu'elle se retrouve quand elle pense à ses parents ; elle se sent alors être bien elle-même. C'est là un mécanisme facile à comprendre, le passé, avec toutes ses attaches affectives, étant un des fondements de la notion de l'identité et de la stabilité du moi.

On dirait, en même temps, que ce « recul vers le passé » fait surgir des souvenirs, soit de l'enfance, soit de périodes plus tardives de la vie : des récits entendus dans l'enfance, la scène du chien, le premier amour, les liaisons. Sans discuter le rôle pathogène qu'ont pu jouer ces événements, nous constatons surtout que ces souvenirs subissent une transformation morbide, imposée, dirait-on, par les lois qui régissent l'activité mentale de notre malade : ils prennent facilement un caractère obsessionnel ou plutôt de rumination ou de mentisme, et qui plus est, sont de suite englobés dans l'automatisme mental ou encore dans les mécanismes d'identification et de projection qui caractérisent, comme nous le savons, le fond mental de Mme L. C'est ainsi qu'en repensant à la scène du chien, elle voit toutes les personnes autour d'elle avec des têtes de chien, qu'elle prétend que la femme dont elle avait été jalouse récemment avait les mêmes gestes, les mêmes paroles, le même rire qu'elle-même à l'âge de 19 ans, de façon analogue qu'elle le faisait antérieurement par rapport à la toux de son enfant, etc.

Nous ne pouvons non plus passer sous silence encore une de ses affirmations, à savoir qu'elle avait conservé, pendant quinze ans, certaines des idées malades qu'elle avait eues à l'âge de 19 ans. Certes, il peut s'agir là d'interprétations rétrospectives, mais, d'autre part, nous savons qu'il existe des cas où des troubles de ce genre se maintiennent pendant de longues années sans nécessairement se manifester au dehors d'une façon apparente.

22 juin. — Cette semaine a été meilleure. Elle ne croit plus qu'on puisse deviner sa pensée ou lui envoyer des pensées ; par contre, elle a eu des céphalées.

Au début de la guerre, elle était persuadée qu'elle avait le même caractère que son mari, qu'ils étaient pareils. De ce fait, elle croyait revoir toute la vie passée de son mari. Il y a deux ans, son mari commença à lui faire des reproches, l'accusait d'avoir fait la noce, elle, alors, voyait de suite que c'était lui et non elle qui avait fait ça ; c'est lui ainsi qui a fait naître sa jalousie.

La façon dont les reproches de son mari ont pu faire naître en elle des idées de jalousie, se précise maintenant. Il ne semble pas s'agir d'un manège plus ou moins conscient, ayant pour base la formule : accuse pour ne pas être accusé, comme on aurait pu le croire au début, mais bien davantage d'une manifestation soumise entièrement au principe morbide d'identification et déterminée par lui.

6 juillet. — Quelque chose, par moments, lui fait prendre un air tout à fait idiot. Ça la pousse à faire ou à dire des bêtises. C'est comme si une personne l'impressionnait, lui faisait peur. Elle ne croit pas du tout qu'il s'agisse là d'un phénomène morbide, mais est persuadée, au contraire, que c'est quelqu'un qui lui fait ça. Il faudrait évidemment que ce quelqu'un ait une volonté colossale.

14 septembre. — (Après une interruption de six semaines pendant les grandes vacances). Se sent dans l'ensemble assez bien, trouve la vie supportable, pourtant bien des choses bizarres se passent encore en elle.

Quelque chose la forçait ces temps-ci à repenser à tout ce qu'elle avait fait. Quand elle pense, cela lui revient, quelques instants après, avec une force extraordinaire, comme une sorte d'accusation.

Elle a pensé à une personne qui était déjà morte ; elle a eu l'impression comme si elle parlait avec elle, comme si l'autre lui répondait. Après cela a souvent eu l'idée qu'on pouvait parler avec les esprits. A cru aussi qu'on pouvait savoir par une morte tout ce qu'elle avait fait. A l'atelier ça sent parfois la mort, le cadavre.

Est sûre de correspondre par la pensée avec une autre personne. Elle essaye de penser, pour savoir si quelqu'un connaît sa pensée ; car dans l'affirmative, cette pensée revient vers elle sous forme d'accusation.

Elle en a assez de mettre comme ça tout le monde au courant de sa vie, en a par-dessus la tête.

L'esprit de la personne morte est peut-être en elle et sait ce qu'elle pense. Car comment expliquer autrement qu'on connaît sa pensée.

Quand elle se proposait d'acheter un linoléum, la voisine l'avait de suite. Cette voisine arrivait ainsi à avoir tout ce qu'elle (la malade) désirait et s'est enrichie ainsi du fait de savoir ce qu'elle désirait. Elle s'est dit alors qu'elle allait penser uniquement à des horreurs, pour que l'autre les ait.

Jeudi et vendredi dernier elle marchait et parlait exactement comme le contremaître.

Samedi s'est retrouvée à nouveau, se sentait alors bien, comme à l'âge de 18 ans.

28 septembre. — On dirait tout le temps que quelque chose vous cause, vous commande.

Elle se sent toujours dans le néant, elle ne sait pas où elle en est, et elle voudrait savoir d'où vient ce qui se passe en elle. Elle finit par croire que ça vient d'une personne méchante et jalouse d'elle.

26 octobre. — Dès qu'elle pense à quelque chose, ça va de suite à une autre personne. Elle croit aussi que des pensées lui sont envoyées ; par exemple, l'autre jour, l'idée qu'elle pourrait être enceinte d'un chien ; cette idée ne venait pas d'elle parce qu'elle ne pense jamais à des horreurs pareilles.

7 décembre. — Ne ressent plus de jalousie. A l'atelier tout le monde est également gentil pour elle.

Quand elle parle patois, elle revoit son enfance, et quand elle parle français, elle le fait comme si elle était une autre personne. « Mais c'est la même personne, n'est-ce pas ? »

A revu ces jours-ci son frère ; c'était tout à fait l'impression que quand elle l'avait vu pour la première fois à l'âge de 18 ans. (Il s'agit d'un frère naturel dont elle avait ignoré l'existence jusqu'à l'âge de 18 ans).

Quand elle a une crise de larmes, se revoit petite ; dans son enfance elle était très timide et pleurait souvent à l'école.

Demande. — Sont-ce des souvenirs évoqués par les larmes ?

Réponse. — Non, je me sens comme si j'étais enfant.

Il y a toujours de mauvaises odeurs qui la suivent. Quelque chose la pousse à penser à son amant ; voit alors qu'une autre personne pénètre en elle, à savoir la femme de cet amant qui, d'ailleurs, est morte depuis. Avant, cette femme l'imitait en tout : dès qu'elle mettait son tapis à la fenêtre, l'autre faisait de même ; elle copiait aussi toutes ses robes, de sorte qu'au bout de huit jours elles arrivaient à avoir des robes semblables. Cette femme était très jalouse d'elle.

Quand le jeune homme qu'elle avait aimé jadis en épousa une autre, elle fut jalouse, mais jalouse comme on l'est quand on aime quelqu'un et qu'on vous le prend. Ce n'est pas la même chose maintenant. Elle n'aime pas son mari. C'est quelque chose qui la rend jalouse.

Parfois elle sent en elle-même comme la présence d'une autre personne qui aimerait son mari. Ça la retourne. Elle sent que c'est la femme qu'elle avait suspectée d'aller avec son mari qui pénètre comme ça en elle. Cette femme n'est pas une femme comme les autres ; elle est comme elle (la malade), c'est-à-dire changeante et éprouvant les mêmes phénomènes qu'elle ; ou alors c'est qu'on lui aurait aussi fait quelque chose.

Avant, la vie conjugale la laissait tout à fait indifférente et insensible. Depuis qu'elle est jalouse, elle éprouve, au contraire, un grand plaisir.

14 décembre. — A l'usine, sa machine, depuis quelque temps, s'est mise à taper d'une façon singulière ; rien de semblable ne s'était jamais produit antérieurement. Elle se demande si la machine n'est pas ensorcelée ; elle est toute disposée à le croire.

Elle croit que quelque chose se fait autour d'elle, mais elle n'y comprend rien.

Elle ne se trouve plus en elle-même, elle a pris la place d'une autre. Avec son garçon c'est la même chose, il a aussi des tristesses, on dirait qu'il est toujours à moitié endormi. Que tout retombe sur elle, mais non pas sur ses enfants (pleure). Elle croit qu'on fait quelque chose à son petit. Depuis quinze jours, son fils se comporte comme elle-même, quand elle était petite : est timide et craintif.

Elle ne croira jamais que c'est une maladie qui lui fait ça.

Elle se demande si elle est un esprit mort ou un esprit vivant, elle ne sait plus ce qu'elle est.

25 janvier 1928. — Depuis quelque temps, un Chinois travaille à l'usine. Ce Chinois ressemble de tête et de manières à son deuxième ami, fait les mêmes gestes que lui ; alors elle a le sentiment comme si elle aimait ce Chinois.

Elle n'a aimé, au fond, qu'une fois dans sa vie, à l'âge de 19 ans. Mais maintenant, elle se demande parfois si c'est bien elle qui avait aimé ce jeune homme, si ce n'était pas son amie qui était en elle et qui l'avait aimé ainsi. Pourtant jadis, elle était sûre que c'était bien elle. Elle pensait encore à lui au moment de son mariage.

On a dû la mettre à la place d'une personne qui n'avait pas tout son bon sens ou alors c'est que son mari a pris une autre qu'elle, une femme qui aurait été suggestionnée.

C'est toujours un mystère qu'elle n'arrive pas à comprendre.

Nous pouvons ajouter maintenant encore quelques détails au tableau clinique esquissé plus haut.

Il existe des hallucinations olfactives : à l'atelier ça sent parfois le cadavre, il y a aussi des mauvaises odeurs qu'on lui envoie et qui la suivent. Ces hallucinations sont d'ailleurs fréquentes ; notre malade nous en a parlé bien plus souvent que nous ne l'avons consigné dans nos notes. Un jour qu'elle se sentait mieux, elle nous disait aussi qu'on lui envoyait de bonnes odeurs, des odeurs de fleurs.

Parfois la malade ébauche des idées de grandeur ; c'est ainsi qu'elle nous dit, par exemple, que celui qui l'influence doit être certainement doué d'une volonté colossale. Mais ces idées, comme les idées de persécution dont il a été question plus haut, ne se cristallisent point et gardent un caractère tout à fait épisodique.

Il est intéressant à noter, comment la malade groupe les phénomènes morbides qu'elle éprouve pour fournir une « preuve » de leur réalité. C'est ainsi que pour savoir si quelqu'un connaît sa pensée, elle pense et si cette pensée lui revient sous forme d'accusation, cela prouve évidemment qu'on est au courant de ce à quoi elle a pensé. Cela nous rappelle un autre malade qui, présentant des symptômes analogues, nous disait un jour : j'étais tranquillement assis dans mon fauteuil, tout d'un coup j'entends quelqu'un dire : un tel est assis dans son fauteuil et il porte à son annulaire droit une bague ornée d'un rubis, et « figurez-vous, ajoutait-il, j'avais réellement à mon doigt une bague pareille ». Une autre fois, il entend dire dans la rue : « Un tel a oublié quelque chose », et — circonstance qui prouvait bien qu'on savait tout ce qui le concernait — il avait réellement oublié à la maison la clé de sa chambre.

Notre malade se défend parfois contre ceux qui l'importunent. C'est ainsi qu'en ayant constaté que sa voisine réussissait, en s'emparant de sa pensée, à avoir tout ce qu'elle désirait, elle s'est mise à penser à toutes sortes d'horreurs pour que ces horreurs arrivent à l'au-

tre. De même le malade dont nous venons de parler, pour dérouter ses persécuteurs, faisait des efforts inhumains, comme il nous le racontait, pour arriver à se dire, quand il lisait par exemple, que ce n'était pas lui, mais une autre personne qui se livrait à cette lecture.

La projection dans le passé dont nous avons eu déjà l'occasion de parler, ressort aussi nettement que précédemment. C'est ainsi que la malade rattache constamment des événements actuels à des événements passés. Il est intéressant à noter qu'il ne s'agit pas là pour elle de simples souvenirs évoqués par les événements présents ; non, c'est bien davantage comme une véritable identification, une reviviscence du passé avec tous les caractères du présent. C'est ainsi qu'à l'occasion de la visite de son frère naturel, elle se revoit telle qu'elle a été à l'âge de 18 ans, ou quand elle a une crise de larmes, se revoit petite fille. C'est là probablement aussi un des effets du fractionnement du moi et du devenir dans le temps, dont il a été question plus haut. La perspective vivante qui permet d'envisager le passé du point de vue du présent arrive à faire défaut, et des tranches du passé s'identifient de ce fait au présent. Nous avons eu déjà l'occasion de parler de ce phénomène dans une étude antérieure (1). Il est peut-être utile de rappeler ici également, malgré qu'il ne s'agisse pas là de faits entièrement superposables à ceux que nous étudions ici, que l'impression du « déjà vu » ne repose pas, selon la conception ingénieuse de Pierre Janet, sur la présence d'un faux souvenir, mais bien davantage sur un trouble de la fonction de présentification ; la défaillance de cette fonction de nature complexe et synthétique aurait pour conséquence une projection dans le passé d'une impression présente.

Nous ne mentionnons d'ailleurs ces faits ici qu'en passant, car il est temps d'esquisser un aperçu d'ensemble.

*
**

(1) E. MINKOWSKI. — Les regrets morbides. *Annales Médico Psychologiques*, novembre 1925.

Si nous ouvrons un des manuels classiques de psychiatrie, comme celui de Chaslin (1), nous y trouvons, en dehors des idées délirantes de jalousie chez les alcooliques, la description de deux sortes de cas de jalousie pathologique : 1) la jalousie pathologique en tant que variété de passions anormales, survenant chez des sujets déséquilibrés et parfois débiles (exemple de Léa, Chaslin, page 505) et 2) la folie systématisée de jalousie, en tant que modalité des folies systématisées chroniques, basée *uniquement* sur des interprétations délirantes (cas de Mme Vid., Chaslin, page 739).

Notre cas ne se laisse ranger dans aucune de ces deux catégories. Le sentiment de jalousie apparaît chez notre malade de façon paroxystique et se manifeste sur un fond mental particulier.

Ce fond est constitué par le syndrome de Clérambault auquel viennent s'ajouter des symptômes relevant des mécanismes d'identification et de projection (transitivisme).

La coexistence de ces divers symptômes n'est pas faites pour surprendre, car ils relèvent, et les uns et les autres, d'un sentiment de dépersonnalisation ou, comme il est peut-être préférable de dire, traduisent un trouble de l'affirmation du moi par rapport à l'espace. Dans le syndrome de Clérambault, c'est la vie intime du moi qui se reflète, pour ainsi dire, au dehors, dans le transitivisme, c'est le moi tout entier qui est projeté ailleurs dans l'espace et attribué à d'autres personnes. C'est ici comme une répétition, c'est-à-dire comme un écho du moi, comme c'est là-bas un écho de la pensée.

Pour compléter notre tableau, nous devons d'ailleurs y ajouter encore le phénomène d'un fractionnement particulier de la notion de durée, se traduisant par le fait que les événements ressortent plus qu'ils ne faut du flux naturel du devenir et, une fois séparés ainsi de lui, sont soit éprouvés comme changements ininterrompus et extraordinaires se produisant autour du malade

(1) Ph. CHASLIN. — « *Éléments de sémiologie et clinique mentales* », 1912.

ou en lui-même, soit projetés sur le fond de mystère qui semble planer autour de lui.

Le problème qui doit nous occuper maintenant, c'est la façon dont le sentiment de jalousie se laisse rattacher au fond mental sur lequel il vient éclore.

A ce point de vue, faisons tout d'abord une constatation de fait. Nous avons suivi notre malade pendant plus d'une année et, au cours de cette année, nous avons assisté à des oscillations dans son état. Ces oscillations nous ont permis de voir comment les divers troubles que nous avons décrits s'étagaient, pour ainsi dire, dans la conscience de la malade. La jalousie était au fond le symptôme le moins constant ; elle apparaissait de temps en temps, pour s'évanouir à nouveau et pour ne plus revenir, en fin de compte, pendant de longs mois. Mais son absence n'indiquait aucunement le retour à la normale. Derrière existait le fond mental que nous avons précisé plus haut. Mais là encore une certaine hiérarchie semblait pouvoir être établie. Les signes de l'automatisme mental ainsi que du transitivity, sans jamais disparaître entièrement, se montraient plus ou moins actifs ; parfois ils étaient à peine perceptibles. Mais ce qui persistait toujours d'une façon invariable, pour apparaître même encore plus nettement quand les autres troubles paraissaient s'atténuer, c'est l'impression de mystère enveloppant la malade de toutes parts. C'est ainsi qu'elle nous parle de machines ensorcelées et ne se lasse point de répéter qu'il y a « quelque chose tout autour d'elle qu'elle n'arrive pas à comprendre, que c'est un mystère qu'elle n'arrive pas à pénétrer ».

De cette façon, les phénomènes dont nous avons eu à nous occuper viennent se situer dans la conscience de notre malade sur trois échelons : 1) impression de mystère, 2) automatisme mental et transitivity, 3) jalousie.

Mais le fait d'avoir établi trois échelons successifs dans la conscience de notre malade ne nous dit rien encore sur les liens qui existent entre eux. C'est pourtant là le point qui nous intéresse le plus.

De Clérambault, dans ses études sur les psychoses à

base d'automatisme mental, a montré comment des facteurs d'ordre constitutionnel pouvaient venir s'ajouter, du dehors pour ainsi dire, au noyau central de ces psychoses.

N'y aurait-il pas lieu de rechercher une origine analogue pour les idées de jalousie de notre malade ? Certains faits plaident en faveur de cette conception ; son mari signale chez elle une certaine tendance à la jalousie. Pourtant, en poussant plus avant l'étude de notre malade, nous voyons non seulement qu'elle ne constitue pas, autour du syndrome d'automatisme mental, de véritable délire de jalousie, comme le fait le paranoïaque, par exemple, en y ajoutant un délire de persécution, mais encore qu'elle n'a pas de caractère ombrageux et jaloux à proprement parler. Assez confiante, elle ne manifeste sa jalousie que d'une façon épisodique et sous une forme particulière.

Cela nous oblige à rechercher une autre explication. Nous avons vu déjà que des facteurs affectifs intervenaient constamment dans les dires de notre malade. Un fil conducteur se laisse poursuivre ainsi, allant des premiers chocs de l'enfance, à travers la première déception amoureuse, le mariage par dépit et les liaisons ultérieures, jusqu'au sentiment de jalousie ainsi qu'au contenu de certains symptômes de la psychose actuelle. Une question se pose, à savoir s'il n'est pas justifié de voir là un argument en faveur d'une interprétation purement affective des symptômes. Cellier a développé une conception de cet ordre au sujet des idées d'influence, en admettant que, par contraste affectif, l'individu arrivait à repousser certaines pensées et certains sentiments et à les considérer comme lui étant imposés par d'autres. Là encore, certains détails viennent plaider en faveur de cette hypothèse. Ainsi notre malade attribue sa liaison d'après-guerre, qui a laissé en elle un souvenir particulièrement pénible, à une influence étrangère ; elle nous raconte aussi que quelque chose de méchant se passe en elle contre son mari et qu'elle se dit que ça ne vient pas d'elle, ou s'exprime d'une façon encore plus nette, au sujet d'une de ses idées, en disant que « cette idée ne venait pas

d'elle parce qu'elle ne pensait jamais à des horreurs pareilles ». D'autre part, les détails d'ordre sexuel, ainsi que l'aveu très caractéristique de sa frigidité dans le mariage, frigidité ayant fait place, depuis qu'elle est jalouse de son mari, à un sentiment de plaisir, tendraient à établir un lien étroit non seulement avec la vie affective dans le sens restreint du mot, mais encore avec la vie instinctive du sujet.

Nous ne voulons pas discuter ici en détail ces hypothèses. Nous rappelons seulement qu'en recherchant la genèse affective des troubles, elles établissent d'emblée une analogie trop grande, pour ne pas dire une identité absolue, entre les manifestations idéo-affectives de la conscience normale et les manifestations idéo-affectives de la conscience morbide ; elles courent ainsi le risque de passer à côté d'un problème important, à savoir comment ces divers facteurs s'enchainent dans celle-ci. Nous n'avons, au fond, aucune raison d'admettre *a priori* que les divers mouvements d'attraction ou de répulsion que peut éprouver l'être humain sont indépendants du cadre dans lequel ils se déroulent.

Quoi qu'il en soit, une autre voie encore paraît praticable.

Notre malade a présenté une première poussée de troubles mentaux à l'âge de 19 ans. Depuis, et nous avons des raisons sérieuses pour le croire, elle n'a jamais retrouvé un équilibre parfait ; elle paraît avoir conservé pendant tout ce temps une forme fruste du syndrome de Clérambault, comme elle le fait aussi maintenant quand elle dit se sentir mieux et quand, extérieurement, elle se comporte d'une façon presque normale. Il paraît permis d'admettre que les divers côtés de son psychisme restent subordonnés à la forme particulière de la vie mentale qu'elle réalise ainsi. Il se peut ainsi fort bien que les mécanismes pathologiques qui dominent sa vie mentale aient contribué à transformer pour elle, surtout au moment de sa deuxième liaison, en « amour » ce qui, au fond, n'était qu'une attraction vague, imprécise et impersonnelle. Très caractéristique nous paraît à ce point de vue ce qu'elle raconte au sujet du chinois, employé comme ouvrier

dans son usine. « Ce chinois ressemble de tête et de manières à son deuxième amant ; il fait les mêmes gestes que celui-ci ; alors elle a le sentiment comme si elle l'aimait. » Ici la tendance pathologique à découvrir des similitudes et des identités semble bien précéder la genèse d'un sentiment auquel tout au plus on pourrait réserver le nom de « pseudo-amour ». De même, comme nous l'avons vu plus haut, un rôle prépondérant revient au mécanisme d'identification dans la genèse de sa jalousie pathologique. Elle n'a d'ailleurs aucune peine à établir la différence de tonalité et, nous dirions presque, de nature qui existe entre cette jalousie et celle qu'elle avait éprouvée jadis quand son fiancé épousa une de ses amies, car son fiancé, « elle l'aimait » et était contrariée de le voir à une autre, tandis qu'elle n'avait jamais aimé son mari.

En a-t-elle été réellement jalouse, quoi qu'elle en dise elle-même, voilà la question que nous devons poser maintenant.

Nous revenons aux trois échelons qui se sont imposés à nous au cours de l'étude des diverses manifestations pathologiques de notre malade. Nous essayerons de considérer l'ordre dans lequel nous les avons classés comme un ordre naturel et de voir s'ils se laissent déduire successivement les uns des autres.

Le mystère — qu'on nous permette ici une image — c'est comme la nuit sombre et inconnue qui nous enveloppe de toutes parts, c'est aussi comme l'espace noir, homogène, infini, tel que nous l'avons devant nous quand nous fermons les yeux. Tout ce qui peut être centre d'organisation et surtout de succession *naturelle* de faits ou d'états, sortant, pour ainsi dire, naturellement les uns des autres, lui est étranger.

La vie idéo-affective ne peut pourtant ne pas faire irruption dans ce cadre vide. Mais si elle veut le garder comme toile de fond, elle ne peut le faire qu'en y admettant uniquement des principes qui cadrent avec ses exigences, c'est-à-dire avant tout les principes impersonnels d'identité, d'homogénéité, de similitude. Ce sont là au fond les principes qui régissent la vie de notre malade. Le moi essaie de s'affirmer, mais il est

« ici et ailleurs », il est deux, il est mis à la place d'un autre, de même que d'autres personnes pénètrent en lui, des ressemblances sont découvertes partout et servent à identifier des faits dissemblables, la vie intime se reflète au dehors, les pensées vont et reviennent, etc. C'est là une tentative d'apporter de la lumière dans les ténèbres, mais cette tentative se réduit à une élaboration idéique qui, au lieu de se détourner résolument de la toile de fond, reste sous son emprise et respecte ses caractères essentiels. Mais ce tableau déformé vaut tout de même encore mieux que le vide.

Pour peu que la malade cherche à animer encore un peu plus ce fond mental par l'introduction de facteurs affectifs, elle est amenée fatalement, semble-t-il, au sentiment de jalousie. Ce sentiment cadre, en effet, on ne peut mieux avec les traits essentiels qui régissent son activité mentale. Car si, dans le transitivisme, elle s'identifie à un autre, se met à *sa place*, se dit lui être pareil, dans la jalousie elle *désire être à sa place*, désire avoir ce que l'autre possède et ce qu'elle-même n'a pas. La charpente reste, au fond, la même, la différence consiste uniquement dans la présence, dans le second cas, d'un facteur affectif ou, si l'on aime mieux, passionnel. Dans la jalousie, non plus, le moi ne s'affirme point ; c'est un sentiment qui dépersonnalise et c'est là peut-être ce qui le distingue avant tout de l'amour-propre et de l'orgueil. L'homme est touché dans son amour-propre, en constatant qu'il est le second et non pas le premier ; c'est avec soi-même qu'il a à démêler cette situation pénible, la personne du concurrent ne jouant au fond qu'un rôle secondaire ; dans la jalousie, c'est l'inverse qui se produit : nous souffrons de ce que l'autre est le premier et de ce que nous-même nous n'occupons que la seconde place ; l'accent tombe sur la personne de « l'autre », à la place duquel on voudrait être. Aussi l'amour-propre fait-il naître le désir de conquête, la jalousie, au contraire, provoque celui de vengeance et de destruction. La jalousie s'accorde ainsi on ne peut mieux, par ce qu'elle contient de négatif par rapport à l'affirmation du moi, avec les principes qui caractérisent le fond mental de notre malade.

Dominé par les principes de similitude et d'identité, le psychisme étudié trouve, quand il s'adresse à la sphère affective, la jalousie sur son chemin. C'est là tout de même un désir, une souffrance, mais qui reposent toujours sur une identification partielle avec autrui, dans le sens de la convoitise de ce que possède un autre. La jalousie est ainsi ici comme une réaction de défense, tendant à remplir de facteurs affectifs la forme de vie mentale déterminée par le trouble générateur de l'affection. Aussi est-ce, comme nous l'avons vu et cela vient confirmer notre façon de voir, une jalousie n'ayant pas du tout la tonalité de la jalousie habituelle, c'est une jalousie bizarre, une jalousie sans amour.

Nous avons, dans nos travaux antérieurs, ramené le trouble essentiel de la schizophrénie à une perte de contact vital avec la réalité. Cela nous avait permis ensuite de distinguer, parmi les phénomènes de la vie normale, certains qui cadraient plus qu'e d'autres avec la forme générale de la vie mentale des schizophrènes, tels la rêverie, la bouderie, les regrets ou encore l'interrogation qui, par leur nature même, sont des réactions de retrait par rapport à l'ambiance. Ces phénomènes semblent donc tout désignés pour remplir le vide creusé par le processus schizophrénique. En comblant ce vide, ils participent néanmoins au déficit créé par ce processus et ont, de ce fait, une allure et une tonalité différentes de celles qui les caractérisent dans la vie normale. Ils finissent par constituer de véritables stéréotypies mentales qui peuvent être considérées comme mécanismes de compensation, non pas d'ordre affectif, mais bien davantage d'ordre phénoménologique, comme nous nous sommes exprimés (1). Nous avons fait la même chose ici pour la jalousie par rapport au fond mental déterminé par le mécanisme de transitivity venant s'ajouter, dans notre cas, au syndrome de Clérambault. Je m'empresse d'ajouter d'ailleurs que l'explication que nous donnons s'applique à notre cas et à des

(1) Voir à ce sujet E. MINKOWSKI. — « Du symptôme au trouble générateur ». *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. 22, fasc. I, 1928.

cas semblables et ne cherche aucunement à résoudre d'une forme globale le problème de la jalousie pathologique.

Ce que nous avons dit plus haut sur le transitivity nous permet encore une remarque concernant sa genèse probable. L'analogie qui existe entre ce phénomène et certaines manifestations de la pensée magique des peuples primitifs avait fait supposer que l'affection, en supprimant, pour ainsi dire, les couches psychiques acquises plus tardivement au cours de la phylogenèse, faisait entrer en jeu les couches ancestrales qui sommeillaient jusque-là ; il fut ainsi question de régression. Cette interprétation, pour ingénieuse qu'elle soit, présente néanmoins des écueils : sans parler de la complexité d'une pareille régression, on ne peut pas objecter que, tandis que ce sont avant tout les représentations collectives qui dominent la mentalité primitive, l'état mental de l'aliéné est justement caractérisé par l'absence de telles représentations. Blondel (1) a, comme on le sait, mis en relief, dans sa « Conscience morbide », l'absence de ces représentations. Aussi paraît-il tout naturel de se demander si une autre explication ne serait pas plus plausible. Il ressort de l'analyse de notre cas que le trouble générateur consiste au fond en ce que des principes (d'identité, d'homogénéité, de répétition, de similitude), en dépassant leur domaine propre, pénètrent dans des sphères de la vie psychique qu'elles respectent d'habitude comme leur étant entièrement étrangères. Il s'agit donc en premier lieu d'une modification profonde de la *forme* même de la vie mentale, que le malade exprime, comme nous l'avons vu, à l'aide de ses identifications ou encore à l'aide du syndrome d'automatisme mental. Mais les principes qui s'installent ainsi en maîtres se trouvent, pour ainsi dire, sous la main, puisqu'ils ont normalement cours dans certains domaines de la vie humaine. Et si certaines formes de la vie collective, chez les peuples primitifs, s'organisent sous la domination des mêmes principes,

(1) BLONDEL, — « La conscience morbide », 2^e édition, 1928.

il peut en résulter une similitude, sans que nous ayons à admettre pour cela qu'il s'agisse chez nos malades de régression réelle ou de reviviscence de couches ancestrales, ni que nos ancêtres aient dû nécessairement passer par les mêmes formes de vie collective que nous constatons chez des peuplades sauvages. Nous sommes, bien trop souvent encore, enclins à considérer les idées délirantes des malades comme des croyances réelles, directement comparables aux nôtres; tandis qu'il s'agit en réalité d'une expression idéique ou idéo-affective de la modification profonde qu'a subie la forme même de leur vie mentale. C'est cette forme que nous devons rechercher avant tout.

Il nous reste à dire quelques mots au sujet du diagnostic. Certes, si nous considérons le transitivity comme signe pathognomonique de la schizophrénie, le diagnostic est tout fait. Pourtant le comportement de la malade n'est pas celui d'une schizophrène. Elle se montre d'emblée confiante à notre égard, accepte sans difficulté nos conseils, paraît avoir une bonne affectivité, ne se désintéresse aucunement des menus faits de la vie quotidienne, reste profondément attachée à ses enfants et à son foyer, ne présente pas de dissociation dans son idéation. Au fond, nous ne trouvons pas de défaillance, ni de désagrégation progressive de la personnalité d'ordre schizophrénique. Cette constatation a d'autant plus de valeur que nous sommes en droit, semble-t-il, d'admettre que les troubles persistent, à un degré plus ou moins intense, depuis des années, sans avoir déterminé de déficit pragmatique. Ce que nous avons relevé chez notre malade cadre ainsi bien davantage avec la doctrine de Clérambault sur les psychoses à base d'automatisme mental qu'avec l'idée que nous nous faisons du processus schizophrénique. Aussi est-ce vers le premier de ces deux diagnostics que nous pencherions, dans notre cas.

Nous ne saurions, enfin, passer sous silence la modification favorable qui s'est produite dans l'état de notre malade depuis que nous la suivons. Certes, la malade est loin d'être guérie; elle conserve toujours, à fleur de peau pour ainsi dire, un syndrome d'automatisme

mental et ne rectifie pas, du moins pas entièrement, ses interprétations antérieures. Néanmoins, elle accuse une détente, son comportement à la consultation le confirme ; et ce qui est plus important encore, cette modification favorable est confirmée également par son entourage, en premier lieu par son mari, qui nous dit que la vie à la maison a changé du tout au tout. Certes, une nouvelle poussée peut se produire, mais nous ne pouvons pas nous empêcher de croire que notre influence n'a pas été tout à fait nulle. Cette influence a pu s'exercer grâce, avant tout, à l'absence du facteur paranoïaque qui, s'il avait existé, aurait probablement rendu vaine toute intervention psychothérapique. En réalité un contact a pu être établi assez rapidement, et c'est ainsi qu'à l'aide de conversations répétées, de réconfort, d'une analyse apaisante de ses conflits actuels et de conseils appropriés, nous avons pu obtenir un certain résultat dans ce cas que nous considérons comme grave dès le début et que nous continuons de considérer comme tel.

*
**

Pour terminer, encore une remarque d'ordre général. La clinique note et décrit les manifestations idéiques et affectives du malade ; elle accomplit ainsi avant tout un travail descriptif. La psychoanalyse ainsi que les recherches qui s'en inspirent essaient de ramener le contenu idéo-affectif des symptômes à des facteurs instinctifs devenus inconscients. Mais à côté il existe encore une *analyse structurale* ; celle-ci cherche à déterminer avant tout les traits essentiels de la forme mentale particulière, réalisée par l'affection examinée, et étudie ensuite le travail de remplissage, si nous osons nous exprimer ainsi, auquel se livre la conscience pour garnir de facteurs idéo-affectifs cette forme, tout en respectant ses lois. Dans cette étude nous nous sommes surtout occupés de problèmes d'ordre structural.

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

Par Henri DAMAYE

Chez les tuberculeux du poumon ou d'un autre organe, tous les viscères présentent des lésions dégénératives, d'autant plus accentuées généralement, que l'intoxication tuberculeuse a duré plus longtemps. Le cerveau ne fait pas exception et subit la loi commune. Est-il un cerveau de tuberculeux pulmonaire à cavernes qui ne présente de lésions histologiques ? Nous ne le croyons pas.

Il s'ensuit que l'état mental du tuberculeux se ressent plus ou moins de l'intoxication générale de l'organisme. Théoriquement, tous les tuberculeux, pulmonaires ou autres, devraient faire plus ou moins des troubles mentaux. Mais, en réalité, les troubles mentaux, vagues, légers ou accentués, ne se révèlent que chez les sujets prédisposés à la psychopathologie par leur hérédité et leur constitution cérébrale.

Tous les tuberculeux qui ont des altérations cérébrales histologiques ne font pas de troubles mentaux apparents : c'est un fait. Nous ne connaissons, à vrai dire, que des lésions grossières du cerveau. L'histo-chimie, les lésions fines de la cellule cérébrale échappent et échapperont encore longtemps à nos méthodes colorantes, à nos moyens d'investigation. Nous ne connaissons, en fait, que de très grosses lésions. Et ces lésions ne sont pas en rapport direct avec les anomalies mentales, puisque chez les malades mentaux constitutionnels des troubles délirants accentués, de très grandes anomalies psychiques existent sans lésions décelables. Nous ne connaissons, au cerveau, que des processus grossiers et généraux.

Au fond, si l'on réfléchit, nous ne sommes guère plus

avancés pour les autres organes. L'anatomie fine des cellules et leur physiologie intime nous sont encore inconnues. Si nous ne connaissons le mécanisme intime cytologique des troubles de la pensée, nous ignorons tout comme celui de la sécrétion salivaire, par exemple, ou de l'excrétion de l'urine. La cellule rénale est tout aussi ignorée par nous en son jeu intime que la cellule cérébrale.

Si les troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels peuvent être dans le cerveau localisés plus ou moins relativement, les troubles de la pensée, eux, échappent complètement à toute tentative de localisation cérébrale. Neurologie et Psychiatrie sont, actuellement, bien différentes au point de vue anatomo-clinique.

Somme toute, le processus méningo-encéphalitique atrophique lent des psychoses toxi-infectieuses n'est qu'un ensemble de lésions bien grossières qui, assez fréquemment, ne sont pas en rapport d'intensité avec les troubles de la pensée. Et, répétons-le encore, dans les psychoses constitutionnelles pures, de grands troubles délirants n'ont point de lésions décelables. Leurs lésions existent évidemment, mais sont éminemment intimes. Elles affectent les fins éléments de la cellule cérébrale encore inconnus, que nous ne pouvons ni caractériser, ni même apercevoir.

Mais dans nos asiles d'aliénés, les nécropsies de délirants constitutionnels *purs* sont relativement peu communes. Le délirant constitutionnel ne meurt pas de son affection mentale, hormis les causes accidentelles. Nous l'avons, croyons-nous, bien clairement exposé dans nos *Eléments de Neuro-Psychiatrie*. Le délirant constitutionnel meurt, ordinairement, de l'affection d'un organe autre que le cerveau. S'il meurt d'une infection, d'une tuberculose par exemple, nous trouvons alors au cerveau, histologiquement, et parfois macroscopiquement aussi, des lésions surajoutées, étrangères à l'affection mentale constitutionnelle, et relevant de la toxi-infection en cause. Le cerveau, comme tous les autres organes, est toujours plus ou moins lésé dans les infections aiguës ou chroniques, quelles qu'elles soient.

Il est des cas bien nets où ces lésions de processus

50 TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

toxi-infectieux surajouté transforment la psychose constitutionnelle plus ou moins en psychose toxi-infectieuse. Il est des cas où l'on a des hallucinations toxiques, de la confusion mentale, de l'affaiblissement intellectuel ; mais ce n'est point constant.

Nous venons précisément d'observer un malade constitutionnel, mort de tuberculose pulmonaire, dans le cerveau duquel existent des lésions surtout dégénératives dues, très vraisemblablement, à la tuberculose à distance, et qui ne se traduisirent guère par le syndrome toxi-infectieux. Nous ne remarquâmes qu'un certain degré d'affaiblissement intellectuel, mais sans incohérence ni désorientation. Il y eut un jugement un peu moindre, tout simplement. Et, cependant, chez ce malade, les lésions relevées à l'examen histologique des circonvolutions sont importantes.

Donc, les lésions cérébrales que nous constatons dans les psychoses toxi-infectieuses sont loin d'être toujours en rapport rigoureux et mathématique avec les symptômes cliniques observés. Nous avons vu plus d'une fois des pie-mères épaissies avec cortex à lésions histologiques qui ne s'étaient pas beaucoup exprimées cliniquement pendant la vie.

Tous les cerveaux de tuberculeux pulmonaires avancés, mentaux ou non, ont des lésions histologiques plus ou moins considérables. Le fait, encore une fois, ne doit pas surprendre, puisque dans la tuberculose avancée tous les viscères sont lésés. La mentalité résiste d'autant mieux à l'intoxication que l'hérédité et la prédisposition cérébrales sont moins considérables. Au point de vue niveau intellectuel, les intelligences cultivées semblent résister plus que les autres à l'affaiblissement, jusqu'à un certain point bien entendu.

L'observation clinique de notre malade serait, comme celle de la plupart des délirants constitutionnels, un véritable roman et pourrait faire l'objet de volumes. Nous laisserons de côté son intérêt social bien évident pour n'envisager, en cet article, que la pure question anatomo-clinique. Aussi, résumerons-nous en quelques paragraphes une immense observation psycho-pathologique bourrée de faits divers.

M. B*** entre à l'asile le 9 août 1910, à l'âge de quarante-sept ans. Arrêté sous le péristyle de l'église au moment où il lisait, devant trois cents personnes rassemblées, la proclamation suivante :

« Projet de Loi constitutionnelle. Etant donnés :
1° Le meurtre du Grand Roi Louis XVI, meurtre voulu par Dieu pour punir celui de son envoyée l'héroïne Jeanne d'Arc et mettre fin au régime dit de Droit divin.

« 2° La sottise du peuple français, peuple à jamais béni de Dieu, qui, ne voyant que le matérialisme et faisant abstraction complète du Créateur de la matière, a placé dans une allégorie féminine la forme de son nouveau gouvernement, tandis que tout ce qui est féminin, comme la femme, la plante, la terre, est simplement destiné à la production, qu'au contraire tout ce qui est viril est destiné à la fécondation, à la direction, à la maîtrise, puisque l'homme seul a été créé à l'image de Dieu Tout Puissant.

« Qu'en conséquence la forme de gouvernement à adopter depuis la Révolution française n'était pas la république, mais bien le République, mot qui, formé avec la racine du mot latin *rex* signifie le Roi public, au lieu de la chose publique.

« 3° Les nombreuses erreurs commises depuis 1793, les crimes innombrables commis par les adeptes de la franc-maçonnerie, société infâme travaillant en cachette, pour le compte de Satan, à la destruction impossible de l'œuvre de Dieu.

« 4° L'incohérence, la contradiction existant dans tous les actes du gouvernement français qui, ne travaillant lui-même que par et pour Satan, a placé le peuple de Dieu dans un marasme inextricable (affaires Marsat, Humbert, des congrégations, Rochette, Candide, des Inondations et tant d'autres).

« 5° Enfin, l'imposture de ce gouvernement, qui, en enlevant de partout l'idée du Créateur, l'image du divin Rédempteur, s'est révélé un être immoral, injuste, tyrannique et cruel, que les Saintes-Ecritures ont appelé Antéchrist.

« Sur mes supplications incessantes et publiques, l'intercession de la Très Sainte Jeanne d'Arc invoquée

par ma jeune sœur Geneviève, voici quelles sont les volontés de Dieu :

« La France doit avoir un Roi populaire, que je lui ai choisi et qui, s'étant fait prénommer Henri dans la cérémonie du Sacrement de la Confirmation qu'il a reçu à l'âge mûr, devra gouverner sous le nom de Henri V, continuant la lignée des Rois Capet.

« Le Drapeau de la France doit être tricolore : bleu d'azur, blanc de neige, avec l'image de Sainte Jeanne d'Arc, rose vivace et non rouge sang.

« Le nouveau Roi, légalement constitué par les représentants actuels du pouvoir disqualifié, saura faire le nécessaire pour relever le cœur et l'âme de la France. Il est notaire : il fera des actes !

« Que tout soit prêt pour le 8 septembre prochain, date de la fête de la Nativité de la Très Sainte Vierge Marie, et qui doit devenir la fête nationale de Jeanne d'Arc et de la France. — Signé : HENRI. »

M. B*** était allé, le matin même, trouver le colonel pour lui demander de signifier la présente proclamation au ministre de la guerre. Il l'avait déjà envoyée à l'évêque et à la présidence de la République qui, étant donné le pli recommandé, lui en accusa réception. M. B*** demanda en outre au colonel de venir le prendre, ce dimanche, à trois heures de l'après-midi, chez lui, avec le régiment, drapeau et musique, afin qu'il annonçât sur la place publique son prochain couronnement comme roi de France sous le nom d'Henri V. Ne voyant rien venir à trois heures, B*** sortit, ayant, sur la poitrine, une grande image représentant l'Ecce Homo. Il rassembla ainsi la foule.

Nous ne savons rien des antécédents héréditaires de M. B***, ni de ses maladies antérieures. Il est marié et a deux enfants. Il a huit procès en cours, au moment de son entrée à l'asile. Un frère prêtre. Famille très catholique et éducation très catholique. Une sœur professeur dans une institution libre.

L'origine du délire se perd dans les années d'enfance. Le malade ne fut jamais bien normal. Il fut toujours un tantinet déséquilibré et débile mental. Ses parents le destinaient au clergé. Après un voyage aventureux en

Amérique, il fut notaire plusieurs années et son étude devint plutôt florissante, jusqu'au jour où, sous l'influence d'interprétations de persécution, il tira des coups de revolver en l'air sur un de ses collègues. Interné à l'asile de Naugeat. Il tira une autre fois un coup de revolver, en l'air également, sur le président des Assises, pour protester contre la perte d'un procès. Sorti de l'asile de Naugeat sous l'influence de démarches politiques en sa faveur, il laissa ignorer son internement antérieur et parvint à se placer, comme principal clerc de notaire, en Vendée. Il fut cinq ans au moins en ces fonctions, dont il s'acquitta bien, malgré ses tendances délirantes progressives, ses impulsions de temps à autre.

Au point de vue sexuel, quelques actes anormaux et pédérastique. Son épouse et sa fille durent, pour cette raison, se séparer de lui. D'ailleurs, il était violent vis-à-vis d'elles. Tendances homosexuelles nettes, à l'asile.

Son fils, au collège, reçut, en récréation, un caillou à la face. Une sinusite s'ensuivit, qui ne guérit jamais et emporta le jeune homme vers 25 ans.

M. B***, actif et zélé, fut un bon premier clerc, jusqu'au jour où, par la progression des idées délirantes, il se présenta aux élections législatives comme « candidat de Jeanne d'Arc ». Sans quelques exaltations trop flagrantes sur ses affiches électorales, il eût obtenu de très nombreuses voix. Puis, il parcourut la ville, une fois, en chantant une chanson antirépublicaine et coprolalique de sa composition, une autre fois en annonçant la fin du monde.

Le délire de M. B***, à l'asile, fut intense, mais tout à fait cohérent, raisonnant, sans hallucinations, avec seulement des interprétations. Ce fut un délire surtout mégalomane et religieux, de persécution aussi.

B*** se montra toujours sarcastique, méchant, violent vis-à-vis de ses contradicteurs ou de ceux qu'il supposait tels.

Il réforma le calendrier, les heures du jour, l'orthographe et la religion. Il fut pape et empereur de l'univers, antéchrist. Il inventa un chronomètre nouveau et,

54 TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

sous le nom de « cylindrier », un nouveau calendrier très complexe, où tous les jours, mois, semaines étaient désignés par des néologismes. Il imagina une religion nouvelle avec des fêtes et un carême qu'il appelait « cœurême ». Deux ou trois fois l'an, il nous demandait du vin de messe et un pain de fantaisie, qu'il consacrait et avec lesquels il communiait. L'anniversaire de la mort de Louis XVI était, en sa religion, une grande fête. Ce jour-là, il célébrait un office dans sa cellule et chantait des cantiques de sa composition.

L'anniversaire de Louis XVI, dont il se disait descendant, et les périodes électorales étaient ordinairement l'occasion d'une phase plus ou moins longue d'excitation, durant laquelle il frappait, cassait des carreaux, obligeant à l'isoler en cellule.

B*** avait orné sa cellule habituelle, qu'il ne voulut plus quitter, de grands dessins représentant Jeanne d'Arc et d'inscriptions multiples ayant toutes trait à sa religion.

Son signe de croix comportait le Père, le Fils, la Fille (Jeanne d'Arc) et le Saint-Esprit. Il ne mangeait jamais sans avoir, auparavant, béni tous ses aliments.

M. B*** s'était fait, avec des draps et des couvertures, un costume rappelant celui des dominicains. Il s'était fait également un chapeau à larges bords relevés, dans le genre de celui des prêtres.

Une nuit de Noël, il voulut assister à la messe de la chapelle. Mais, à l'élévation, il se mit soudain à chanter, en latin, un verset composé par lui célébrant le Père, le Fils, la Fille et le Saint-Esprit. On dut le retourner à son quartier.

Voici un extrait de ses écrits montrant sa réforme de l'orthographe : « Ceintes Vierges Marie-Rozinette et Jeanne d'Ark Joennette, Epouze, mère et Fille du Père Eternel Tout Puissant, priez et intercédez pour Nous, ki konfiants avons rekours à Vous, afin ke nous devenions dignes des promesses de Notre Sôveur Iézus-Krist. »

B*** employait ses journées, parfois aussi ses nuits, à rédiger d'interminables règlements, ceux de l'Eglise fondée par lui. Quand on lui annonça la mort de son

fil, il s'écria : « C'est dommage ! Je l'avais créé pour continuer mon œuvre églizienne !... »

Les carêmes que s'imposait M. B***, et durant lesquels il fallut parfois l'alimenter de force à la sonde, favorisèrent, chez lui, l'éclosion et l'évolution de la tuberculose. Il refusait aussi parfois des aliments, prétendant qu'on cherchait à l'empoisonner. Et sa religion lui imposait tout un régime, des menus bizarres que nous ne pouvions toujours satisfaire.

Le malade écrivait très fréquemment aux autorités. Il se considérait comme prisonnier politique, enfermé par la Franc-Maçonnerie dans un asile d'aliénés pour empêcher son couronnement royal et son règne. Les lettres adressées au préfet commençaient par ces mots : « Immonde personnage... »

Durant son long séjour à l'asile, B*** n'eut jamais d'hallucinations. Il nous fit appeler, une fois, pour nous rendre témoin d'une apparition. Nous croyons qu'il s'agissait d'une interprétation délirante. B*** voyait, au ciel, une croix rouge sur fond bleu, encadrée par des nues. Il décrit cette vision dans ses notes : « En la fête de Cinte Kristine, vers 7 heures 40 min. du soir, sitôt que le Soleil, mêmement teinté, eut disparu de l'Horizon, et à ses lieu et place. Pour avis et vie : l'Entékrist... » Suit sa signature avec la mention : « Pêtre de l'Eglise unike, obligatoire et universelle. »

Les commandements de Dieu et de l'Eglise étaient remplacés, dans sa religion, par un « Tridékalogue » long et complexe.

Voici le commencement de l'*Angélus* de sa religion :

« Au premier koup d'Abèle. L'Enge du Ceigneur « annonçit à Marie qu'Elle serait Mère du Metci et Elle « konçut par la commotion du Cint Esprit. Soloviette « Engélike.

« Je solove Marie, pleine de grâce, le Ceigneur est « avec Vous. Vous êtes bénie entre les Mulières et Iézus, « le Fruit de Votre ventre et de l'Esprit du Ceigneur « est béni. Ceinte Marie, mère du Bon Idieu, priez pour « nous pôvres pécheurs, maintenant et à l'heure de « notre mort. Incisoitil !

« Au second koup d'Abèle. Voici l'enciyeux du Cei-

« gneur : K'il me soit fait selon votre Cinte et Divine
« Pérole. Soloviette Engélike.

« Au trième koup d'Abèle. Et le Verbe s'étant fait
« omme, sans karo ni chair, s'est manifesté et révélé
« partout par Esprit. Ainsi, il a habité et habite enkore
et jusk'à la fin des cikles il habitera toujours parmi
nous. Soloviette Engélike... »

Nous ne continuons pas, car il y a cinq appels de
cloche et les deux autres comportent au moins trois
pages de prières à saint Joseph (Soloviette Joséfike),
puis à Jeanne d'Arc, « bergère eimant Iézus », puis, il
y a la « Soloviette Erkengélike » et la « Soloviette
infantilike ». *L'Angélus* se termine par une oraison du
même style, qui comprend deux pages.

M. B*** fut alité deux mois environ, à la dernière
période de sa tuberculose.

Le psychisme de ce malade pourrait faire l'objet
d'une longue étude. En cet article, nous nous bornons à
bien caractériser l'état mental.

Décédé au commencement de mars 1929.

Nécropsie vingt heures après la mort. — Un peu
d'œdème malléolaire à gauche. Escarre sacrée. — Les
poumons adhèrent fortement à la cage thoracique.
Tuberculose pulmonaire avancée. — Péricardite avec
30 cc. environ épanchement séro-citrin. Dégénérescence
graisseuse du myocarde à quelque degré. — Foie légè-
rement augmenté de volume. Dégénérescence graisseuse
très avancée. Pas de lithiase. — Rate un peu trilobée,
augmentée de volume. Parenchyme pâle. Pas de dévelop-
pement exagéré des trabécules conjonctifs. — Reins :
dégénérescence graisseuse assez avancée. La capsule
présente quelques adhérences avec le cortex. — Adhé-
rences péritonéales entre les anses intestinales et à la
paroi abdominale. Tuberculose intestinale. — Encé-
phale : environ soixante cc. liquide intra-cranien. Un
peu d'ostéite de la table interne, à la calotte crânienne.
Dure-mère accolée plus que normalement à la calotte :
on l'en sépare néanmoins en tirant fortement. La pie-
mère n'est pas du tout épaissie ; elle est simplement un
peu congestionnée par places. Pas d'ampliation des
ventricules. L'un des plexus choroïdes présente un petit

kyste du volume d'un grain de maïs. Pas d'athérome des artères. La pie-mère n'adhère pas au cortex. — Sans être petit, l'encéphale est très légèrement grêle, par rapport aux autres organes.

Examen histologique. — Lobes frontal et pariétal. Chromatolyse avancée. Un grand nombre de cellules sont très décolorées : de certaines il ne reste plus que le noyau. Beaucoup sont sans prolongements colorables ou à cytoplasme extrêmement décoloré. Nucléoles fragmentés ou dissous. Beaucoup de cellules, à peu près squelettiques, au Nissl, n'ont plus de colorable qu'un noyau gonflé. Les noyaux sont souvent volumineux et plus colorés que le protoplasme. Malgré l'âge du malade, extrêmement peu de pigment jaune.

Les éléments ronds sont nombreux, souvent en groupes. Ils sont, pour la plus grande part, de type moyen. On en voit un certain nombre plus volumineux et plus clairs. La neuronophagie paraît accentuée. Il semble y avoir hyperplasie névroglie.

Pas de périvascularite aiguë : pas d'inflammation dans les gaines périartérielles. Mais les parois vasculaires présentent des dégénération hyalines. Autour des petits vaisseaux, la réaction névroglie paraît très marquée : cette hyperplasie est irrégulière, capricieuse.

Couche optique. Cellules nerveuses mieux conservées et mieux colorées que dans l'écorce. Il y a un peu plus de pigment jaune que dans les cellules corticales.

Au bulbe, réaction névroglie autour du canal de l'épendyme.

Ce délirant constitutionnel est mort de tuberculose pleuro-pulmonaire avancée, à l'âge de soixante-six ans, après de longues années d'intoxication bacillaire. Rien d'étonnant, en ces conditions, que l'encéphale présentât des lésions importantes.

La pie-mère n'a rien de saisissable. Il y a seulement une encéphalite chronique lente à prédominance dégénérative. Mais le principal fait à retenir est l'absence de symptômes cliniques bien nets de psychose toxi-infectieuse. Pas de confusion mentale ; pas d'hallucinations visuelles. Un léger affaiblissement intellectuel, mais relativement minime, malgré les dégénération cellu-

58 TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

lares importantes. D'après les rapports médicaux d'avant l'internement, il y aurait eu, au début de la maladie mentale, les hallucinations auditives suivantes : « Tu es Henri V !... Tu es l'Antéchrist !... » C'est peu ; et s'agissait-il bien d'hallucinations ?... Le début de la psychose proprement dite fut-il contemporain de celui de l'intoxication tuberculeuse ? Nous ne pouvons le dire.

Le minime affaiblissement intellectuel terminal laisse présumer que les éléments pensants de la cellule psychique n'ont été, chez ce malade, le siège que d'une destruction relative. Donc, ces éléments pensants seraient autres que les corpuscules chromatophiles et tout ce qui est bien perceptible par nos méthodes actuelles. Répétons-le : nous avons vu des cerveaux de tuberculeux à lésions histologiques importantes provenant de malades d'hôpitaux sans troubles mentaux bien appréciables.

Ceci revient à dire que le processus de méningo-encéphalite ou d'encéphalite atrophiant des psychoses toxi-infectieuses n'est qu'une lésion bien grossière, très intéressante et très importante à connaître et à approfondir, mais sans rapport étroit ni mathématique avec les troubles mentaux. Nous sommes encore loin d'avoir pénétré l'anatomie pathologique des désordres psychiques.

Documents Cliniques

UNE CONSULTATION MÉDICO-PÉDAGOGIQUE CÉCITE ORTHOGRAPHIQUE (?)

Par M. CHAVIGNY,

Médecin Général de l'Armée
Professeur de la Faculté de Médecine de Strasbourg

E... est âgé de 15 ans et il est actuellement en seconde dans un collège où il suit les cours du premier cycle (sciences et anglais ; il avait fait du latin jusqu'à la 5^e, mais l'a abandonné).

Il a toujours été considéré comme un élève travailleur, intelligent. Son livret scolaire en témoigne, pour tout son passé. Dans sa classe, il était assez généralement dans les premiers en composition, dans presque toutes les branches.

Mais depuis les plus basses classes, il est signalé que cet élève, dont les aptitudes littéraires générales sont suffisantes, a une orthographe absolument défectueuse. A ce sujet, les appréhensions se manifestent plus graves d'année en année. Actuellement, professeurs et parents envisagent qu'un échec au baccalauréat est fatal, du fait de cette ignorance orthographique vraiment exceptionnelle.

Cette lacune orthographique s'est d'ailleurs manifestée équivalente dans les langues diverses que le jeune garçon a étudiées, mais elle n'est réellement gênante, désastreuse qu'en français.

Diverses tentatives de rééducation orthographique ayant été essayées, avec un résultat absolument nul, cet

élève est soumis à un examen médical, car on se demande s'il ne s'agirait pas d'un cas pathologique, d'une lacune extraordinaire de la mémoire, d'une cécité partielle.

En ce qui concerne l'hérédité, il y a lieu de noter que l'enfant serait probablement fils d'un nerveux et une de ses sœurs présenterait des troubles convulsifs de nature indéterminée.

Au point de vue culture générale, il appartient à un milieu relativement médiocre, ayant à peine dépassé le primaire. C'est ce qui explique probablement que le jeune garçon n'ait presque jamais eu de lecture personnelle. Il lit parfois pour se distraire, mais c'est depuis peu de temps et encore assez rarement. Etant jeune, il ne lisait pas.

Un examen méthodique et complet, physique et mental est pratiqué au point de vue médical. On constate que c'est un sujet normalement développé pour son âge, n'ayant jamais eu de maladie grave et ne présentant aucune tare physique. Il n'y a pas eu dans l'enfance de signes d'arriération mentale. Aucune classe n'a été redoublée. La mémoire générale est assez bonne et les leçons sont apprises dans le temps normal sans qu'il soit nécessaire de recourir à des subterfuges, tels que la lecture à haute voix, par exemple.

Il n'y a pas de cécité marquée des formes extérieures : le dessin est normal et les leçons de géographie sont apprises en s'aidant un peu de la carte.

La musique a été abordée (piano) avec quelque succès. La mémoire musicale est assez bonne. Il semble que ce soit plutôt une mémoire du mouvement des doigts qu'une mémoire de lecture ou qu'une mémoire des sons.

Peu de curiosité pour la mécanique d'application courante, ainsi que pour la gymnastique et les sports.

Bien réellement, la seule lacune est l'orthographe ; mais, ce défaut d'orthographe est très marqué. Que ce soit sous la dictée ou en écriture spontanée, les fautes d'orthographe se multiplient, se reproduisent au nombre de deux ou trois par ligne au minimum.

Ce ne sont pour ainsi dire jamais des fautes de syn-

taxe. Les participes s'accordent correctement, de même que les adjectifs ou les verbes.

Jamais il n'est fait confusion entre le participe et l'infinitif de la première conjugaison (écueil auquel se reconnaissent les primaires incomplets).

Les fautes d'orthographe sont toujours des fautes de *constitution du mot*. Ainsi, il sera constamment fait confusion entre *an* et *en* dans des mots tels que convergence, ensemble, etc... De même, la lettre *c* et la lettre *s*, quand elles ont la même valeur d'une sifflante, sont constamment confondues entre elles. En outre, dans tous les cas où il peut y avoir ou non redoublement d'une consonne, ce redoublement est fait ou négligé d'une façon presque toujours incorrecte.

Dans des cahiers de classe qui ont été soumis à notre examen, un exemple bien typique de cette lacune d'orthographe de constitution du mot est relevé dans un compte rendu d'une scène de *Polyeucte* : l'analyse est intelligemment faite, mais, soit dans la même ligne, soit à une ou deux lignes d'intervalle, la foi de Pauline est indistinctement orthographiée : fois, foie ou foi.

L'erreur n'est d'ailleurs nullement systématique, car ces trois mots se remplacent l'un l'autre, au hasard.

Voici toute une autre série des fautes constatées : Il devint amoureux. — Les passans. — Chaque chose changera. — Avoir des vertues. — Se laisser flater. — Il ne faut pas être ambicieux. — Il ne faut pas être hautin. — Expliquer l'alégorie. — La navire qui vague sur les flux, et qui pourrait à chaque instant... — Par son autorité. — Il suplie. — Etre en sùrté. — Il entre en seine. — Ecrire une frase, — etc., etc.

C'est donc bien l'*orthographe de constitution* qui est en cause puisque, sur une série de pages successives de cahiers de classe, on ne relève, par contre, aucune faute de syntaxe.

Il s'agit d'une *incertitude orthographique* et non de *mauvaise habitude orthographique* : les mots incorrects, qui sont d'ailleurs presque toujours les mêmes, sont, en effet, à quelques mots ou à quelques lignes de distance, écrits de la façon la plus variable.

**

Comment expliquer une lacune de cette sorte ? Comment y remédier ?

Avouant d'ailleurs notre ignorance des axiomes pédagogiques classiques à ce sujet, nous admettons, comme point de départ fourni par l'observation, que l'orthographe de constitution des mots est bonne quand elle est devenue totalement subconsciente, tout à fait automatique, tandis que l'orthographe de syntaxe exige toujours un léger degré d'attention.

D'après les renseignements recueillis, il semble bien que le jeune E... n'ait jamais été soumis dans son jeune âge au seul enseignement psychologique de l'orthographe, au système de la *dictée apprise*.

Il n'est peut-être pas hors de propos de rappeler, ici, qu'autrefois l'orthographe était enseignée aux enfants par la méthode totalement antipsychologique de la *dictée d'épreuve* : on dictait à l'enfant un texte renfermant un certain nombre de mots difficiles et qu'il ne connaissait pas ; le plus souvent, il les écrivait de façon défectueuse, quitte à les corriger à coups de dictionnaire ou à les entendre corriger en classe. De ce système, il résultait que, dès cette première rencontre avec un mot inconnu, l'enfant emmagasinait deux images graphiques, deux gestes graphiques, l'un vrai, l'autre faux. Il en résultait, presque inévitablement, qu'à une prochaine occasion, l'enfant retrouvait, dans ses souvenirs, deux images à peu près de même valeur, entre lesquelles il hésitait à se décider, et les raisons de choisir dans le bon sens n'avaient rien de péremptoire. Il n'existait pas d'image prévalente. Ces sortes d'hésitations, acquises ainsi dans l'enfance, grâce à une méthode totalement défectueuse, persistaient souvent jusque dans l'âge adulte.

Une autre méthode pédagogique s'est heureusement introduite dans l'enseignement, il y a quelques années, et elle a une valeur psychologique incontestable. Elle est basée sur la nécessité de ne faire entrer dans l'esprit de l'enfant que des images graphiques vraies, que des gestes graphiques exacts.

C'est le système de la *dictée apprise*.

L'enfant lit un texte imprimé, il l'épelle ; on lui fait

fermer son livre et on l'interroge sur l'orthographe des mots qu'il vient de lire. Au besoin, si une incertitude persiste, il rouvre le livre et épelle à nouveau, et à plusieurs reprises, le même mot.

Lorsqu'il en est arrivé à très bien *savoir* la forme exacte du mot, on lui confie alors le porte-plume et on lui dicte le texte qu'il vient d'apprendre.

En bonne logique, il ne doit pas et ne peut pas faire de fautes d'orthographe.

C'est précisément le but psychologiquement recherché.

Dans les classes de la société dans lesquelles l'orthographe correcte est de tradition, et de nécessité, la plupart des individus arrivent à savoir l'orthographe, en dépit probablement des méthodes défectueuses employées par l'Université pour la leur enseigner. En réalité, la plupart des enfants apprennent l'orthographe *de constitution des mots*, parce que, appartenant à des milieux dans lesquels on a des livres, dans lesquels on lit, et dans lesquels on donne des livres aux enfants, la lecture journalière et attrayante leur fournit des images vraies, sans cesse répétées, de l'orthographe de constitution de tous les mots usuels.

Se basant sur ces données, on comprend combien il peut être dangereux de faire lire prématurément à certains enfants des textes en vieux français. Cette lecture ne peut être abordée qu'au moment où l'orthographe d'actualité est bien fixée. Même réflexion d'ailleurs pour la sténographie.

*
**

Chez le sujet qui était soumis à notre examen, fallait-il conclure à un état pathologique, à une sorte de cécité orthographique, véritable infirmité constitutionnelle ?

Il ne le semble pas ; il n'existait aucune lacune intellectuelle générale, et, d'autre part, ce sujet ne présentait pas d'insuffisance de la mémoire des formes extérieures. Par exemple, le dessin par cœur était possible, surtout, l'orthographe de syntaxe était correcte, ce qui vraisemblablement ne se serait pas pro-

duit, s'il y avait eu réellement une cécité vraie des formes graphiques. A notre avis, il s'agissait seulement d'un enfant peu doué à ce point de vue, et chez lequel certaines lacunes d'ordre pédagogique prédominaient.

Chez lui, les méthodes d'enseignement de l'orthographe ne s'étaient pas adaptées à ses besoins, à sa déficience.

Comme, d'instinct, et par milieu social, il lisait fort peu, il aurait fallu multiplier, dès le premier âge, des dictées apprises et en prolonger l'usage jusqu'à un résultat bien acquis. Il ne fallait d'ailleurs pas compter sur son initiative pour combler la lacune constatée, car c'est un caractère un peu faible de volonté.

*
**

Mais, dans le cas d'un enfant déjà quelque peu avancé en âge, il ne suffisait pas d'exprimer des regrets, il fallait tenter une thérapeutique.

Que faire, donc, chez un sujet de quinze ans affligé d'une lacune orthographique aussi marquée ?

J'ai conseillé au Chef de l'Etablissement, et au père de famille, de s'entendre pour astreindre le jeune garçon à faire, chaque jour, un exercice orthographique de dictée apprise, d'une courte durée, dix minutes par exemple, mais soigneusement surveillée par une personne compétente et qui comprend bien la technique intellectuelle, la portée psychologique de cet exercice.

Ce qui importe, si l'on veut arriver à un résultat, c'est d'obtenir une volonté d'effort équivalente chez le maître et chez l'élève, et qui se traduise, en pratique, par cette leçon de dix minutes, leçon donnée et suivie tous les jours sans exception, sans en manquer aucun, sans se laisser détourner ni par les jours de fête, ni par les incidents familiaux, etc... C'est un exercice qui doit être répété très exactement 365 fois dans une année, si l'on veut qu'il produise un résultat efficace.

On doit bien se rappeler que, psychologiquement parlant, il y a fort peu de personnes qui soient capables de produire 365 fois par an un même effort de dix minutes, chaque jour, à la même heure.

**

Si, ce qui peut arriver, cette méthode de la dictée apprise ne produisait pas le résultat désiré, il serait justifié, nous semble-t-il, de recourir à l'apprentissage de la dactylographie.

En effet, quand on apprend à taper à la machine en se guidant sur un texte imprimé, on a beaucoup moins de chances de faire des fautes d'orthographe, car le texte à reproduire et le texte reproduit se ressemblent, graphiquement, d'une façon parfaite. Certaines personnes, et je suis du nombre, sont beaucoup plus sûres de l'orthographe de constitution des mots difficiles quand elles les tapent à la machine, qu'en les écrivant à la plume.

Puis, le geste orthographique de la frappe à la machine est un mécanisme un peu différent de l'orthographe à la plume. Appris correctement dès le début, ce peut être un apprentissage de redressement.

**

Enfin, le père de ce jeune garçon, désespérant totalement pour lui du succès dans la voie des examens et concours, avait posé la question : Quelle orientation professionnelle peut-on lui donner ?

A supposer que les méthodes de rééducation ci-dessus proposées ne fournissent pas de résultat, on pourra songer à orienter ce jeune garçon vers des professions où la technique de métier l'emporte sur les questions d'ordre littéraire ; les Ecoles d'Arts et Métiers paraissent le type de celles vers lesquelles on pouvait le diriger.

Il est vrai que, si les conditions familiales l'avaient permis, et que le jeune garçon se fût révélé supérieur, par exemple, dans la direction des affaires, on aurait pallié à son infirmité spéciale en le dotant d'une sténo-dactylographe exercée qui lui aurait apporté le concours d'une orthographe correcte.

Il ne manque pas à l'heure actuelle de gens d'affaires, et surtout parmi les plus occupés, qui ne tiennent plus la plume que pour signer.

L'art de dicter son courrier fait partie maintenant du bagage intellectuel normal d'un homme d'affaires, et celui-ci peut totalement manquer d'orthographe, sans que nul s'en doute.

Historiquement d'ailleurs, c'est simplement un renouveau. Il y a deux cents ans, l'orthographe n'existait pas encore. Actuellement, on peut absolument s'en passer avec l'aide d'une dactylographe.

*
**

Le cas mentionné est d'un certain intérêt en psychologie pédagogique. Peut-être les indications formulées à son propos seraient-elles d'application plus fréquente qu'on ne le croirait. L'incertitude orthographique est un malaise médiocrement exceptionnel.

Passant à un ordre d'idées plus générales, on peut d'ailleurs se demander si l'orthographe française n'aurait pas pu, avec quelque profit, être autre chose qu'une acrobatie étymologico-conventionnelle, accessible presque exclusivement aux instituteurs primaires et aux Membres de l'Académie Française.

Actuellement, bon nombre d'élèves tendent à réaliser un allègement des programmes en ignorant l'orthographe.

On pourrait se demander s'ils ont absolument tort ?
C'est peut-être une des formules de l'avenir ?

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SEANCE DU LUNDI 27 MAI 1929

Présidence de M. P. JANET, président

MM. P. Abély et X. Abély, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture du procès-verbal de la séance du 25 mars 1929. A propos du procès-verbal :

M. René SEMELAIGNE. — J'étais absent au moment de la lecture du procès-verbal de la séance de mars. A propos de la communication de M. Courbon intitulée : *Adultisme mental chez une enfant*, on me fait approuver le mot adultisme. J'ai dit, au contraire, qu'il me semblait inutile et que je préférerais mentalité d'adulte.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. le D^r Crouzon transmettant une invitation de la Société de Neurologie à assister à la conférence de M. le Professeur Jauregg, de Vienne, sur la malariathérapie de la paralysie générale, qui aura lieu le 5 juin à la Salpêtrière.

2° Une lettre de M. le D^r Thiéry, secrétaire général de l'Association générale des Médecins de France, demandant à la Société d'appuyer le vœu de l'Association relatif au droit à la Chirurgie Esthétique, ceci à l'occasion d'un procès récent.

La Société décide d'étudier la question qui est reportée à une prochaine séance.

Autisme et Vie Intérieure

par M. SENGÈS (1)

(1) En raison de sa longueur, la communication de L. Sengès et la discussion qui l'a accompagnée seront publiés ultérieurement sous forme de mémoire dans les *Annales*.

Le mécanisme d'action de la malariathérapie

par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

Le traitement de la paralysie générale par la malaria a suscité, depuis quelque temps, un certain nombre de publications, les unes concernant l'action favorable de l'impaludation, les autres les modifications du tableau clinique. La question se pose souvent : par quel mécanisme agit cette thérapeutique ? Nous croyons utile de rapporter à la Société médico-psychologique les travaux faits à ce sujet par différents auteurs étrangers, travaux peu connus en France et susceptibles de susciter de nouvelles recherches indispensables.

Les transformations clinique, sérologique et anatomique du processus paralytique morbide par la malariathérapie ne peuvent se concevoir que par une modification de l'action causale ayant produit la P. G., c'est-à-dire des réactions biologiques entre le spirochète et l'organisme entier (principalement tissu nerveux). Ces réactions, qui aboutissent à des lésions destructives graves, doivent être fort complexes et restent encore inexpliquées au point de vue pathogénique. A l'heure actuelle, on admet une prédisposition particulière de l'organisme et particulièrement du système nerveux central. Le cerveau paralytique était déjà en état de faible immunité vis-à-vis de la multiplication des spirochètes. Dans les cas favorablement influencés, les améliorations sont dues à la réaction des processus cellulaires de défense jusque là insuffisants.

Si les spirochètes ne sont pas définitivement détruits par l'infection paludéenne, leur structure est, du moins, tellement lésée qu'ils ont perdu la plus grande partie de leur action sur le système nerveux. On peut donc conclure à leur destruction sous l'influence de la thérapie infectieuse. Ceci est si vrai qu'on ne les a jamais retrouvés dans les cerveaux des P. G. en bonne rémission décédés à la suite d'une affection intercurrente.

D'une part, la réapparition supposée d'une défense suffisante contre la syphilis ; d'autre part, la régression particulièrement marquée des modifications histologiques (réaction inflammatoire), ainsi que la disparition des parasites, ont comme conséquence la transformation de l'évolution progressive de la méninge-encéphalite en un processus réactionnel bénin. L'action thérapeutique repose, en partie, sur les réactions de défense et d'immunité de l'organisme. Comment s'exerce ce changement cellulaire et comment se produit la mort des germes syphilitiques ? Nous n'en savons absolument rien. PLAUT et STEINER pensent que les substances immunisantes et de défense contre l'infection malarique ont, en plus, une influence inhibitrice sur les conditions vitales et l'accroissement des tréponèmes. WEYGANDT, MÜHLENS et KIRSCHBAUM croient que la destruction de l'albumine produite par le paludisme amène une augmentation de défense et la production d'anticorps agissant à la fois sur les plasmodies et sur le virus syphilitique. Ces théories n'ont encore aucune base scientifique. A côté de ces hypothèses reposant sur les notions d'immunité, on a cherché d'autres explications sous la forme d'activation protoplasmique, comme cela existe dans la thérapie par le soufre ou autres substances protéiques. Toutes ces explications, qui se ressemblent, du reste, sur certains points, prouvent la complexité du problème.

Nous allons maintenant passer en revue toute une série de faits bien établis d'une importance capitale. En 1926, HOFF et SILBERSTEIN, à la clinique de WAGNER-JAUREGG, ont montré expérimentalement que, chez les malades impaludés, les moyens de défense contre l'infection syphilitique sont directement augmentés. La teneur de la « bactériotropine » pour les staphylocoques, streptocoques et coli-bacilles s'accroît dans le sérum du sang au premier accès fébrile et dans le L. C.-R. au 4^e accès seulement. Elle atteint son maximum au cours du 5^e accès et reste telle durant la rémission. Au cours de la malariathérapie, les agglutinines du choléra et de la fièvre typhoïde passent du sang dans le L. C.-R., ce qui ne se produit pas dans les conditions ordinaires. Le mélange de L. C.-R. et de leucocytes prélevés chez des malades impaludés immobilise les spiro-

chètes au bout de 2 heures et les désagrège finalement, tandis que le même mélange prélevé chez des malades non traités n'a aucune influence nocive. De même, les essais d'inoculation au cobaye de particules de testicules syphilitiques, soumises à l'action de L. C.-R. et de leucocytes de P. G. traités, ont montré la disparition du pouvoir infectant, tandis que des fragments testiculaires syphilitiques mis en présence de L. C.-R. de malades non impaludés restent parfaitement virulents. Ces expériences indiquent chez le paralytique général, soumis à la malaria, une mobilisation des moyens de défense avec passage de substances bactéricides dans le L. C.-R., c'est-à-dire dans le système nerveux central, lesquelles substances agissent d'une manière nuisible sur le spirochète. HOFF et SILBERSTEINER ont répété les mêmes recherches pour la fièvre récurrente et sont arrivés aux mêmes résultats.

WEICHBRODT et JAHNEL ont prouvé expérimentalement qu'une augmentation importante de la température du corps pouvait exercer une influence directe spirochéticide. Des cobayes, porteurs de chancre, chauffés dans une atmosphère de 40 à 41°, présentaient des températures rectales de 42 à 44°. Cette action calorique directe a amené la cicatrisation du chancre avec disparition des tréponèmes. Si elle est insuffisante, ou pas assez souvent répétée, les parasites ne disparaissent pas complètement et se multiplient à nouveau. Il faut 2 jours pour arriver à ce résultat ; les microbes deviennent d'abord immobiles, diminuent en nombre et disparaissent. La guérison du chancre de l'animal s'effectue en 2 à 3 semaines. Ces faits corroborent les vieilles observations de JAHNEL n'ayant presque jamais pu retrouver des spirochètes dans le cerveau des P. G. décédés après avoir présenté, pendant 2 ou 3 jours avant leur mort, une température élevée. Chez un malade enlevé par une pleurésie fébrile, JAHNEL a pu constater, par ponction cérébrale, 15 jours avant la mort, la présence de tréponèmes dans le cerveau. A l'examen histologique, il n'en a plus retrouvé aucun.

STUCKGOLD n'a pu déceler le moindre spirochète chez un nouveau-né syphilitique mort d'une broncho-pneumonie. VONKENNEL, après avoir vacciné par la malaria

des syphilitiques en pleine période secondaire, n'a plus retrouvé le microbe, sans aucun traitement spécifique, après le deuxième ou troisième accès, alors que les accidents cutanés ne guérissaient qu'au bout du cinquième ou sixième accès. Tous ces faits nous permettent de penser que les températures élevées malariques peuvent produire une désagrégation des spirochètes dans le cerveau. Il est vrai que les accès fébriles de la malaria s'élèvent rarement à 42° (T. axillaire) et n'atteignent pas les degrés provoqués expérimentalement chez l'animal. La température habituelle de 40 à 41°, prolongée pendant plusieurs jours, suffit probablement, chez l'homme, pour tuer les germes spécifiques ou les rendre moins capables de résister à l'action d'autres agents thérapeutiques. Nous ne saurions cependant prétendre — comme beaucoup d'auteurs ont tendance à l'affirmer d'une manière erronée — que la pyrétothérapie est le facteur curatif principal de la malariathérapie.

WEYGANDT, MÜHLENS et autres ont vu des rémissions complètes et durables avec retour de la capacité professionnelle se manifester chez des P. G. dont les ascensions fébriles avaient été peu élevées. La fièvre récurrente, qui s'accompagne de températures beaucoup moindres, amène, elle aussi, des rémissions parfaites. Chez deux malades de notre service (Tourb... et Pier...), nous avons constaté des heureuses rémissions avec une évolution apyrétique de la malaria. Nous nous rencontrons sur ce point avec les cas relatés par HERMANN et BRÜTSCH. On n'a donc pas le droit de parler, comme le prétend STEINER, de pyrétothérapie dans l'action de la malaria vaccinale. Dans une précédente communication (1), nous avons insisté sur l'influence favorable des maladies intercurrentes aiguës chez les P. G., mais la fièvre ne représente qu'un premier degré de la thérapie infectieuse.

Les examens de la formule sanguine ont aussi une grande importance. V. SCHILLING, JOSSMANN, HOFFMANN,

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les rémissions dans la paralysie générale, *Société Médico-psychologique*, février 1929.

RUBITSCHUNG et VAN DER SPEK ont fait à ce sujet des recherches intéressantes. D'après celles-ci, la malaria-thérapie possède une affinité particulière pour les organes répondant le mieux à la thérapie d'excitation (rate, moelle des os, sang). La formule sanguine indique très nettement une réaction de défense non spécifique. Chaque accès fébrile produit trois différentes phases : phase de lutte leucocytaire (neutrophiles), phase de défense (mononucléaires), phase de guérison (lymphocyto-éosinophiles). Après la période fébrile, apparaît la phase de régénération érythrocytaire qui représente la forme de traitement non spécifique. La formule leucopénique du sang indique que l'hyper-leucocytose ne joue aucun rôle. JAHNEL a observé, chez un P. G. mort d'une méningite purulente avec nombreux leucocytes inondant les espaces lymphatiques, de nombreux spirochètes dans le cerveau. SCHILLING et ses collaborateurs voient dans l'action alternative leucocytaire et érythrocytaire de la malaria une réaction nettement plus intense et plus favorable que celle produite par d'autres substances excitantes.

BUSSON a montré que les globules rouges du sang, prélevés chez les P. G. lors de la chute de la fièvre, injectés à des cobayes, produisaient une action hyper-toxique. La température ne peut entrer en ligne de compte, car les globules rouges provenant d'un malade fébrile après une injection de saprovisan, à l'acmé ou à la descente de la fièvre, ne donnent pas les mêmes effets. Les plasmodies de la malaria sont des parasites du sang et l'on peut supposer que, sous leur influence, il se forme dans les globules rouges des produits de désintégration cellulaire et de destruction des albumines qui, en se libérant, agissent comme des toxines dans la circulation sanguine du cobaye. Une pareille désagrégation des globules rouges a lieu d'une manière massive chez les P. G. impaludés. Busson attribue aux substances apparaissant à la suite de la désagrégation des globules rouges une action excitatrice particulièrement forte, comme on en voit dans la protéinothérapie.

Les études physico-chimiques concernant les réactions du sang et du L. C.-R. au cours de l'impaludation méritent également l'attention. Le problème est parti-

culièrement complexe. DONATH et HEILIG ont comparé le comportement de la désagrégation albuminoïde dans le sang après les accès fébriles obtenus soit par injections de corps protéiques et de vaccins, soit par la malaria vaccinale. Pour ce faire, ils ont utilisé le taux des acides aminés dans le plasma sanguin. Ils ont vu que, dans le premier cas, il y avait augmentation assez importante de ces acides aminés, tandis que dans le second cet accroissement n'existait pas. Par conséquent, l'accès fébrile malarique attaque beaucoup moins la teneur en albumine de l'organisme. Tout différents se montraient les résultats de la recherche de ce taux dans le L. C.-R. Celui-ci était nettement supérieur à la suite de l'impaludation. Les auteurs expliquent ce résultat par une désagrégation des albumines dans le foyer morbide du système nerveux central, due à la réaction produite par la malaria.

Les travaux de PFEIFFER, STANDENATH et WEEBER concernent le métabolisme des peptidases chez les P. G. impaludés. Avant et à la suite de l'impaludation, le taux de glycytryptophane, désagrégat des peptidases, se montre normal dans le sang ; il s'accroît au commencement de la période fébrile. Dans les intervalles des accès, l'élimination se montre aussi grande dans les urines. Après interruption de la malaria vaccinale, il y a un nouveau retour du métabolisme des peptidases dans le sang. Ces auteurs ont démontré, par des dosages précis, que le L. C.-R. des P. G. vaccinés contenait des peptidases se décomposant en glycytryptophane durant la période fébrile, alors que, chez les malades non impaludés, le liquide n'en offrait aucune trace. Cette absence se montre également après la cessation des accès fébriles. Leur présence serait donc due à une réaction cellulaire en foyer du système nerveux central sous l'influence de la malaria.

KAFKA a étudié les réactions humorales au point de vue physico-chimique pendant le traitement malarique. Il déterminait dans le plasma du sang la teneur en fibrine et l'instabilité du chlorure de sodium ; dans le sérum, la réfraction, la viscosité et le coefficient de l'albumine ; dans le liquide céphalo-rachidien (à côté

des réactions habituelles), les glycose, chlorure, azote aminé et particulièrement les réactions de l'albumine. Il s'ensuit que, pendant la fièvre paludéenne, le plasma sanguin présente des altérations qui rétrocedent en partie après les accès et qui se propagent alors dans le sérum. Le L. C.-R. offre, pendant la période fébrile, une augmentation du glycose, des chlorures et du coefficient des albumines. KAFKA en déduit qu'une modification intense se fait sentir dans le L. C.-R. et il accepte les conclusions de DONATH et HEILIG.

Les résultats bio-chimiques mentionnés plus haut confirment les considérations développées par WAGNER-JAUREGG qui, le premier, en 1925, a émis l'opinion que la malaria vaccinale, outre son action non spécifique sur l'infection syphilitique dans ses divers stades, exerce une action spécifique et élective sur les foyers syphilitiques du système nerveux. Pour prouver ce mécanisme d'action neuro ou encéphalotrope du paludisme, on peut s'appuyer sur les faits suivants :

1° L'influence nulle ou néfaste de la malaria sur les vaisseaux dont les lésions peuvent même s'aggraver.

2° La réaction inflammatoire particulièrement intense dans le cerveau des paralytiques impaludés morts pendant la cure.

3° La différence d'action de la malaria sur la syphilis des méninges et sur la syphilis de la peau. Alors que la malaria, en stérilisant le L. C.-R., empêche la récurrence d'accidents nerveux, elle ne supprime pas la possibilité de nouvelles lésions du côté de la peau et des muqueuses.

4° La résistance moins fréquente et moins grande des réactions humérales dans le L. C.-R. que dans le sang chez les P. G. atteints de syphilis latente tardive.

5° L'apparition des gommages ou autres manifestations spécifiques tertiaires chez les P. G. en rémission par la malaria.

Une autre considération est encore à envisager. WEIL attribue la pathogénie de la méningo-encéphalite à l'augmentation de la perméabilité méningée. Il y aurait passage plus facile entre les méninges, l'appareil vas-

culaire, le liquide céphalo-rachidien et le tissu nerveux. Cette exagération favoriserait l'entrée de substances toxiques et des spirochètes de la circulation sanguine dans le système nerveux. PÖLTZ a démontré que la malariathérapie supprimait cette perméabilité excessive. Il a trouvé que la réaction de l'hémolysine de WEIL-KAFKA, qui est généralement positive chez les P. G. non traités, disparaissait d'une manière durable, dans la majorité des cas, à la suite de l'impaludation. HORN a confirmé ce résultat à la clinique de WAGNER-JAUREGG : réaction positive dans 62,7 0/0 de P. G. non traités et dans 6 0/0 de P. G. traités ; réaction positive dans 8,8 0/0 des cas avec complète rémission et dans 67,5 0/0 des cas où la méningo-encéphalite continuait à évoluer malgré le traitement. PÖLTZ voit dans le rétablissement de la fonction de barrage entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, et par conséquent dans la suppression du passage des catalyseurs dans le tissu nerveux, l'action thérapeutique essentielle.

SCHULTZE, pour se rendre compte du changement de la perméabilité méningée, a étudié le comportement de la réaction de fer de SPATZ consistant, comme on le sait, dans la démonstration d'un dépôt de fer dans l'adventice des capillaires cérébraux par le sulfate d'ammoniaque. Il a constaté que cette réaction était : 1° toujours très positive dans le cerveau des P. G. non traités ; 2° toujours négative dans diverses lésions cérébrales non paralytiques, examinées à titre de contrôle ; 3° devenue faiblement positive ou négative dans la grande majorité des cas traités par la malaria. SCHULTZE voit dans ces résultats un appui pour sa conception que la véritable action de la malaria chez les P. G. réside dans une altération des parois des capillaires du cerveau. Les produits de désintégration peuvent plus facilement être transportés du tissu nerveux dans les capillaires, de même les forces de protection et de défense pénètrent mieux dans la substance cérébrale renfermant les spirochètes.

La malariathérapie a une curieuse particularité déjà signalée par nous, à savoir son action thérapeutique tardive et durable pouvant s'étendre pendant des mois et

des années. L'amélioration se manifeste d'abord dans le comportement clinique. Le bon résultat du traitement n'apparaît pas le plus souvent après la période fébrile, surtout dans les cas avancés. Il faut des semaines et des mois pour que la légère amélioration survenue augmente progressivement afin d'atteindre la rémission manifeste. Pendant les premières années où WAGNER-JAUREGG appliquait sa méthode, il lui est arrivé fréquemment d'interner des malades qui ne lui paraissaient pas avoir bénéficié de la malaria vaccinale. Ceux-ci guérissaient peu à peu et arrivaient à recouvrer leur capacité professionnelle. Dans les cas restés sans changement, il observait un arrêt ou, tout au moins, un ralentissement de l'évolution progressive de la méningo-encéphalite. Cette action lointaine se manifeste très nettement dans les cas de syphilis tardive avec L. C.-R. positif. Chez les spécifiques traités sans succès par les médications les plus intenses, la malariathérapie exerce une action très favorable sur les réactions sérologiques qui diminuent peu à peu pour arriver à la négativité, au bout de plusieurs années, sans aucun autre traitement.

GERSTMANN a émis l'idée que la malariathérapie transforme l'organisme des P. G. en une simple réaction syphilitique. Cette opinion a des bases réelles. Elle s'appuie, comme nous l'avons déjà vu (1) : 1° sur la ressemblance des manifestations paranoïdes hallucinatoires des P. G. traités avec les hallucinations et les psychoses paranoïdes des syphilitiques ; 2° sur la courbe des réactions du L. C.-R. (mastic et or colloïdal) devenue à l'occasion des rémissions une simple courbe de syphilis cérébrale.

On a encore rarement étudié les manifestations syphilitiques tertiaires survenant chez les P. G. impaludés. MARKUSZEWICZ, en 1925, a publié un cas de P. G. qui, 2 mois après le traitement, présentait des gommées multiples au niveau de la peau du front et de la poitrine.

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les délires chez les paralytiques généraux traités par malaria. *Société Médico-psychologique*, avril 1929.

Parallèlement à cette apparition, l'état psychique se transformait en délire paranoïde hallucinatoire manifeste. SCHULZE F. O., la même année, a vu trois P. G. impaludés présentant des syphilides tertiaires de la peau à la face interne des cuisses, syphilides qui guérirent sans traitement. Le même auteur a observé, chez un autre P. G. impaludé, des gommes cutanées de la cuisse guéries par mercure et iodure. PFEIFFER, en 1926, a soigné un malade à forme purement démentielle qui, un mois après la malaria, est tombé dans un état de stupeur avec profond mutisme et phénomènes cataleptiques. Bientôt après, apparaissaient sur chaque cuisse trois gommes cutanées rapidement disparues par le 606, alors que la stupeur s'améliorait. Une rémission très complète s'est ensuite manifestée. KIRSCHBAUM, en 1927, a observé un P. G. au début avec état maniaque guéri depuis trois ans. Un an et demi après la cure malarique, le sujet présentait une tuméfaction gommeuse du pharynx, disparue après traitement par iodure et salvarsan.

Nous vous avons présenté ici-même un P. G. atteint de stupeur à la suite de la malariathérapie (1). Nous venons de constater chez lui une gomme cutanée du mollet droit.

GERSTMANN cite le cas d'un malade, en rémission durable, ayant eu, trois ans après le traitement, une arthrite spécifique des deux genoux.

WAGNER-JAUREGG a vu, au cours d'une rémission complète, un P. G. offrant des troubles aphasiques, agraphiques et alexiques avec épilepsie jacksonienne, qui disparurent par la cure iodure, mercure et salvarsan. Pour cet auteur, la malaria avait guéri la méningo-encéphalite ; il s'était manifesté une nouvelle affection organique purement spécifique.

Un cas de STRAUSSLER est remarquable : homme de 57 ans traité, en 1910, par tuberculine, amélioration progressive puis stationnaire ; rechute en 1922, traitement par la malaria ; mort par septicémie, suite

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les délires chez les P. G. traités par la malariathérapie. *Soc. méd. psych.*, avril 1929.

d'escarre. L'examen microscopique du cerveau a montré un processus inflammatoire diffus en rapport avec des modifications dégénératives. Ce processus inflammatoire était dans la substance cérébrale de faible intensité, très différent de l'image histologique habituelle de la P. G. Les plasmazellen dans les méninges et dans les capillaires de l'écorce diminuaient en nombre d'une manière manifeste vis-à-vis des lymphocytes. On constatait, en outre, une gomme vasculaire ayant son siège dans les parois d'une artère de calibre moyen, située dans un sillon cérébral, sous la forme d'un nodule composé de tissu cérébral proliféré, en partie nécrosé, avec cellule géante. STRAUSSLER considère cette lésion comme syphilitique. La diminution ou la disparition des plasmazellen serait la preuve de la réaction thérapeutique favorable.

L'étude des examens comparatifs du sang chez les syphilitiques et chez les P. G. traités a également son importance. Nous verrons dans quelle mesure elle confirme les faits précédents. SKALWEIT a constaté une différence dans l'état lymphocytaire chez les malades atteints de syphilis cérébrale et chez les P. G. Alors que les premiers présentent toujours une lymphocytose, les seconds montrent une lymphopénie du sang. Immédiatement après les accès de la malaria, apparaît, dans la maladie de BAYLE, une forte lymphocytose qui dure longtemps et ne diminue que progressivement. Dans les rémissions complètes, la teneur en lymphocytes du sang se rapproche de celle de la syphilis cérébrale. Par contre, dans les rémissions incomplètes ou nulles, il n'existe aucune lymphocytose nette.

Toutes ces considérations ont une importance considérable. Les observations de syphilides tertiaires survenues chez les P. G. traités sont très rares, elles n'en sont pas moins décisives, vu que les syphilitiques devenant P. G. font une affection pauvre en accidents tertiaires.

On peut se poser la question suivante : est-il possible d'arriver par la malariathérapie à l'extinction complète de l'infection spécifique ? La réponse reste indéterminée. La rétrocession des réactions humorales dans le

sang et dans le L. C.-R. n'a pas de valeur absolue (1). La réinfection syphilitique serait une preuve de cette guérison, mais aucun cas de ce genre n'a pas encore été constaté chez des P. G. impaludés. Cependant, chez des syphilitiques au stade secondaire et à la période tardive impaludés, KYRLE, dans quelques cas isolés, a pu constater des réinfections.

Un fait a frappé tous les médecins, c'est la grande et rapide amélioration de l'état physique des malades. L'organisme tout entier participe à la cure. VAN BOGAERT estime qu'elle agit comme un excitant de la défense générale de l'organisme et aboutit également à une désintoxication hépatique et rénale analogue à la crise urinaire au décours des maladies infectieuses. L'étude du métabolisme complet des P. G. avant et après le traitement serait du plus haut intérêt.

Le mécanisme d'action de la malariathérapie reste jusqu'ici obscur et hypothétique. Il ne pourra être élucidé qu'après une connaissance approfondie de la pathogénie de la maladie de BAYLE.

Syphilis cérébrale et hébéphrêno-catatonie

par H. CLAUDE et H. BARUK

Dans une récente communication, MM. Leroy et Médakovitch (2) ont insisté sur une série de troubles mentaux qu'ils ont observés au cours ou à la suite de la malariathérapie dans la paralysie générale. Ils ont rapporté principalement des cas de syndrome hallucinatoire et des cas rappelant la démence précoce.

L'un de nous (3) a déjà exprimé, à la suite de cette communication, son opinion à ce sujet.

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les réactions biologiques chez les paralytiques généraux traités par la malaria. *Société Médico-psychologique*, mars 1929.

(2) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les délires chez les P. G. traités par la malariathérapie. *Soc. Médico-psychologique*, 29 avril 1929.

(3) CLAUDE (H.). — *Soc. Médico-psychologique*, 29 avril 1929.

Nous avons eu l'attention attirée récemment de nouveau sur des faits du même ordre. Ils posent une fois de plus la question des rapports de la syphilis et de certaines psychoses, en particulier de l'hébéphrénocatatonie. C'est ce dernier point que nous désirons préciser dans cette étude.

Si la coexistence d'un syndrome catatonique et de la paralysie générale est relativement connue, il semble que de tels faits soient encore considérés comme relativement exceptionnels et comme de simples associations morbides. L'apparition de syndrome catatonique au cours de la malariathérapie, sur laquelle l'un de nous a insisté (1), pose le problème sur des bases nouvelles.

Il est démontré que le syndrome catatonique ou hébéphrénocatatonique peut constituer la manifestation unique d'une syphilis cérébrale, comme nous avons pu le constater dans certaines observations que nous rapportons ci-dessous.

Dans tous ces cas, le syndrome hébéphrénocatatonique semble plutôt en rapport avec une syphilis nerveuse relativement atténuée et lente, que ce caractère soit consécutif à la thérapeutique ou qu'il soit spontané. Ces faits nous paraissent intéressants, d'une part parce qu'ils permettent d'individualiser une variété étiologique syphilitique d'hébéphrénocatatonie, et d'autre part parce qu'ils nous montrent toute une série de *formes de passage* entre la paralysie générale et la démence précoce, formes de passage qui répondent peut-être à des degrés d'intensité et de profondeurs différentes de l'atteinte cérébrale.

ETUDE CLINIQUE

Il faut en effet distinguer à ce sujet plusieurs ordres de faits :

(1) CLAUDE (H.). — Paralysie générale et Schizophrénie. *Pratique Médicale française*, mars 1928.

Le cadre limité de ce travail ne nous permet pas de reproduire in extenso nos observations, que nous résumons ci-dessous. Ces observations paraîtront prochainement avec tous leurs détails dans la thèse de Garan.

*1° Le syndrome hébéphréno-catatonique
chez les paralytiques généraux malariés*

On peut observer, en pareil cas, soit le syndrome moteur catatonique, complet ou ébauché, soit un état d'apathie, d'indifférence rappelant la démence précoce simple, soit enfin des troubles intermédiaires entre l'excitation maniaque et le syndrome hébéphrénique.

L'un de nos malades, le malade At..., âgé de 52 ans, était particulièrement caractéristique à ce sujet. Le début de la P. G. fut marqué chez lui par un long stade dépressif, accompagné bientôt de troubles cénesthésiques et d'idées de négation. Une ponction lombaire, pratiquée le 20 juillet 1928, montrait les résultats suivants : 102 éléments mmc., alb. 1 gr. 50, Pandy +, Wassermann +, Benjoin +++.

L'impaludation fut pratiquée le 16 août 1928.

Les premiers accès survinrent le 24 août 1928.

A partir de ce moment, le tableau clinique change complètement ; le malade parle sans cesse, est euphorique ; mais sa conversation est toute intérieure ; il ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui. Assis sur son lit, il parle de projets, rappelle ses souvenirs, de temps en temps semble adresser la parole à quelqu'un ou à lui-même : « Ah oui, tu devrais bien faire cela, etc... » Quand on lui adresse la parole, il interrompt alors sa conversation, répond correctement avec d'ailleurs de l'enjouement, et souvent une certaine ironie. Parfois, il répond : « Je n'ai pas le temps, je suis trop occupé » et continue sa conversation intérieure. A ce moment, une nouvelle ponction lombaire montrait : 8 éléments mmc., alb. 0,35, Pandy +, Wass. +, Benjoin dissocié 22212.22100.0.

On peut remarquer qu'il ne s'agit pas là d'un véritable syndrome hallucinatoire bien caractérisé, mais bien plutôt d'une simple extériorisation de la pensée intérieure qui est en quelque sorte comme libérée et non contrôlée. Il suffit en effet de relever momentanément l'attention par une question pour faire cesser la conversation du malade.

Des faits de ce genre sont extrêmement fréquents au cours de l'hébéphrénie et constituent très souvent les prodromes de la désagrégation psychique et des phéno-

mènes automatiques des déments précoces. Ils ne sont pas sans analogie avec le « syndrome d'action extérieure » des psychoses paranoïdes.

2° *Le syndrome catatonique*
au cours des rémissions de la P. G.

Des phénomènes d'ordre catatonique peuvent tout aussi bien s'observer au cours des *rémissions spontanées* de la P. G. en l'absence de toute malariathérapie.

En voici un exemple :

M. Del..., 44 ans, présente depuis deux ans environ une baisse de l'activité, des troubles de la mémoire, des idées de grandeur, puis une période d'agitation, pour laquelle il est hospitalisé à l'hôpital Henri-Rousselle. Une ponction lombaire montre alors 0,70 centigr. d'albumine, 20 cellules au Nageotte, Wassermann positif, benjoin positif. Une impaludation est conseillée, mais n'est pas pratiquée. L'agitation cesse spontanément, et le malade rentre chez lui ; il se soumet simplement au traitement spécifique.

Peu à peu son état s'améliore. Le 7 novembre 1928, l'un de nous est appelé à l'examiner. On note une apathie, un certain puérilisme et une certaine indifférence. Réflexes rotuliens abolis. Abolition des réflexes lumineux et accommodateurs. L'impaludation est conseillée, mais ne peut être pratiquée.

Le malade est revu à plusieurs reprises. Son état psychique s'améliore lentement, malgré l'absence de traitement malarique. A chaque examen, *on recherche soigneusement* les signes de la série catatonique. Ceux-ci sont toujours absents.

Le 2 mai 1929, le malade est considérablement amélioré et en pleine rémission. Il répond bien aux questions, fait la critique de son état, il s'occupe de nouveau un peu de son commerce, et rend la monnaie sans erreurs, lit les journaux, etc...

A ce moment, pour la première fois, on constate :

1° Une catalepsie très prolongée aux membres supérieurs et inférieurs.

2° Dans la flexion passive de l'avant-bras, le signe que nous avons décrit sous le nom de *signe de l'anticipation des mouvements passifs* (1).

(1) CLAUDE, BARUK et NONEL. — *Société de Neurologie*, 2 mai 1929.

3° Des mouvements automatiques pendulaires très prolongés lorsqu'on fléchit l'avant-bras sur le bras.

Une ponction lombaire faite récemment (le 13 avril 1929) montre : 0 cgr. 40 d'albumine, 1,6 éléments par mm³ ; Pandy +, Wassermann positif.

Ainsi, chez ce paralytique général, une rémission spontanée clinique et humorale, a été marquée par l'apparition de symptômes de la série catatonique.

3° *Le syndrome hétéphréno-catatonique au cours de formes lentes et à syndrome humoral atténué de syphilis nerveuse.*

L'observation suivante de syndrome hétéphréno-catatonique typique, dont l'évolution est consécutive à celle d'une syphilis nerveuse, est particulièrement démonstrative :

Observation résumée. — Raymond L., 27 ans, entre le 27 janvier 1927 à la Clinique, avec le certificat suivant (D^r Robin) : « Etat anxieux atypique, incertitude morbide, perplexité, doute, appréhensions, troubles de la mémoire, confusion dans les dates, contradictions. Inégalité pupillaire. Inertie irienne. »

L'histoire du malade est la suivante : en 1919, à l'âge de 18 ans, il contracte un *chancre syphilitique*, dont il porte la cicatrice. Il semble qu'il se soit peu et mal traité. Il se marie, en 1924, sa femme fait une fausse-couche.

En 1923, à l'âge de 22 ans, c'est-à-dire 4 ans après le chancre, débutent les troubles nerveux : ce sont des *céphalées* violentes avec vomissements sans efforts, des vertiges, des éblouissements. En même temps que ces troubles somatiques, surviennent des troubles mentaux : obnubilation, idées de jalousie contre sa femme, idées de persécution contre son patron qu'il accusait d'avoir provoqué sa maladie par une piqûre. En même temps, il devenait négligent, faisait des erreurs dans son travail et des dépenses inconsidérées. Le malade aurait été examiné à cette date par le D^r Heuyer qui pensa à la paralysie générale. Une réaction de Wassermann, pratiquée à ce moment, fut fortement positive dans le sérum sanguin. Le malade fut soigné par le D^r Fribourg-Blanc, puis envoyé à la Clinique.

Depuis son entrée à la Clinique, en janvier 1927, l'évolu-

tion de la maladie s'est faite progressivement vers le tableau de plus en plus caractéristique de l'hébéphrénocatatonie ; au début, on notait surtout de l'apathie, de l'indifférence, des troubles de l'attention, de vagues idées délirantes inconsistantes, mais peu à peu apparaissent :

1° un *syndrome moteur catatonique* des plus caractérisés : conservation indéfinie des attitudes, négativisme, mutisme, et enfin des stéréotypies nombreuses et variées. Le facies a perdu peu à peu toute expression et a pris l'aspect inanimé si fréquent chez ces malades ;

2° un *état d'affaiblissement psychique progressif* avec une indifférence totale, des impulsions brusques, mécaniques, une incohérence profonde dans les réponses, et enfin un puérilisme très accentué. Le malade parle comme les enfants. Il dit lui-même : « Je suis comme un petit enfant, un petit enfant bien sage, avec une petite maman, un petit papa. »

Quant à l'évolution des signes humoraux, elle a été la suivante :

Le 9 janvier 1927 (ponction faite par le Dr Fribourg-Blanc).

Sang : Wassermann négatif.

Liquide céphalo-rachidien : tension, 23, couché, albumine, 0,30, 1 lympho. par mm³, Wassermann négatif, sucre, 0,77.

Le malade est soumis, durant la fin de l'année 1927, à un traitement spécifique (sulfarsénol).

Une nouvelle ponction lombaire est faite, le 2 janvier 1928 :

Tension, 26, 8, 4 éléments par mm³, albumine, 0,40, Pandy positif, Wassermann négatif, R. Benjoin, 001000220000.

Sérum sanguin : Wassermann positif partiel.

On continue le sulfarsénol du 26 janvier au 24 février.

Le 2 février 1928, la ponction lombaire montre :

Albumine, 0,70, 3 éléments par mm³, Wassermann négatif.

Le 6 avril 1928, le malade est traité par l'impaludation. On laisse évoluer 10 accès, et le malade est ensuite soumis à un traitement antispécifique arsénical.

L'impaludation n'est suivie d'aucune amélioration clinique. Bien au contraire, l'état mental ne fait que s'aggraver, pour évoluer vers un état démentiel de plus en plus accusé.

Le 10 avril 1929, une nouvelle ponction lombaire est faite et montre :

Albumine, 0 gr. 40, 1 lympho. par mm³, réaction de Pandy faiblement positive, Wassermann négatif, Benjoin, 00000.02200.00000.

En résumé, il s'agit d'un malade syphilitique avéré, chez lequel un syndrome hétéphréno-catatonique typique s'est constitué à la suite d'un véritable syndrome clinique méningé (céphalée, vomissements), accompagné de signes objectifs de syphilis nerveuse. Par contre, le syndrome humoral est toujours resté très discret ; il s'est légèrement accentué à la suite du traitement spécifique (réactivation), mais tout en restant ébauché. Un tel cas est particulièrement instructif ; il est difficile en effet de parler ici d'une simple coïncidence ; le mode de début du syndrome hétéphréno-catatonique, l'existence de troubles pupillaires caractéristiques permettent de penser que ce syndrome est bien déterminé par la syphilis.

L'observation suivante est également très suggestive. Il s'agit de *l'association d'un syndrome catatonique avec des signes de syphilis nerveuse diffuse*.

Observation résumée. — Corm., 63 ans.

Entre à la clinique le 12 septembre 1928.

Début de la maladie il y a deux ans : brusquement, un jour, le malade qui était parti à son travail, bien portant, fut ramené chez lui, obnubilé, parlant à peine. Quelque temps auparavant, il s'était plaint de fatigue, et depuis plusieurs années présentait du dérobement des jambes à la marche. Il fut d'abord hospitalisé à la Salpêtrière, très obnubilé. Rentré chez lui, il fit plusieurs fugues, se déshabilla une fois dans la rue. Il fut alors conduit à l'hôpital Henri-Rousselle, puis à la Clinique.

A son entrée dans le service, on constatait :

1° *Un état démentiel accentué* (ne peut dire ni son âge, ni l'année, ni la saison ; interrogé sur la date du début de la guerre, il répond invariablement 1886, ne peut indiquer son adresse. Désorientation complète).

2° *Un syndrome catatonique, caractérisé* par les signes suivants :

a) remarquable conservation des attitudes aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Signe de l'oreiller psychique. Facies inexpressif ;

b) négativisme : aux membres supérieurs, on constate, par moments, quand on veut faire effectuer des mouvements au malade, une résistance active ; il faut une véritable lutte pour fléchir son bras ou pour l'étendre. Dans l'épreuve de la

flexion passive de l'avant-bras sur le bras, on note, tantôt de l'anticipation des mouvements passifs, tantôt du négativisme.

3° Un *syndrome pseudo-bulbaire*. Facies pleurard, bouche semi-entr'ouverte, troubles de la déglutition, pleurer spasmodique, démarche à petits pas.

4° Des *signes de syphilis nerveuse*.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis.

Réflexes plantaires en flexion.

Strabisme. *Abolition des réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation*.

Examen biologique :

Sang : urée, 0 gr. 36, Wassermann partiellement positif, Meinicke positif.

Liquide céphalorachidien : albumine, 0 gr. 22, leucocytes 0,4, Wasserman négatif, Benjoin, 000002222000.

L'état du malade s'aggrava peu à peu.

Mort le 22 octobre 1928 de cachexie.

Des quelques faits que nous venons de rapporter, nous voudrions retenir les remarques suivantes :

Le syndrome catatonique ou hébéphrénocatatonique ne s'observe pas seulement au cours de la paralysie générale, mais il peut encore constituer une modalité de syphilis nerveuse, véritable « psychose syphilitique », suivant l'expression de Targowla. Les deux dernières observations que nous venons de rapporter montrent en effet l'intrication étroite du syndrome catatonique et des signes de syphilis nerveuse. Par contre, les signes humoraux sont relativement discrets, très légère réaction méningée, réaction de Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien, partiellement positive dans le sang.

Ce caractère incomplet des réactions humorales nous paraît devoir être souligné. Sans doute, ce fait n'est pas constant, comme le prouvent les observations de syndrome catatonique au cours de P. G. authentiques avec réactions humorales typiques. Cependant, il nous paraît intéressant de rapprocher le caractère atténué des réactions biologiques de nos observations, du fait de l'apparition du syndrome catatonique, au cours des rémissions de la paralysie générale, soit spontanées, soit à la suite de la malariathérapie. Il semble donc,

dans tous ces cas, que le syndrome catatonique n'apparaisse pas au moment où les lésions anatomiques, et en particulier les lésions méningées, sont les plus accentuées, mais qu'au contraire, il apparaisse au moment de la diminution de ces lésions, à la suite de la thérapeutique ou de l'évolution spontanée. Il ne s'agit là encore que d'une hypothèse, mais d'une hypothèse qui cadre particulièrement bien avec les données physiologiques et expérimentales que nous commençons à posséder, concernant le syndrome catatonique: celui-ci se montre surtout lié à des *atteintes superficielles et diffuses du cerveau*; il peut être réalisé expérimentalement par des intoxications (1), à *doses moyennes* seulement (dans la catatonie par la bulbo-capnine). Chez l'homme (2), l'épreuve du somnifène nous a montré également que les symptômes catatoniques et d'allure psychopathiques sont liés surtout à l'intoxication par de petites doses, les signes organiques à celle par des doses élevées (3).

Le syndrome catatonique semble ainsi lié surtout à un trouble du fonctionnement cellulaire, plus qu'à un trouble anatomique grossier, et destructif.

On peut donc se demander si une même cause, comme la syphilis, ne peut pas, suivant la modalité et l'intensité de son atteinte cérébrale, déterminer, suivant les cas, de volumineuses lésions méningo-encéphaliques réalisant le tableau de la paralysie générale, ou, au contraire, des troubles surtout fonctionnels des cellules cérébrales, donnant lieu au syndrome catatonique ou hébéphréno-catatonique. Ainsi s'expliqueraient les nombreuses formes de passage sur lesquelles on ne saurait trop insister, entre la paralysie générale et la démence précoce.

Le trouble fonctionnel cérébral, dont nous venons de parler, ne comporte pas d'ailleurs nécessairement un pronostic plus favorable que l'atteinte anatomique gros-

Voir :

(1) CLAUDE et BARUK. — La Catatonie. *Presse Médicale*, déc. 1928.

(2) DE JONG et BARUK. — *Revue Neurol.*, janv. 1929.

(3) CLAUDE et BARUK. — *Encéphale*, n° 8, 1928 et *Thèse de Pauker* Paris, 1929.

sière. Nous avons vu, dans l'une de nos observations précédentes, l'évolution progressive du syndrome hétérophrénocatatonique, malgré le traitement spécifique et la malariathérapie. On comprend, d'ailleurs, que la malariathérapie soit inefficace en pareil cas. La pathologie générale nous offre d'ailleurs de nombreux exemples analogues : c'est ainsi qu'on voit certaines lésions scléreuses, ou même néoplasiques, hépatiques, relativement bien supportées, alors qu'une atteinte fonctionnelle hépatique, par une infection, par exemple, peut donner lieu à des symptômes impressionnants, et parfois même à des troubles à évolution fatale, comme certains ictères graves, en l'absence même de lésions anatomiques décelables. Il en est de même au niveau du cerveau. Dans tous ces cas d'ailleurs, le trouble fonctionnel ne diffère pas du trouble organique par sa nature, mais simplement par le degré plus superficiel et surtout par le caractère *essentiellement diffus et dynamique* de l'atteinte de l'organe.

La même conception peut d'ailleurs peut-être s'appliquer à la pathogénie des syndromes hallucinatoires de la malariathérapie, et l'on peut se demander, sans qu'il soit besoin, comme l'ont fait certains auteurs, de faire intervenir telle ou telle hypothèse de localisation, si la transformation en pareil cas du syndrome de la paralysie générale en syndrome hallucinatoire ou en psychose, n'est pas due en grande partie à la transformation d'un trouble anatomique grossier en un trouble fonctionnel cérébral.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — La réalité de formes particulières de paralysie générale ressemblant à s'y méprendre à des délires systématisés progressifs est admise depuis longtemps. Nous avons tous eu l'occasion d'observer des faits de ce genre où seuls les signes physiques et biologiques permettent de découvrir la P. G. sous un aspect de délire systématisé.

Dès le début de la malariathérapie, ces formes dites schizophréniques sont devenues beaucoup plus fré-

quentes et ont été décrites en détail par de nombreux auteurs étrangers. Dans mon article sur le « Polymorphisme de la syphilis encéphalique » (1), j'ai rapporté un cas de ce genre où, sous l'influence du traitement arsénical, les idées absurdes de grandeur se sont modifiées pour se transformer en un délire bien systématisé, comparable à celui des paraphréniques. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'il s'agit, dans les cas de ce genre, de P. G. à évolution torpide.

Quant aux formes qui simulent l'hébéphrénocatatonie, dont vient de parler M. Baruk, elles étaient également connues avant le traitement malarique et arsénical, quoique plus rares. Mais, quand la catatonie est accentuée, l'explication qui me paraît le plus satisfaisante est qu'il s'agit surtout d'une différence dans la *localisation* plus que dans l'*intensité* de la lésion. Je continue à soutenir que beaucoup de phénomènes catatoniques (itération, défaut de déposture, hypertonie, troubles végétatifs, etc.), résultent d'une atteinte sous-corticale. Cette atteinte est réalisable, aussi bien par un processus syphilitique, — intense ou non, — que par l'agent inconnu de l'hébéphrénie classique.

En insistant sur ce fait que les formes torpides de P. G. avec réactions biologiques atténuées ou disparues, réalisent parfois l'aspect de l'hébéphrénocatatonie, M. Baruk n'a pas, j'en suis convaincu, l'intention de soutenir que la plupart des hébéphrénocatatonies sont de nature spécifique.

Enfin, il est intéressant de constater que la syphilis peut réaliser des syndromes de délire progressif et d'hébéphrénie. Cela permet de supposer que d'autres causes toxi-infectieuses sont capables d'en faire autant et que, dans l'avenir, les affections dites constitutionnelles entreront peut-être dans le cadre des psychoses toxi-infectieuses. Les discussions suscitées par les théories de G. de Clérambault sur l'étiologie du syndrome d'automatisme mental ont permis de rassembler déjà bon nombre d'observations en faveur de ce point de vue.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les secrétaires,
MINKOWSKI, GUIRAUD.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Sur les tumeurs méningées, par le D^r Domingo Mosto, *La Semana Medica*, 27 décembre 1928. — Les faits recueillis par l'auteur vérifient la théorie d'Oberling. Les préparations histologiques permettent de diviser le revêtement méningé en deux feuillets : la pachyméninge et la leptoméninge, cette dernière intimement adossée à la substance nerveuse sans séparation, ni par l'espace épicerébral décrit par His, ni par la cuticule cellulaire de Fleisch. La continuité est manifeste avec les éléments gliaux qui paraissent entremêlés aux méninges. Le revêtement formé par les cellules du type glial, émet en certains points, — dans les scissures par exemple —, des prolongements pédiculés qui sont comme une ébauche des granulations de Pacchioni. Il y aurait une similitude évidente entre ces granulations et les méningoblastomes ; celles-là formeraient parfois ceux-ci.

P. CARRETTE.

Sur le syndrome comitio-parkinsonien, par le D^r Fernando ESTRANI, *Archivos de Méd. Cir. y esp.*, 9 mars 1929. — L'installation du syndrome parkinsonien diminuerait et modifierait les attaques épileptiques. Si on admet que les convulsions toniques sont dues à l'inhibition cérébrale et à la libération des centres sous-corticaux, il est facile de comprendre que la paralysie de ces centres amènera une diminution de la durée et de l'intensité de ces convulsions. Par quel mécanisme expliquer que les crises, non seulement deviennent atypiques, mais tendent à diminuer de nombre quand les lésions striées augmentent ?

P. CARRETTE.

Le Dmelcos dans le traitement de la P. G., par le Dr Adolfo-M. SIERRA, *La Semana Medica*, 14 mars 1929. — Voici d'autres observations des heureux effets du vaccin sur la syphilis nerveuse. En opposition avec les affirmations de Sicard, l'auteur a constaté que la prolongation du traitement amène l'accoutumance, que dans plusieurs cas les essais avec des doses maxima de 675 millions cessaient rapidement de provoquer des réactions thermiques obtenues au contraire chez les mêmes sujets avec une injection intraveineuse de peptone à 5 0/0.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

« La Banisterine, un alcaloïde agissant sur le système moteur extrapyramidal. »

Le Dr Kurt Beringer, Privat-docent à Heidelberg, a écrit en 1928 dans le « *Nervenartz* » un article très intéressant sur cet objet. Ce médecin allemand est déjà l'auteur d'une étude très documentée sur un autre alcaloïde très curieux pour le psychiatre et le psychologue : la mescaline, un des principes actifs du « peyotl ».

L'auteur a tenté d'introduire dans la thérapeutique du syndrome parkinsonien, la banisterine alcaloïde du « yagé ». Le « yagé » ou « banisteria caapi », plante de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud, est une liane dont les Indiens se servent pour confectionner un breuvage générateur d'une sorte d'ivresse sacrée. Déjà étudiée par le Professeur Lewin, le Professeur Perrot et le Colombien Villaba, elle a été récemment présentée au public scientifique français par les soins de A. Rouhier.

La banisterine dont nous parle Kurt Beringer est nommée par d'autres auteurs : caapine ou yagéine, ou encore télépathine. Sa formule chimique serait, pour Villaba : $C^{14}H^8N^2O$. Les chimistes de la Maison Merk, qui ont réalisé la préparation utilisée par l'auteur, lui fixent de leur côté la formule $C^{13}H^{12}ON^2$.

Le Dr Beringer nous donne les résultats d'une expérimentation conduite avec une prudence et un esprit critique qui invitent à la confiance. Il détaille devant nous l'observation de six parkinsoniens, touchés, pour la plupart, par l'encéphalite épidémique depuis plusieurs années. Il a pris soin d'étudier au préalable chez chacun d'entre eux les possibilités de mouvements volontaires, notant, à propos de chaque

mouvement soigneusement défini, l'amplitude, la puissance, la forme, le nombre de fois où le malade atteignait à sa production. Et à l'aide de ces données précises, il suit pas à pas l'action du médicament qu'il vient d'introduire dans l'organisme.

La note dominante est partout l'amélioration plus ou moins poussée de la motilité volontaire. On voit croître la rapidité, la force, l'amplitude, la régularité du mouvement volontaire. Au lieu de s'épuiser bien en deçà des limites normales de la fatigue, il se reproduit indéfiniment. La marche est améliorée, plus ferme, plus droite, plus régulière ; la progression se fait à pas plus étendus. La parole devient intelligible, nuancée et plus rapide. L'écriture, elle aussi, présente dans un cas une amélioration frappante.

Dans le détail, les résultats observés n'ont certes pas tous la même valeur, et telle ou telle partie du complexe moteur volontaire se trouve, selon le cas, plus ou moins améliorée. L'observation première est presque un échec, les cinquième et sixième cas, au contraire, démontrent la récupération manifeste de l'activité volontaire. La raideur s'atténue, par contre, le tremblement ne paraît pas modifié.

Du point de vue subjectif, le médicament ne donne pas la sensation de bien-être, de détente, que produit parfois l'hyoscine.

La durée d'action de la drogue est tout à fait inégale. Dans certains cas, elle s'épuise en quelques heures ; dans d'autres, elle atteint plusieurs jours.

Les voies d'introduction seront au choix du praticien : la voie hypodermique, digestive ou rectale. A ce propos, l'auteur écarte comme dangereuse la voie endoveineuse. Kurt Beringer a réduit les doses utiles autour de 2 centigrammes, par prise et par jour. L'intolérance s'est manifestée avec des doses beaucoup plus considérables ; elle réalisait un état de collapsus comparable à celui que fait naître l'intoxication par l'opium et ses dérivés.

A côté de ces considérations thérapeutiques, que l'auteur lui-même voudrait voir confirmées par une plus longue expérimentation, la seconde partie du travail se trouve remplie de réflexions théoriques où se manifeste la valeur possible de la « banisterine » comme moyen d'investigation sur le terrain physiologique. Il semble, en effet, que l'expérimentation à l'aide d'une substance, qui corrige plus spécialement, sinon exclusivement, certains troubles relevant de la pathologie du système moteur extrapyramidal, puisse nous apprendre beaucoup. Ne pourrait-on pas, par

exemple, ainsi que le veut l'auteur, rechercher les bases organiques du syndrome catatonique, à l'aide de semblable instrument chimique.

BRIAU.

Refert. — « Der Nervenarzt. » I Jahrgang, Heft 5, 1928.
« Über ein neues, auf das extrapyramidal-motorische System wirkendes Alkaloïd. » (Banisterin) von Privatdoz. Dr Kurt Beringer.

Verlag von Julius Springer, Berlin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 mai 1929

Note sur la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe de psychoses aiguës, par A. COURTOIS et Mlle RUSSELL. — Les auteurs apportent le détail de leurs recherches sur l'azotémie dans un groupe de psychoses aiguës (18 cas), évoluant sous le type clinique du délire aigu et où l'examen anatomique pratiqué par M. Marchand révéla une encéphalite. Cette azotémie, qui atteint au moment de la mort des taux de 3 gr. à 8 gr., ne s'accompagne, ni de symptômes cliniques de néphrite aiguë ou de rétention azotée, ni de lésion anatomique importante du rein. L'action hypotermisante de l'azotémie est, dans ces cas, loin d'être constante. Les auteurs insistent sur la valeur diagnostique de ce symptôme nouveau dans les psychoses aiguës, qui permet, dès les premiers jours, un diagnostic sûr et sur sa valeur pronostique, puisque c'est un symptôme objectif de gravité extrême.

Délire mélancolique, consécutif à une encéphalite aiguë azotémique, par R. DUPOUY et A. COURTOIS. — Une malade avec état mélancolique récent fait à l'entrée dans le service un accès de confusion mentale anxieuse avec fièvre, amaigrissement cachectique, agitation extrême. Azotémie élevée,

4 gr. 25. Survient une parotidite pendant que s'améliorait l'état mental. Disparition, en moins d'une semaine, de tous les symptômes, confusion, anxiété, délire. Guérison apparente, complète pendant 3 semaines. Reprises secondaires du délire mélancolique qui persiste depuis 2 mois. Les auteurs insistent sur l'importance des encéphalites, de toute nature, comme causes de maladies mentales acquises.

Délire à deux à thème mystique, par Mlle CHIARLI et C. DUPONT. — Relation de deux cas dans lesquels les malades, d'origine sociale différente, et ne se connaissant pas avant leur internement, opèrent une véritable mise en commun de leurs idées délirantes.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Charles MOUREU (1863-1929)

Le décès de M. Charles Moureu, survenu inopinément le 13 juin 1929, vient de surprendre douloureusement ses amis.

Charles Moureu est né le 11 avril 1863 à Mourenx (Basses-Pyrénées). Après une brillante scolarité accomplie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, il recevait son diplôme en 1894. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il obtenait à la même époque le poste de pharmacien des asiles de la Seine, qu'il conserva jusqu'en 1907.

L'Ecole de pharmacie, où il avait commencé ses premières recherches de chimie, brillamment couronnées en 1893 par le diplôme de docteur ès sciences, l'accueillit en 1899 à titre d'agrégé parmi son personnel enseignant. En 1907, il y occupait la chaire de pharmacie chimique qu'il conserva jusqu'en 1918, époque à laquelle sa belle carrière universitaire trouva son couronnement lorsqu'il fut appelé, à la mort du professeur Jungfleisch, à prendre possession de la chaire de chimie organique au Collège de France.

Membre de l'Académie de médecine en 1907, il était entré en 1911 à l'Académie des Sciences. Il était Grand Officier de la Légion d'honneur.

A ses qualités de savant, Charles Moureu joignait une urbanité faite de bonne humeur cordiale et communicative; tous ses collègues en ont connu le charme et en garderont le souvenir.

Acad. de Médecine, 5 juin 1929.

LE D^r CHOCREAUX

Nous apprenons la mort du D^r Chocreaux, Médecin en Chef à l'asile de Lommelet (Nord).

CONCOURS DE MÉDECIN-CHEF DES ASILES DE LA SEINE

Ce concours s'est ouvert à Paris, le 3 juin.

Le jury était ainsi composé :

Président : M. l'Inspecteur général, D^r RAYNIER.

Membres : MM. BONNET, RODIET, CAPGRAS, POCHON, PÉLIS-
SIER .

MM. CHANDET et LÉVÊQUE étaient adjoints au jury, avec voix délibérative pour l'appréciation des titres administratifs.

Les résultats ont été les suivants :

	Titres administ. (max. 10)	Travaux scientif. (max. 40)	Epreuve clinique orale (max. 20)	Epreuve clinique médi.-légale (max. 30)	Total
GOURIOU ..	9,5	33	15,5	28	86
SENGES	8	32	17	28	85
LAUTIER ...	8,5	32	14,5	28,5	83,5
BENON	8,5	31	15	27	81,5
PIGNÈDE ..	6	28	15,5	25	74,5

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. GOURIOU et SENGE.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Nominations. — M. le D^r PAGES, médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'Albi, est nommé médecin-chef de service du quartier d'aliénés annexé

aux hospices de Montpellier (Font-d'Aurelle), en remplacement de M. CHEVALIER-LAVAURE, admis à la retraite.

M. le D^r CARRIAT, médecin-chef de service du quartier d'aliénés de Font-d'Aurelle, est nommé médecin-chef à l'asile d'Armentières (poste rétabli).

M. le D^r LEYRITZ, médecin-directeur à l'asile agricole de Chezal-Benoit, est nommé médecin-chef au quartier d'aliénés de Font-d'Aurelle, en remplacement de M. le D^r CARRIAT.

M. le D^r Jean SIZARET, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), est nommé médecin-directeur de cet établissement, en remplacement de M. le D^r PAIN, admis à la retraite.

Vacances de postes. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le D^r SIZARET, nommé médecin-directeur de cet établissement.

Un poste de médecin-chef de service sera vacant, à dater du 1^{er} juillet 1929, à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), poste créé.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), par suite du décès de M. le D^r CHOCHREUX.

Un poste de médecin-directeur sera prochainement vacant à l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), par suite du départ de M. le D^r GOURIOU.

Un poste de médecin-chef de service sera prochainement vacant à l'asile de Blois, par suite du départ de M. le D^r SENGES.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 38.546

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

Chronique

Le beau voyage au Portugal



Il y a quelques mois, mon ami, le D^r Courbon, donnait une relation dithyrambique d'un voyage qu'il venait de faire au Portugal. J'avais lu avec grand plaisir son récit qui me remettait en mémoire les beautés indéniables de ce pays. Je l'avais visité en 1906 à l'occasion du Congrès international de médecine de Lisbonne et en avais conservé un agréable souvenir. Aussi m'étais-je promis d'y revenir et le prétexte m'en était donné par le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française qui se tenait cette année à Barcelone.

Muni d'un passeport pour l'étranger qui m'avait permis de me rendre sans difficulté en Espagne, je me mis donc en route pour Lisbonne. Arrivé à la

gare-frontière de Marvao-Beira, les agents portugais de la police internationale me demandent mon passeport, je le leur remets et compte le reprendre dès qu'ils l'auront examiné. Mais, en les voyant le feuilleter, se regarder et échanger en portugais des paroles que je ne comprenais pas, je commençais à éprouver quelque inquiétude et à me demander si par hasard j'aurais été signalé comme indésirable ! Tout arrive. Enfin, au bout de quelques minutes, l'un d'eux, s'exprimant en français, me dit que mon passeport n'avait pas reçu le visa du consulat portugais à Paris. Ce visa n'étant pas nécessaire en Espagne, j'avais supposé — et c'était un grand tort de ma part, — qu'il n'était pas non plus exigé en Portugal. — Qu'allait-on faire de moi ? Voilà la question que je me posais. Me refoulerait-on en Espagne ? Me laisserait-on quand même franchir la frontière portugaise ? Cruelle énigme, d'autant que les policiers, avant de me faire connaître leur intention, me firent décliner mon état civil — notez qu'ils avaient le passeport avec photographie sous les yeux. Ils me demandèrent ensuite les noms et prénoms de mon père et de ma mère qu'ils inscrivirent minutieusement. Puis, voici la conversation qui s'engage : « Où avez-vous l'intention de vous rendre en Portugal ? — A Lisbonne, répondis-je. — Combien de temps vous proposez-vous d'y rester ? — Deux ou trois jours. — Dans quel hôtel descendrez-vous ? — Je l'ignore, n'ayant pas retenu de chambre d'avance. » Quelques instants de silence. Enfin, prenant un carnet à souche, le policier en détache un feuillet sur lequel il inscrit mon nom et me le remet en me disant que j'aie à me présenter le lendemain à 11 heures aux bureaux de la police internationale

de Lisbonne où je devrai verser 100 escudos d'amende, c'est-à-dire environ 130 francs. Fixé sur mon sort, je réclame mon passeport, mais on ne veut pas me le remettre. On me dit qu'il me sera rendu le lendemain à Lisbonne quand j'aurai payé l'amende et qu'il y arrivera deux heures après moi, par le train-poste suivant celui où je me trouvais.

Le lendemain, je ne manquai pas de me rendre à la police internationale de Lisbonne à l'heure qui m'avait été indiquée. J'attendis environ une heure pour apprendre que mon passeport n'était pas arrivé. On me dit de revenir le jour suivant à la même heure. Je fus exact au rendez-vous. Après une attente de la même durée que la veille, un employé qui parlait français, commença à dépouiller son courrier et sortit d'une enveloppe mon passeport qu'il me montra triomphalement de sa place. Je m'approchai alors et sortis de mon portefeuille un billet de 100 escudos que je me disposais à lui remettre en échange du passeport. Mais mes tribulations n'étaient pas terminées, j'avais compté sans les formalités administratives. L'employé me dit que je ne pouvais pas verser cette somme en nature, qu'il fallait me procurer des timbres spéciaux de même valeur. Je commençai à manifester quelque impatience et dis qu'à Constantinople, sous le régime hamidien, j'étais loin d'avoir éprouvé les tracasseries que je subissais en Portugal. Et l'employé de reprendre : « Que venez-vous faire en Portugal ? — Dépenser de l'argent français que j'aurais pu laisser plus agréablement en Espagne, lui répondis-je. »

Je lui fis remarquer que je ne savais où me procurer les timbres en question. Il se décida alors à les envoyer chercher par un garçon de

bureau, fit taper un document sur lequel il les apposa et qu'il me fit signer. Qu'ai-je signé, je l'ignore, toutefois, quand il s'agit de payer, ce n'était plus 100 escudos que je devais, mais 121. Cette somme versée, on me remet le passeport en ajoutant : il faut maintenant aller le faire viser au gouvernement civil. Ma mauvaise humeur étant de plus en plus manifeste, on me fit accompagner par un employé au bureau du visa, où, en échange de celui-ci, je dus verser 69 escudos et quelques centavos.

Mon désir de visiter le Portugal s'atténuait sensiblement ; mais, pour en sortir, le plus court chemin était de remonter vers Coïmbre et Porto.

A Coïmbre, pas de difficultés. J'y passai une journée agréable. Belle situation, magnifiques jardins, étudiants au costume pittoresque et population peu bruyante.

Le lendemain, Porto. A l'hôtel, je remplis la feuille de renseignements qu'on présente à tout arrivant. Après l'avoir remise au bureau, on vint me dire que je devais laisser mon passeport parce que la police viendrait sans doute le vérifier le lendemain, à moins que je ne préfère aller me présenter à la police internationale. Comme j'élevais la voix et récriminai au sujet de ces visites incessantes à la police qui finissaient par absorber la plus grande partie de mon temps, l'hôtelier, un homme fort aimable et parlant très bien français, intervint. Je le mis au courant de mes mésaventures depuis que je foulais le sol portugais. Il compatit à mon infortune, me dit que le colonel-chef de la police internationale qui avait accompagné le président de la république en déplacement à Porto, était actuellement son hôte, qu'il



était bien vu par la police locale et qu'il m'accompagnerait dans l'après-midi. Nous y allâmes donc ensemble, et, après avoir encore, outre mon état civil, décliné celui de mon père et de ma mère, mon passeport reçut une mention m'autorisant à quitter le Portugal par voie terrestre, celle que j'avais indiquée d'ailleurs. Je rends grâce aux bons offices du patron de l'hôtel Portuense qui m'a évité sans doute de nouvelles et fastidieuses formalités. Il parla au commissaire de la police internationale de l'amende qui m'avait été infligée et celui-ci, après s'être renseigné, lui dit qu'aucun texte de loi ne permettait de le faire, mais que, puisqu'elle était payée, il n'y avait pas à revenir sur l'incident.

Il me restait à franchir la frontière portugaise pour rentrer en Espagne. A Valença-do-Minho, j'eus encore affaire, pour la dernière fois, heureusement, aux agents de la police internationale portugaise qui me demandèrent mon passeport à l'arrivée du train, me firent venir à leur bureau pour décliner encore mon état civil, celui de mon père et de ma mère, et ne me rendirent le passeport, bien que je l'eusse réclamé à deux reprises, que lorsque le train se remit en marche vers l'Espagne. Un pont sur le Minho réunit Valença à Tuy, première station espagnole. Le pont franchi, je recouvrai la tranquillité.

En écrivant ces quelques lignes, je crois rendre service à mes confrères qui seraient tentés de se rendre en Portugal. Avant de se mettre en route, qu'ils méditent la parole du policier de Lisbonne : « Que venez-vous faire en Portugal ? »

F. PACTET.

LE JOUEUR. ESQUISSE PSYCHOLOGIQUE

Par R. DUPOUY et P. CHATAGNON

En mars 1929 entre dans le Service de Prophylaxie Mentale de l'Hôpital Henri-Rousselle un jeune homme de 27 ans, M. X., métreur, au facies profondément altéré, pâle, amaigri, au regard inexpressif, à l'attitude apathique et vaincue : c'est un joueur de baccarat. Sans antécédents pathologiques personnels : ses père et mère sont vivants et bien portants ; il a un frère de 25 ans interné à 9 ans pour débilité mentale, turbulence, instabilité, à Perray-Vaucluse.

Sa vie, durant son enfance et son adolescence, a été celle d'un enfant docile, appliqué, sans tares perceptibles. Il acquit une instruction suffisante pour lui permettre d'être un métreur apprécié de ses premiers patrons. Son service militaire s'effectua normalement sans encourir la moindre punition. De retour dans le milieu familial, M. X. nous avoue qu'il se trouve en conflit avec sa famille.

Il ne comprend pas la vie à la façon de ses parents qui sont des ouvriers aimant une existence réglée, « terre à terre, tout ce qu'il y a de simple, et assez fruste », nous dit-il. Alors que lui-même aime la vie large, aime à s'instruire, est curieux de tout ce qui peut meubler son intelligence et éveiller son esprit critique. Il visite les musées, achète des ouvrages d'art, de lettres, de sciences et continue à se perfectionner intellectuellement : c'est ce que sa famille n'arrive pas à comprendre. Mais bien que M. X. se considère comme supérieur par rapport à ses parents, il ne les méprise pas et continue à vivre au foyer familial.

Début des troubles : c'est en 1927, c'est-à-dire il y a deux ans, que M. X. s'est adonné au jeu.

Alors qu'au cours de son enfance et de son adoles-

cence aucune déviation des instincts naturels n'émerge, aucune impulsion morbide ne jaillit, c'est en pleine force de l'âge que progressivement il va se trouver insensiblement amené à ne considérer de l'existence que l'étonnant mirage d'une table de jeu.

L'emprise a d'emblée été totale mais le tourbillon psychologique qui en a été le résultat est marqué de plusieurs phases :

Première phase : L'initiation. — Elle dure quelques semaines :

« En avril 1927, un ami me fit inscrire dans un cercle dont il était membre (il y va en curieux). A cette époque, je n'étais pas joueur, les quelques pertes que j'avais subies au poker ou à la boule m'avaient guéri des velléités de jouer dont j'avais eu envie incidemment. » Il semble bien cependant que d'emblée existe chez lui, dans les couches profondes, ce secret et impérieux désir, cette passion sommeillante.

Deuxième phase : L'accoutumance. — Elle est très rapide : « Je risquais donc quelques louis au baccarat et, chose inouïe, je gagnais le plus souvent, de plus, n'étant pas joueur et n'éprouvant pas de plaisir dans ce milieu, je n'y restais que peu de temps. Plusieurs jours de suite je gagnais donc quelques centaines de francs et je m'en allais... »

C'est donc au début l'attrait de l'intérêt, l'appât du gain possible, et cela est si vrai qu'il nous écrit : « Puis un beau jour ce fut le contraire, je perdais, je perdais sans arrêt, enfin je pris une belle culotte... et fus assez longtemps sans y retourner... Deux mois après, ayant une échéance à laquelle je ne pouvais faire face, je retournai au cercle pour essayer de gagner la différence, ce fut le contraire qui arriva... »

Dès lors l'homme est vaincu : le mal le ronge :

« A partir de ce moment-là, j'ai couru après ces pertes : étant considérablement malchanceux, je perdais 90 fois sur 100, de sorte que je perdais tout mon argent. »

Troisième phase : Le besoin. — M. X. se cramponne à la table de jeu : ce n'est plus une question de gain : il

est peut-être temps encore de rattraper le chemin perdu. M. X. emprunte à ses parents l'argent de leurs économies et verse au feu dévorant cet argent péniblement gagné. M. X. trouve mille raisons pour obtenir la confiance de ses amis dans quelques billets ; il va même jusqu'à emprunter à ses patrons qui, satisfaits de son travail, lui avaient avancé facilement d'importantes sommes. Mais l'inexorable passion préside aux destinées du malheureux jeune homme. Quel est son état d'âme ? Comment psychiquement réagit-il ?

« Ces pertes continuelles me mirent dans une excitation nerveuse extrême, mais que je concentrais ; en apparence, j'étais l'homme le plus froid, risquant de gros coups, comme mes derniers cent sous, sans sourciller : mais au fond j'avais le cœur étreint, ne pouvais plus manger et en outre, quand j'étais gagnant, je buvais un peu, quoique sans m'enivrer. »

M. X. devient sombre. Il est très irrégulier à son travail qu'il exécute de moins grand cœur, avec une ardeur qui va chaque jour s'atténuant ; il a parfois des défaillances involontaires dans ses calculs, dans ses chiffres : il mécontente ses patrons et perd ses emplois.

Il devient irritable et ses rapports avec sa famille sont critiques ; il déserte épisodiquement le toit familial. Il est redevenu le prisonnier du cercle.

Quatrième phase : La souffrance. — « J'étais arrivé à éprouver un plaisir à rester dans ces maisons, à regarder jouer pendant des heures entières, même toute la nuit. Il m'arriva de passer ainsi plusieurs nuits sans prendre de repos et travailler dans la journée ; et comme j'avais un travail de tête ininterrompu, j'étais exténué physiquement et moralement. Evidemment je n'éprouvais aucun plaisir à tout ce qui n'était pas jeu. Il m'arriva de rester quelques jours rien qu'à jouer, je n'étais plus capable de travailler. » Rien ne comptait plus pour lui hors du jeu.

Cinquième phase : Les conséquences. — « Je perdis donc ma situation et à la suite d'une discussion je partis de chez mes parents au commencement de février 1929, mais je n'avais plus d'argent et aucun crédit : je suis resté une semaine à errer de cercle en cercle, ne man-

geant presque rien et ne dormant pas, n'ayant ni domicile, ni argent pour prendre une chambre. »

Durant les froids si rigoureux de cet hiver, le ventre creux, l'esprit tourmenté du jeu, X. vaincu est recueilli par sa mère.

C'est dans cet état qu'il nous est donné de l'examiner au début de mars 1929.

L'état physique de M. X. est très touché.

La dénutrition est profonde. L'amaigrissement considérable. Les muscles sont flasques. La fatigabilité est extrême. Les voies digestives sont saburrales ; cependant l'examen clinique des différents viscères ne révèle rien d'anormal non plus que l'exploration des endocrines, réserves faites de grosses perturbations du métabolisme de base. Toutefois, à l'examen neurologique, si on ne note aucun trouble de la motilité, de la sensibilité, s'il n'y a pas de tremblement, pas de myalgies, par contre les réflexes tendineux sont vifs, tant aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Œil : les pupilles sont égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Analyse de l'état psychique. — Aproxie très nette que conditionne une fatigabilité psychique aussi manifeste que l'est la lassitude physique.

La mémoire est normale, de même que l'imagination, l'association des idées, le jugement, les perceptions. Il y a de gros troubles de l'affectivité marqués par des modifications du caractère qui est devenu sombre, irritable ; il y a une diminution de l'affectuosité, une certaine indifférence à tout ce qui l'entoure mais qui est plus le fait de sa déchéance organique que de perturbations profondes dans son psychisme.

M. X. est suggestible et aboulique.

Sa volonté est nettement déficitaire : elle a pour conséquence son comportement actuel de résignation et de constatation du mal produit par ses faiblesses.

Le sens moral est profondément altéré : M. X. ne semble pas accorder une importance extrême aux vols d'argent au portefeuille familial non plus qu'aux dettes qu'il a été incapable de solder. Toutefois, considérant qu'il est très égoïste, il donne cependant son assentiment aux arguments qui lui prouvent le mal fondé de ses agisse-

ments et que les troubles organiques graves sont la conséquence d'une semblable façon de vivre.

L'instinct sexuel est considérablement émoussé : très instable et « peu porté vers l'amour », nous déclare-t-il, avant de s'adonner à sa passion du jeu, il est devenu complètement indifférent à toutes ces questions.

Tests psychologiques. — L'examen du niveau mental (d'après Terman), dû à Mlle Weinberg, révèle un quotient d'intelligence égal à 104 répondant à une intelligence normale et presque supérieure. Les tests de la mémoire d'acquisition brute (fixation, évocation, reconnaissance) et ceux de la mémoire logique donnent des résultats tout à fait normaux.

Au cours d'un test des temps de réaction (temps écoulé entre le moment où l'on donne au sujet un signal auditif et l'instant où il a réagi sur la presselle alors qu'on lui a recommandé au préalable de presser immédiatement dès qu'il entend un bruit), les résultats sont normaux dans une première série d'expériences, mais lorsque l'expérience se prolonge on observe dans les temps de réaction une chute brusque : les réactions deviennent beaucoup plus longues en même temps qu'elles sont moins régulières.

La figure d'une telle courbe est celle que l'on rencontre fréquemment chez des sujets fatigables ainsi que chez les instables ; la chute est due à un fléchissement de l'effort d'attention.

Ces données, fournies par le profil psychologique expérimental, sont intéressantes à rapprocher des seules données cliniques qui ont en effet mis en évidence : la fatigabilité psychique et physique conditionnée elle-même vraisemblablement par l'état d'altération organique que traduit le métabolisme basal très déficitaire.

Sous l'influence du repos, d'une thérapeutique stimulante et reconstituante, l'état général s'est rapidement amélioré, comme le prouvent l'appétit, le sommeil qui sont redevenus normaux et la courbe de poids qui est ascendante.

Parallèlement la volonté s'est redressée, M. X. s'occupe dans le service, est capable d'un travail intellectuel et il manifeste le désir de reprendre ses occupations

sans verser désormais dans sa passion du jeu : mais ne sera-t-il pas de ses promesses comme de celles des alcooliques ?

L'examen biologique nous a fourni les résultats suivants :

Ponction lombaire : albumine, cytologie : normaux.
Bordet-Wassermann : négatif.

Sang : Bordet-Wassermann : négatif.

Le 9-3-1929 : glucose : 1 gr. 03; cholestérine : 1 gr. 67; urée : 0,22.

Le 21-3-1929 : glucose : 0 gr. 85 ; cholestérine : 1 gr. 63.

Urines : urobilinurie.

Le 27-3-1929 : le métabolisme basal est égal à 27, donc : 25 0/0 en moins.

Le 23-5-1929 : le métabolisme basal est à 29,5, donc de 18 0/0 en moins.

Insistons sur ces troubles du métabolisme dus à la sous-alimentation et qui vont en diminuant avec l'amélioration de l'état général et l'équilibration de notre malade.

En résumé, X., 27 ans, est un joueur : sans antécédents pathologiques personnels, il a toutefois un frère de 25 ans interné dès son enfance pour débilité mentale, turbulence, instabilité, à Perray-Vaucluse.

On note chez X. : une fatigabilité extrême tant physique que psychique ; une conservation des fonctions intellectuelles non altérées dans leurs qualités ; un affaiblissement du sens moral et de l'instinct sexuel ; une profonde altération de l'état général avec dénutrition que signent les perturbations considérables du métabolisme de base.

Cette observation, outre l'intérêt biologique qu'elle présente en nous montrant le retentissement sur l'organisme des chocs émotifs répétés joints à la cachexie de dénutrition et que mesurent les troubles des échanges, nous fournit certains renseignements intéressants au point de vue psychologique.

Nous avons tenté de schématiser le développement du processus qui a entraîné progressivement, chez notre malade, la passion du jeu. Il peut, par analogie à ce que

l'on observe pour les toxicomanies, se diviser en cinq phases :

1° L'initiation ; 2° l'accoutumance ; 3° le besoin ; 4° la souffrance ; 5° les conséquences.

Exception faite de la littérature ancienne, l'analyse du joueur a fait l'objet de nombreuses études des romanciers [Balzac, Alexandre Dumas, Anatole France, Dostoïevski (1)] et des moralistes (La Bruyère) ; elle a encore servi de thème au théâtre (Regnard), mais elle n'a jamais fait, à notre connaissance, l'objet d'études psycho-pathologiques ou psychiatriques.

Cependant la passion du jeu est un trouble psychopathique des plus importants et dont les conséquences sont incalculables au point de vue social : n'entraîne-t-elle pas fréquemment la ruine de l'individu et de la famille, des délits et des crimes (vols, escroqueries, émission de chèques sans provision, détournements), enfin le suicide du sujet ?

Elle se présente sous des formes multiples : passion du jeu proprement dit (cartes, poker, baccarat), paris aux courses, aux matches de boxe, de billard, etc., passion de spéculation (Bourse,agio, trusts, etc.).

Elle est à vrai dire sollicitée constamment, publiquement et même officiellement (casinos de villes d'eaux, tables de jeux, boule, roulette ; villes de jeu : Monte-Carlo, Monaco ; courses et hippodromes avec enregistrement officiel des paris et bénéfice de l'Etat sur les pertes des parieurs. Progression évidente de la spéculation en Bourse).

Malgré cela, tous les habitués de ces lieux de cure ou de plaisir ne jouent pas ou plus exactement tous ne sont pas des joueurs.

Le problème qui se pose est donc le suivant : En quoi consiste la mentalité propre du joueur ; chez quels sujets se recrutent les joueurs ?

Nous opposerons les jeux du primitif à ceux du civilisé supérieur en raison de l'opposition des réactions dans ces deux classes.

(1) Cet article était écrit lorsque nous avons eu connaissance du roman de M. V. Goedorp sur le jeu : « Le Coup de trois ».

Les jeux du puéril ou du primitif, c'est-à-dire ceux des enfants, des débiles mentaux, des Arabes (Algériens, Tunisiens), des noirs, sont caractérisés par de l'impulsivité avec manifestations irréfrénées de dépit ou de colère : ils s'accompagnent, en effet, fréquemment, d'insultes, de jurons, de trépignements, de menaces, de coups, de rixes et chez ces sujets l'imbibition de boissons alcooliques augmente l'impulsivité et la rend parfois homicide.

Les jeux du civilisé supérieur, ceux du cercleux, du boursier, du turfiste, sont marqués au contraire par l'impeccabilité de l'attitude qui est glaciale, d'apparence détachée, dédaigneuse, indifférente ou hautaine. Le caractère essentiel est ici la frénation remarquable de toute manifestation extérieure. Rien ne transpire de l'émotion ressentie : pas un geste, pas un mot, tout au plus (et l'adversaire s'en empare) peut-on observer la prise d'une gorgée d'alcool (liqueur de marque) ou le fumage précipité du cigare ou de la cigarette.

Le jeu apparaît dans ces conditions comme un test de la puissance de dissimulation volontaire et du refoulement émotif : car sous l'apparence de l'impassibilité existe et vibre une émotion intense faite d'un double sentiment :

a) Le désir de primer, d'être vainqueur. On le peut comparer à l'esprit d'émulation et de combativité des sportifs purs (joueurs de tennis, concurrents gymnastes ou cyclistes à un challenge, épéistes, etc.) ou des joueurs et matcheurs « pour l'honneur » de billard, d'échecs, de dames, de dominos, de cartes même.....

b) L'appât du gain qui suffit à différencier nettement le sport, pur de tout intérêt pécunier, du jeu proprement dit qu'anime l'esprit du lucre.

L'émotion cachée, refoulée est énorme et cependant invisible ; nous noterons chez le joueur « accoutumé » : la netteté de la parole qui annonce la carte ou la mise ; la netteté du geste qui donne, bat, ramasse sans trembler ; la netteté du facies, l'immobilité du visage dont les muscles ont reçu l'ordre de ne rien révéler, de résister à toute crispation réflexe.

Le système moteur volontaire obéit ; le système vaso-

moteur lui-même est dominé. Pas de sueurs, pas de pâleur ni de rougeur révélatrices de l'émotion. Cependant le cœur bat parfois précipitamment à une vitesse difficile à contrôler (sauf à la temporale de certains scléreux) mais qu'avouent après coup les joueurs ; et ces accélérations paroxystiques du rythme provoquent des palpitations quelquefois effroyables mais contenues et muettes. En conséquence, le rein fonctionne intensément et excrète des urines abondantes et aqueuses (urines décolorées des émotions).

Le sommeil est pénible, même en l'absence de l'alcool (rêves de jeu, réussites, coups manqués, cauchemars angoissants).

Laissons de côté les joueurs inférieurs (enfants, débiles, sujets insuffisamment civilisés). Le tableau habituel du joueur grimaçant de dépit ou éclatant de joie triomphante, tel que le décrit J.-B. Delestre (1), est inexact : c'est celui du mauvais joueur handicapé dans sa lutte par l'insuffisance de la maîtrise de soi et de son impassibilité.

Le vrai joueur, le « beau joueur », au sourire immuable, aux muscles matés, à l'expression muette, devient aujourd'hui, à notre époque de bluff, de poker et d'auto, de plus en plus fréquent, voire banal. Il se recrute parmi les cérébraux capables de freiner leurs nerfs, parmi les intelligents capables de juger l'adversaire et son jeu

(1) Cf. J.-B. DELESTRE. — *Etude des passions appliquées aux beaux-arts. Introduction de la Physiognomonie.*

« Cette alternative, ce combat interne entre la tristesse et la joie, entre la crainte et l'espoir, se réfléchit dans toute sa force sur le visage de l'homme possédé par la passion tyrannique du jeu.

« Voyez l'expression si rapide, si changeante du joueur attendant son sort d'une carte ou d'un dé ; l'expansion ou la contraction de ses traits mobiles vous dira positivement s'il espère ou s'il craint. Dès que le malheureux est en proie à ses frénétiques désirs, ses facultés sont suspendues ; son œil ne voit que les cartes ou l'or ; son visage est pâle, le sang est retiré vers son cœur bondissant dans sa poitrine, ses doigts contractés déchirent son sein ; il est dans une perplexité affreuse. Mais si ses yeux desséchés s'animent, si le sourire décolle ses lèvres et les remue, une convulsion subite fait tressaillir son corps, son front commence à se dérider, son regard impatient enveloppe le trésor que sa main béante croit déjà serrer ; il pense toucher au but de ses insatiables désirs. »

pour les dominer l'un et l'autre. Le jeu est, pour qui s'y donne, une école merveilleuse de sang-froid, d'attention concentrée, de perspicacité, de volonté ; il constitue un test psychologique incomparable. A jeu égal, c'est le plus doué qui doit l'emporter. « Moins il se pique et passionne au jeu, il le conduit d'autant plus avantageusement et seurement » (Montaigne).

Cependant le jeu implique sinon un déséquilibre mental, facteur d'infériorité et de défaite, du moins certains travers psychiques qu'il nous faut rapidement esquisser.

Le vrai joueur est un émotif spécialisé, « systématisé », dirons-nous volontiers. Mais son émotion ne s'extériorise pas, elle se passe au-dedans de lui. Seul il en a conscience et secrètement il la savoure. L'émotion de « gagner » se double de celle de « gagner beaucoup ». Le vrai joueur méprise le jeu « pour l'honneur », il n'aime que le « gros jeu », celui qui est capable de l'enrichir ou de le ruiner du coup.

Cette spécialisation de l'émotivité, cet accaparement de la personnalité par la passion du jeu (1) entraînent fatalement l'égoïsme du joueur et son amoralité. Peu lui importent les douleurs et les ruines qu'il sème chez son débiteur s'il gagne, dans son entourage s'il perd ; indifférent ou cruel, il ne pense qu'à la satisfaction de son désir, à la petite secousse intime, invisible, qu'il éprouve dans son cœur et son cerveau. Il dédaigne la femme et l'amour ; la famille, les enfants, le travail ne comptent pas pour lui. Il ne jouira même pas de l'argent gagné car il le risquera le lendemain et tôt ou tard finira par le perdre. Il ne joue pas pour dépenser son

(1) Cf. LA BRUYÈRE. — *Les Caractères*, ch. VI. *Des biens de fortune*.

« Une tenue d'états, ou les chambres assemblées pour une affaire très capitale, n'offrent point aux yeux rien de si grave et de si sérieux qu'une table de gens qui jouent un grand jeu : une triste sévérité règne sur leur visage ; implacables l'un pour l'autre et irréconciliables ennemis pendant que la séance dure, ils ne reconnaissent plus ni liaisons, ni alliances, ni naissance, ni distinctions. Le hasard seul, aveugle et farouche divinité, préside au cercle et y décide souverainement : ils l'honorent tous par un silence profond et par une attention dont ils sont partout ailleurs fort incapables : toutes les passions, comme suspendues, cèdent à une seule : le courtisan alors n'est ni doux, ni flatteur, ni complaisant, ni même dévot. »

gain ; il ne sait souvent que faire de l'argent gagné ; il joue pour goûter le choc émotif que donne le « coup » et plus celui-ci est gros, plus celui-là est intense. Il ressemble en cela au toxicomane qui, son éducation faite du toxique, ne désire plus que la sensation, la vibration spéciale que lui procure sa drogue favorite (morphine, cocaïne, éther). Aussi ne sommes-nous pas surpris de voir associées, chez certains joueurs dont nous avons pu recevoir les confidences, la passion du jeu et la toxicomanie, cette dernière représentée notamment par la morphinomanie.

De même encore que le toxicomane, le joueur est un amoral, amoral constitutionnel aggravé par « le besoin » (besoin de l'agent hédogène — drogue chez l'un, argent chez l'autre). Nous voyons les mêmes délits commis par l'un et par l'autre ; nous rencontrons la même hérédité, la même étiologie : n'est pas joueur qui veut ; ne devient toxicomane ou joueur que le prédisposé plus ou moins inadaptable au travail normal de son milieu social et dont la sensibilité affective a pris une orientation et une acuité morbides.

TRAITEMENT DU DÉLIRE AIGU ET DU DELIRIUM TREMENS

par Henri DAMAYE

Délire aigu et Delirium tremens sont les deux psychoses aiguës les plus graves de la pratique courante du psychiatre. Si, personnellement, nous sommes fréquemment revenu sur ce sujet depuis la guerre, c'est parce qu'exerçant en une région de race affaiblie (Vendée), décimée par la tuberculose, ces deux terribles affections s'observent très souvent dans notre service de psychiatrie.

Nous ne reviendrons pas sur les considérations étiologiques et anatomo-pathologiques exposées en nos précédents articles de cette *Revue*, du *Progrès médical* et de l'*Encéphale*. Nous rappellerons seulement que Délire aigu et Delirium tremens sont affections-sœurs et, pourrait-on dire, une seule et même affection. Le Delirium tremens n'est qu'un délire aigu chez un alcoolique mal nourri et devenu terrain de septicémie. Délire aigu et Delirium tremens, comme nous l'exposâmes en nos *Eléments de Neuro-Psychiatrie*, sont des septicémies (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, purs ou associés). Courtois-Suffit et Georges Garnier en ont rapporté un cas à Bacille d'Eberth. Dans les examens que nous pratique M. le professeur Rapin, à l'Institut Pasteur de Nantes, c'est le staphylocoque qui revient le plus fréquemment en cause. Mais il y a, en cette septicémie, une localisation méningo-encéphalitique. La méningo-encéphalite est ordinairement modérée, sans suppuration. Si le délire aigu ne survient pas au cours d'une autre affection mentale chronique, la pie-mère est rose, à peine lactescente avec, fréquemment, des

endroits ecchymotiques. L'histologie est celle, banale, des psychoses aiguës modérées.

Une question de première importance est celle du traitement, à laquelle nous nous sommes attachés pendant la guerre. En 1915, nous n'avons point vu de délires aigus aux Armées ; mais, en 1916, on en recevait, de temps à autre, dans les services de neuro-psychiatrie. Le mode de traitement que nous avons adopté depuis douze ou treize ans est l'injection d'électrargol à haute dose avec un abcès de fixation. L'électrargol doit être fait intra-veineux à 20 cc., ou intramusculaire à 40 cc. Il faut renouveler l'injection plusieurs jours de suite. L'Urométine intra-veineuse à haute dose (75 centigr. au moins et même 1 gr., 1 gr. 25), renouvelée plusieurs jours de suite, peut remplacer l'électrargol : elle donne beaucoup moins de choc, mais elle n'est point suffisante chez tous les malades. Dans certains cas, nous avons dû la remplacer vite par l'électrargol. On peut faire aussi un traitement mixte : commencer par l'électrargol et continuer avec l'urométine, ou inversement.

Un point très important, avec l'électrargol ou l'urométine et l'abcès de fixation, est de bien alimenter le malade. Un Délirant aigu et un Delirium tremens qui ne s'alimente pas est perdu, quoi qu'on lui fasse. Si le malade, cas bien fréquent, refuse la nourriture ordinaire, il faut lui donner, au besoin, à la sonde œsophagienne, du lait sucré avec des œufs battus. Si le malade vomit par le fait d'un état gastrique ou d'un refus volontaire, il faut nourrir avec des lavements alimentaires. Les schizophrènes avec négativisme qui font du délire aigu, ou les mélancoliques anxieux, sont fréquemment sitiophobes. A tout prix, il faut les alimenter.

Le sérum artificiel quotidien (250 ou 500 cc.) est très utile. Nous donnons la préférence au sérum glyco-ioduré, parce que le glycoose contribue à nourrir et que l'iode, antitoxinique, est agent de lymphocytose ou d'éosinophilie (1).

(1) L'éosinophilie accompagne la guérison du Délire aigu ou du Delirium tremens. L'absence persistante d'éosinophiles avec polynucléose est d'un pronostic grave.

Injections quotidiennes de strychnine. Compresses humides en permanence sur le front et la nuque, comme sédatives et hypnotiques.

Autre point très important : l'état du cœur. Il faut soutenir le cœur par de petites doses quotidiennes de digitale (5 ou 10 centigr., de poudre en infusion). Les Délirants aigus et Deliriums tremens sont très fréquemment cardiaques, par le fait de maladies infectieuses antérieures. Pour la même raison, ils ont les autres viscères (foie, reins...) en état plus ou moins accentué de dégénération.

Délirants aigus et Deliriums tremens, avant leur envoi à l'asile, ont été fréquemment conservés longtemps à leur domicile, en état d'agitation, d'insomnie et de non-alimentation. Si leur myocarde est très altéré, il est vite épuisé, en de telles conditions. Nombre de malades sont ainsi envoyés à l'asile trop tardivement, par l'incurie de leur famille. Leur myocarde est épuisé, faible ou arythmique. Ces malades meurent par épuisement cardiaque.

Digitale, spartéine, huile camphrée doivent être employées pour soutenir ou remonter le cœur. L'infusion de digitale agit plus rapidement que les autres préparations.

Cette thérapeutique nous a toujours donné la guérison, dans tous les cas où elle est possible.

Ces cas où elle est possible sont très nombreux ; il en est toutefois au-dessus de nos moyens.

Il arrive qu'on nous envoie des malades usés : des malades dont tous les viscères, sont en état de dégénération très avancées, sous l'influence des excès, alcooliques invétérés ou de maladies infectieuses antérieures graves, répétées ou prolongées. Il est des deliriums tremens à cirrhoses hépatiques ; chez ceux-là, notre intervention est inutile. Il est des délires aigus, tuberculeux de longue date, dont tous les viscères dégénérés ne peuvent plus réagir.

Il faut envisager aussi les cas où le délire aigu n'est que l'épisode terminal de la suppuration ou de l'infection d'un organe autre que le cerveau.

Aux nécropsies des cas malheureux, nous avons

trouvé des métrites d'ancienne date non soignées, une endocardite, une néphrite suppurée remontant à plusieurs mois, des broncho-pneumonies... En ces cas divers, non traités avant l'envoi à l'asile pour délire aigu, la méningo-encéphalite ne fut qu'une complication, une localisation terminale. Le malade était alors épuisé par sa longue infection antérieure. Tous les viscères, y compris le cœur, étaient en très mauvais état.

Une autre complication, parfois bien fortuite, est l'hémorragie méningée capillaire. Dans ces cas, la température monte tout à coup, en une journée ou en quelques heures, à 40°, 41°, 42° et des dixièmes. On a beau faire alors, le malade meurt, et la nécropsie montre une pie-mère ecchymotique à suffusions sanguines capillaires, avec liquide encéphalique rosé ou rouge. Ces cas se reproduisent, ordinairement, chez des malades envoyés tardivement à l'asile après une longue période d'agitation.

Le traitement précoce a une très grande importance. Nous avons montré (1) que le Délire aigu n'est pas toujours confusionnel. Il peut n'être qu'agitation maniaque ou même simple délire cohérent avec fièvre élevée, langue sèche, état infectieux. Le Délire aigu peut être, inversement, à forme dépressive, stupide, chez des mélancoliques ou des schizophrènes, avec fièvre élevée et syndrome infectieux.

Nous avons vu l'hémorragie capillaire méningée survenir brusquement, chez des malades en état d'agitation maniaque prolongée qui n'avaient que 38° sans sécheresse de la langue, mais demeurés longtemps sans traitement antiinfectieux.

Electrargol à hautes doses et abcès de fixation constitue, à l'heure actuelle, le meilleur traitement du Délire aigu et du Delirium tremens. L'Urométine peut remplacer l'électrargol ou lui servir d'adjuvant en beaucoup de cas.

Les vaccins antiinfectieux sont moins sûrs. Nous

(1) DAMAYE et AVELLA. — Les variétés mentales du Délire aigu. *Le Progrès médical*, 21 janvier 1928, et articles antérieurs.

avons parfois employé le sérum antipneumococcique et le vaccin antistaphylococcique avec succès. L'électrargol et l'iurométine offrent plus de sécurité.

Nous avons guéri deux Delirium tremens par le vaccin de Minet (efficace, nous le savons, contre les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques et les pyocyaniques), et sans autre traitement. Mais, en deux autres cas, le vaccin de Minet fut inefficace. La méthode n'est par conséquent pas certaine et demande la prudence.

Plusieurs délires aigus guérissent par le seul abcès de fixation. Mais ne nous y fions pas trop. Joignons-y l'électrargol ou l'iurométine.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer en d'autres travaux, si l'agent microbien est important, le terrain l'est non moins. Telle psychose fébrile qui, chez des sujets du Nord ou de l'Est, restera à 38° et sans menace pour l'existence, deviendra délire aigu, avec 40° et syndrome infectieux très grave, chez nos populations vendéennes ou bretonnes, beaucoup moins résistantes, aux familles plus affaiblies.

Le Délire aigu et le Delirium tremens sont des affections très graves toujours ; mais, par la médication anti-infectieuse, on en guérit un grand nombre de cas.

LES MÉCANISMES DE PROJECTION DANS LES NÉVROSES

Par R. DE SAUSSURE (Genève)

C'est en 1911 que Freud, en étudiant le cas du Conseiller Schreber, a décrit le plus minutieusement les mécanismes de projection. Ceux-ci se rencontrent dans tous les cas de folie raisonnante (paranoïa, *sensu stricto*). Ces mécanismes consistent dans le fait suivant : un sentiment, au lieu d'apparaître dans la conscience comme venant du sujet, est enregistré comme un sentiment venant d'autrui. L'érotomane aime un homme ; elle lutte contre cet amour et le refoule, puis elle le projette au dehors, imaginant qu'elle est poursuivie par l'amour de cet homme. Tous les cas d'érotomanie sont très nets à cet égard, et nous voudrions souligner ces mécanismes de projection à propos d'une jeune fille que nous avons suivie pendant quelques semaines.

Eliane B. appartient à un milieu d'agriculteurs relativement cultivés pour leur état. Ses parents jouissent d'une bonne santé ; une sœur est un peu nerveuse ; son unique frère se porte bien. Eliane a eu de la facilité dans ses études ; elle est devenue garde-malade ensuite. Depuis son enfance, elle s'est montrée scrupuleuse, timide, un peu retirée de ses camarades, manifestant un vif intérêt pour tous les problèmes religieux. A 11 ans, se place le seul incident psychopathologique de son enfance. Subitement — et complètement à tort, aux dires de ses parents — elle s'est imaginé avoir poussé un homme dans le lac du haut d'un débarcadère. A la suite de cette idée obsédante, elle n'a pas mangé pendant plusieurs jours, puis tout est rentré dans l'ordre.

Physiquement, elle se présente sous les aspects d'une

jeune fille de taille moyenne, un peu amaigrie et pâle. Ses réflexes tendineux sont vifs ; une légère ptose viscérale, des dents cariées mais sans stigmates d'hérédosyphilis, et à part cela rien d'anormal.

Il y a quatre ans, elle commence à avoir des obsessions de doutes et de scrupules. Soigne-t-elle une maladie contagieuse qu'immédiatement elle s'imagine qu'elle va la transmettre à d'autres malades. Elle lave et désinfecte ses mains à journée faite. Soigne-t-elle un moribond, elle s'imagine, après, avoir été la cause de son décès. Lorsqu'elle a dispensé un médicament, elle se représente ne pas l'avoir donné ou en avoir fait prendre de trop grandes quantités au malade. Cet état psychasthénique l'oblige bientôt à renoncer à sa profession ; exténuée de fatigue, elle fait différentes cures de repos, puis se décide à rentrer chez elle où elle mène une petite vie très retirée et égoïste.

Je n'insiste pas sur ce premier épisode psychopathologique, pour ne retenir de cette malade que ce qui a trait aux mécanismes de projection.

Les parents d'Eliane avaient chez eux un pensionnaire qui autrefois avait été soigné par le Dr Vittoz, de Lausanne. Ce médecin préconisait pour des états psychasthéniques une méthode personnelle de rééducation de la sensibilité et de la volonté. Voyant Eliane si abattue, le pensionnaire lui offre de l'initier à la méthode Vittoz, ce qu'elle accepte sans difficulté. Les premières séances se passent sans incident, puis notre malade, légèrement améliorée, ne manque pas de faire un transfert sur son esculape improvisé. Mais elle ne laisse pas venir jusqu'à sa conscience ce sentiment qu'elle s'interdit avec d'autant plus de scrupules que le pensionnaire est déjà fiancé et qu'il appartient à un autre milieu social que le sien. C'est à ce moment que commence son érotomanie, par l'incident suivant. Je laisse la parole à notre malade.

« Je me réjouissais d'aller me coucher, car j'étais très fatiguée. Je monte dans ma chambre et je l'entends en bas, en train de tousser. Plus tard, dans la nuit, j'ai entendu un bruit contre le volet et ensuite, six fois de suite, il a agi avec son médium sur mes seins. Vers deux heures du matin, je me suis sentie prise par le genou et

retournée. En réfléchissant à tout cela, j'ai pensé qu'en toussant il voulait dire qu'il m'avait eue, puis en agissant sur mes seins, que le lait était monté, et enfin en me prenant par le genou, que j'avais eu un enfant et que j'avais mal tourné. »

Il est facile de se rendre compte que toutes ces explications correspondent à des désirs que la malade n'ose pas exprimer elle-même et qu'elle projette au dehors, comme s'ils venaient de son ami. Sa conscience, qui n'accepte pas ces désirs, n'accepte pas non plus que son ami agisse ainsi sur elle, et voici pourquoi cet homme, à qui elle est profondément attachée, lui apparaît comme un persécuteur et non comme un amant. Mais c'est un persécuteur qu'elle ne voudrait pas quitter, et dans quelques jours, lorsqu'elle aura compris ce mécanisme de la projection, elle dira elle-même : « Il me semble que je ne l'oublierai jamais ; il avait souffert comme moi, il était le seul qui puisse me comprendre. »

Ce qu'Eliane projette hors de sa conscience, ce n'est pas seulement l'idée d'aimer un homme qui n'est pas libre, ce qui est déjà un premier péché, mais surtout le fait de ressentir des sensations voluptueuses qui réveillent en elle une ancienne culpabilité dont nous aurons à parler plus loin. Ayant lutté pour atteindre un état de pureté parfaite, elle ne peut admettre aujourd'hui que les sensations qu'elle éprouve soient provoquées par ses propres sentiments, et c'est pourquoi elle les attribue au médium de son ami. Pendant les jours où Eliane se croyait persécutée, elle avait une foule d'interprétations qui relèvent de ce même mécanisme. Ainsi un jour, son ami, après avoir allumé sa pipe, glisse son allumette entre la table et la rallonge ; la malade y voit une invite à un acte sexuel. Une autre fois, son ami regarde une photographie représentant le mariage de sa cousine ; immédiatement, elle a l'impression qu'il la recouvre d'un voile et qu'il se dit : « Quelle charmante épouse elle ferait. » Le pensionnaire employait à table de petits couteaux ; c'était une façon de dire que c'était à elle qu'il en voulait, puisqu'elle était la cadette.

Il serait facile de multiplier ces exemples qui tous relèvent du même mécanisme. Eliane, ne voulant pas

s'avouer ses désirs, les attribue à l'homme qu'elle aime, bien que celui-ci n'ait aucune sympathie particulière pour elle. Ce mécanisme de projection a, avant tout, pour but de soulager le malade des sentiments de culpabilité éveillés par ses fantaisies. Il répond au désir de projeter au dehors la culpabilité irritante pour le malade. Ce désir ressort bien clairement du récit suivant d'Eliane :

« Un dimanche matin, il faisait si beau que je suis descendue au bord du lac. Je me sentais profondément heureuse et il me semblait què j'étais Eve perdue au milieu de la nature. A ce moment, j'ai vu passer un serpent et j'ai pensé que mon ami était le serpent (serpent = Satan = culpabilité). »

Ce qui est intéressant, c'est qu'Eliane a très vite repris ce même mécanisme de défense à mon égard. La première fois qu'elle est venue chez moi, elle a eu l'impression que j'allais l'aimer autant que j'aimais ma femme, ce qui doit être traduit par : je vais aimer le docteur autant que j'ai aimé mon ami. Cette crainte lui donne du scrupule et immédiatement elle m'attribue le sentiment qu'elle refoule. De même, lorsqu'à sa première visite je l'ai auscultée, elle prétend que j'ai appuyé mon stéthoscope pour faire accélérer son pouls et pour que cette émotion l'oblige à m'aimer.

Le problème qui se pose en face d'un cas pareil est de savoir si cette malade est poussée constitutionnellement à agir par ce mécanisme de projection ou si une série d'antécédents ont fait éclore en elle ce processus psychique. La psychanalyse, qui pose en principe le déterminisme psychologique, recherche tout naturellement une explication psychogène à ces manifestations. Et si nous poussons quelques investigations dans le passé de notre malade, voici les faits qui peuvent nous éclairer.

La nécessité de projeter au-dehors ses sentiments est le signe d'un sentiment de culpabilité exagéré qui s'affirme, non seulement dans le conscient, mais aussi dans l'inconscient (la malade projette en effet ses sentiments avant d'en avoir pris conscience).

Jusqu'à l'âge de 9 ans, Eliane s'est onanisée en toute

innocence, puis on l'a vivement grondée de ces habitudes, et, comme elle appartient à un milieu très religieux, la sexualité a été liée, dès son jeune âge, à l'idée de péché. Elle se souvient aussi qu'à cette même époque, un garçon de son âge l'avait touchée. Sa mère passait au même moment et lui a fait terriblement honte.

Un peu plus tard, on l'envoie souvent en visite chez un de ses oncles. Celui-ci s'amusait à l'onaniser. Elle n'osait pas protester, mais elle en éprouvait à la fois une vive jouissance et d'atroces remords. Il ne serait pas impossible que la fantaisie qu'elle a eue au même âge de jeter un homme à l'eau se rapportât à son oncle, pour qui elle éprouvait à la fois de l'attachement et de la haine. On pourrait aussi se demander si c'est un mécanisme analogue qui, plus tard, lorsqu'elle était garde-malade, lui faisait supposer qu'elle avait été la cause de la mort de ses patients. Peut-être avait-elle à leur égard des sentiments ou des désirs qu'elle refoulait ; pour se mettre à l'abri, elle aurait voulu supprimer ces malades, et de là, elle a été amenée à penser qu'elle était la cause de leur mort.

Lorsque Eliane entre dans l'âge de la puberté, elle est troublée par les sensations qu'elle éprouve. Elles les refoule et devient d'une pureté excessive. Elle n'apprend rien au sujet des problèmes sexuels, et, à 20 ans, elle demande à une autre garde si elle risque de devenir enceinte parce qu'un de ses malades s'est assis sur son lit. Cet exemple montre à quel point elle a refoulé sa sexualité et jusqu'où son scrupule allait dans ce domaine.

Son sentiment de culpabilité a aussi une autre origine. Lorsque son oncle l'onanisait, elle se représentait que la jouissance serait plus grande encore si son père lui procurait cette même volupté, et ses rêveries se portaient de ce côté ; mais elles étaient vite et profondément refoulées, car pour elle son père était l'image de la pureté : c'était lui qui lui avait enseigné à prier. Se sentant coupable envers lui, elle lui témoignait d'autant plus d'affection ; elle est persuadée qu'elle est sa préférée, et si elle s'absente quelque temps, elle sent que

son père aimerait l'avoir auprès de lui et elle rentre. Ici, nous retrouvons une fois de plus ce mécanisme de la projection. Elle parle souvent de sa prédilection pour son père. Elle pense que sa mère ne le comprend pas ; elle seule peut le comprendre (1).

« Dans notre famille, dit-elle, il y avait comme deux clans ; d'un côté, papa et moi, et, de l'autre, maman, ma sœur et mon frère. Maman ne s'occupait que des poules et du ménage. Papa et moi nous avions des préoccupations religieuses. »

Son père avait été sollicité par une secte où l'on célébrait le sabbat plutôt que le dimanche. Il s'était demandé s'il voulait se joindre à ce groupement religieux. A ce moment, Eliane reprend le problème de façon obsessionnelle et se demande à chaque instant si les sabbatistes n'ont pas raison. Peut-être se cachait-il derrière cette préoccupation le problème de savoir qu'elle était la meilleure façon d'aimer son père. Eliane était triste chaque fois que son père se montrait gentil et tendre envers sa sœur. D'autre part, lorsqu'elle était auprès de lui, elle était jalouse de sa mère, ce qui la déprimait. L'envie d'être touchée par lui s'accroissait. Pour se mettre à l'abri de cette tentation, elle partit de la maison et devint garde-malade. Chaque fois qu'elle partait de la maison, elle était prise d'une nostalgie affreuse de revoir son père. Les doutes professionnels dont elle souffrait et que nous avons relatés plus haut ne sont que le reflet de ce conflit : est-ce que je serais mieux auprès de mes malades ou auprès de mon père ? L'issue de ce conflit la ramène finalement chez ses parents mais le problème du père n'était cependant pas résolu, et il n'est pas difficile de voir que l'incident du pensionnaire n'est qu'un déplacement du conflit œdipien (2).

(1) Cette question de la compréhension joue aussi un grand rôle dans son amour pour son ami. Elle est convaincue que sa fiancée ne pourrait pas le comprendre, tandis qu'elle, qui avait été malade comme lui, était la seule à pouvoir partager toutes ses préoccupations, et partant à pouvoir le rendre heureux.

(2) Nous appelons en psychanalyse « conflit œdipien » cet attachement que l'on rencontre très souvent chez les garçons pour leur mère ou chez les fillettes pour leur père.

Le pensionnaire, en effet, était beaucoup plus âgé qu'elle ; il était intelligent comme son père à elle ; enfin la situation amour pour le père et haine pour la mère, était reproduite dans son amour pour le pensionnaire et son mépris pour la fiancée de ce dernier.

Freud a appelé cette situation le triangle et il a montré que chez certains malades, où le complexe d'Œdipe est fortement accusé, il y avait impossibilité de sortir de la situation œdipienne et qu'ils s'attachaient toujours à des hommes mariés s'ils appartenaient au sexe féminin, à des femmes mariées s'ils appartenaient au sexe masculin.

Eliane n'en était du reste pas à son premier attachement triangulaire. Quelques années auparavant, étant dans un hôpital, elle s'était entichée d'un jeune homme qui habitait en face et qui était fiancé. Ils étaient sortis ensemble et il avait fini par la demander en mariage, mais prise de scrupule au dernier moment, elle avait refusé cette union. Cette culpabilité, liée au désir inconscient d'inceste, est très forte chez Eliane. Nous en trouvons une nouvelle preuve dans le récit assez naïf qui suit et qui est encore une reproduction de la situation œdipienne.

« Un jour, une de mes cousines était venue en visite chez nous avec son fiancé. Nous regardions un nid de cygnes et un serpent passa. Le fiancé de ma cousine s'était rapproché de moi. Il y avait comme un amour naissant. Ma cousine s'en aperçut et vint rejoindre son fiancé. J'ai pensé alors que j'étais le serpent (1). »

Le déplacement du conflit œdipien sur un autre homme semble bien, au point de vue de l'économie des forces psychiques, être une tentative de soulagement de la culpabilité inconsciente, mais c'est une tentative qui le plus souvent échoue, car la culpabilité est entraînée dans la nouvelle situation triangulaire. Pour montrer qu'il s'agit bien d'un déplacement, j'ajouterai que notre malade n'a commencé à ressentir un soulagement réel

(1) Le Dr Odier a publié de très bons exemples de cette situation triangulaire dans sa brochure : « Le Complexe d'Œdipe, son influence sur le caractère, la santé et la destinée ». Editions de la Petite Fusterie, Genève, 1925.

qu'à partir du moment où elle a pu retrouver, derrière le conflit actuel du pensionnaire, le conflit beaucoup plus ancien concernant son père. Chez notre malade, la nécessité d'avoir recours au mécanisme de la projection s'expliquerait par un double sentiment de culpabilité, d'une part tout ce qui a trait à la sexualité est devenu tabou pour elle et éveille des sentiments de culpabilité ; d'autre part, ses désirs sexuels les plus vifs se sont portés sur son père, et comme elle les a refoulés avec tous les autres désirs sexuels, elle est restée infantile dans ce domaine et n'a jamais pu évoluer jusqu'à un stade qui lui permette de s'affranchir de son attachement œdipien. Cet attachement était si puissant qu'un déplacement du conflit ne pouvait amener un soulagement complet. Certes, il y avait une libération de s'être détachée d'un lien incestueux, mais comme elle avait aussi projeté ses sentiments sur son père, et qu'elle s'imaginait que celui-ci ne pouvait se passer de sa présence, son amour pour le pensionnaire devait forcément provoquer chez elle des sentiments de culpabilité venant de son infidélité à son père. Ce fut, en effet, le cas. Son père, pour des motifs de raison, détournait sa fille d'un amour voué à un échec certain puisque ce jeune homme était fiancé et appartenait à un autre milieu social, était beaucoup plus âgé et n'éprouvait aucun sentiment pour elle. Mais notre malade interprétait l'attitude de son père comme une attitude de jalousie et prétendait qu'il l'écartait du pensionnaire pour la garder auprès de lui. Si Eliane avait été libre de tout attachement œdipien et normale dans sa sexualité, elle aurait peut-être pu lutter avec succès contre sa rivale. L'obstacle à son triomphe était en elle, mais elle ne voulait pas le voir, aussi projetait-elle sa faute sur son père. Maintenant, c'était son père qui l'empêchait de se marier, et voici jusqu'où va son interprétation.

Le pensionnaire avait dit un jour : « Les Français agissent par le cœur tandis que les Suisses allemands vont jusqu'au bout de leur idée. » Le père d'Eliane est Suisse allemand ; notre malade a vu dans cette phrase la preuve que son ami avait peur de son père et qu'il sentait qu'il ne voudrait pas ce mariage. Elle était

convaincue que c'était pour cela que son ami était si froid avec elle.

Pour terminer, je voudrais encore insister sur l'ambivalence des sentiments (amour et haine) d'Eliane à l'égard de son ami. D'une part, elle l'accuse de l'avoir violée par l'intermédiaire d'un médium, et lorsqu'à la fin de cet incident le pensionnaire dit aux parents : « Je lui pardonne, je sais qu'elle est malade », Eliane se fâche et dit : « C'est à lui de demander pardon, et non à moi. » D'autre part, elle accuse son père d'avoir été l'obstacle à leur mariage et par là elle laisse transparaître tout l'amour qui se cache derrière sa réaction agressive. Cette ambivalence se manifeste particulièrement clairement dans la peur qu'elle a chaque soir que son ami ne monte dans sa chambre. Il y a dans cette crainte une condensation de ses désirs et de son dégoût. Cette ambivalence n'a rien qui nous surprenne. Eliane lutte contre un sentiment qu'elle ne s'avoue pas ; elle veut et ne veut pas avoir ce sentiment, et cette attitude double l'oblige à extérioriser alternativement ses réactions amoureuses et ses réactions agressives. L'ambivalence qu'elle témoigne à l'égard de son ami, elle l'a témoignée déjà à l'égard de son père, où la situation affective était analogue. Elle voulait et ne voulait pas vivre près de lui et au moment de l'incident du pensionnaire, elle ne veut pas épouser ce dernier, parce que ça ferait du chagrin à son père, mais elle reproche en même temps à celui-ci d'être l'obstacle qui l'empêche de se marier.

Quelle que soit la part physique ou la part de débilité mentale qui conditionne les états paraphréniques analogues à celui-ci, il reste intéressant pour l'aliéniste de rechercher dans chaque cas les mécanismes psychiques et les émotions qui les conditionnent. Cette recherche n'est pas purement spéculative, car elle amène chez les malades un grand soulagement et parfois même la guérison. Notre but n'a pas été d'opposer des conclusions à ceux qui cherchent un substratum physique à ces états psychasthéniques, mais simplement d'envisager ces mêmes faits à un point de vue différent.

Documents Cliniques

MÉDECINE LÉGALE

UN CAS DE SIMULATION PROLONGÉE DE TROUBLES MENTAUX

(15 mois : novembre 1920 à janvier 1922)

par L. LAGRIFFE et N. SENGES

(suite) (1)

L'attitude de l'inculpé rend l'examen particulièrement difficile et oblige à cantonner cet examen dans le domaine presque exclusivement mental. Dans cet examen, il ne nous révèle rien de sa personnalité réelle. Dans ces conditions, nous devons nous contenter d'exposer, sans commentaires, le résultat brutal des différentes visites que nous avons dû faire à Forçard, en suivant l'ordre chronologique de ces visites, nous réservant de discuter, dans un paragraphe spécial, la valeur psychologique des phénomènes observés au cours de l'examen.

28 DÉCEMBRE 1920. — L'inculpé se présente à nous avec l'air idiot, stupide : les commissures labiales tombantes, les yeux baissés et fixés à terre, se frottant alternativement le dos d'une main avec la paume de l'autre, comme si il s'essuyait ; sur une demande, il déclare qu'il chasse des bêtes. Le facies de l'inculpé n'est pas, comme chez l'idiot ou le stupide, un facies de résolution, mais un facies de contraction musculaire, ce facies est actif et non passif.

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, avril 1929, p. 333.

Il se laisse conduire, s'assied sur notre demande et répond quand on l'interroge : il se nomme Tarados, il est né en janvier 1890 à Bakoust, en Circassie. Il ne parle pas français, mais tartare et il ne connaît pas d'autre langue. Son oncle est empereur ; il l'appelle d'abord Tanis, puis à la fin de l'examen, Tarados Tardis.

Il n'a pas de métier, son père, non plus, n'a jamais travaillé, car ils ont les moyens de ne rien faire. Il n'a pas été soldat et n'a jamais été incorporé ; il dit, une première fois, que c'est parce qu'il a une maladie de poitrine ; plus tard, il dira que s'il n'a pas été soldat c'est parce que le service obligatoire n'existe pas dans les états de son oncle dont l'armée est une armée de mercenaires.

De nationalité caucasienne, tartare, il a été élevé à Bakoust, à l'école des rites où on lui a appris à monter à cheval, à courir, à jouer au ballon, à monter en bicyclette.

Ici, il est à Paris, où il est venu, il y a trois ans, pour son plaisir, car il voyage pour se distraire. A son arrivée à Paris il s'est installé 23 rue de Wagram. Un jour, on l'a fait appeler au Ministère des affaires étrangères pour une question diplomatique intéressant son oncle, et, quand il est rentré à son domicile de la rue de Wagram, il a constaté qu'on lui avait tout volé : ses meubles et une somme de 300.000 fr. Les auteurs de ce méfait sont des complices du Ministère des affaires étrangères. Dans ces conditions, il a dû se réfugier chez un de ses amis, dans une caserne de pompiers, 11 ou 17 rue Barthelémy. Son ami est capitaine de pompiers auquel il attribue un nom qui varie au cours de l'examen et qui finit par se fixer à la forme : Courty.

A 24 ans il s'est marié ; sa femme a maintenant 23 ans, c'est la fille d'une banchisseuse qu'il a dû épouser parce qu'elle était enceinte ; sa femme se nomme Hélène Courty ; elle est donc parente du capitaine de pompiers ? Non. Forçard déclare d'abord qu'il a trois enfants, puis, qu'il en a quatre. Invité à énumérer ses enfants par rang d'âge, il varie deux fois et c'est la deuxième fois qu'il découvre son petit quatrième : la première énumération donne la progression suivante : Louis, Jules, André, 6 ans, 4 ans, 2 ans et 3 mois ; la deuxième : Jules, Louis, André, auxquels il ajoute Rolland qui a 4 ans ; alors il se décide pour : Louis, 7 ans ; André, 6 ans ; Jules, 4 ans ; Rolland, 2 ans et 3 ou 6 mois.

L'inculpé n'a jamais été à Brest et il ne connaît pas St-Brieuc. Il est malade de la poitrine depuis l'âge de 2 ou 3 ans ; en ce moment, il se porte bien, mais, de temps en

temps, il crache du sang. Le costume pénitentiaire qu'il porte est un pyjama : il n'est jamais allé en prison et n'est jamais passé en Cour d'assises.

Ici, il s'amuse, il lit ; il lit les *Trois Mousquetaires* : ce sont des gens qui se battent à coups de poing, à coups de hache ; il a oublié leurs noms, le livre est là-haut, dans sa chambre. Si l'on revient sur son instruction, il a été élevé à l'école Tardis, à Bakoust, et il n'est plus question de l'école des rites. Il a, avec lui, un secrétaire qui se nomme Henriot et qui a 25 ans.

Nous, experts, nous sommes déjà venus le voir hier et nous lui avons dit que nous lui rapporterions son argent aujourd'hui : nous nous sommes moqués de lui. Ainsi, à de certains moments, à l'occasion de certaines réflexions par quoi se manifestent des doutes, il dit : « Vous vous moquez de moi, Monsieur ! », avec un air étonné, mais sans la mimique de la menace.

En le faisant déshabiller, pour l'ausculter, on remarque la présence de papiers dans la pochette droite de sa chemise : c'est son portefeuille. Il ne veut pas qu'on en prenne connaissance, mais sans trop se défendre. Nous n'insistons pas. Aucun signe clinique objectif au niveau des poumons, ni du cœur.

Quand on le fait rhabiller, il feint de ne savoir le faire, veut remettre son gilet à l'envers, sur remarque, il n'insiste pas et se revêt correctement.

Nous lui demandons, alors, le nom de son avocat : « Je n'en ai pas, Monsieur, je n'ai pas d'avocat. » — « Vous en avez un et vous avez, sans doute, sa carte dans votre poche » — « Je n'ai pas de poche » — « Cependant, dans ce que vous appelez votre portefeuille ? » — « Je n'ai pas de portefeuille » — « Mais dans la poche que vous m'avez montrée tout à l'heure, dans la poche de votre chemise ? » — « Je n'ai pas de poche à ma chemise », et il montre son gilet qui est, effectivement, sans poches. Nous déboutonnons son gilet et, sans qu'il esquisse la moindre résistance, il laisse prendre les papiers dans la pochette de sa chemise : quelques avers d'enveloppes où est écrit : M. Gaston Forçard, Maison d'arrêt de St-Brieuc. « Qui est cela, n'est-ce point vous ? » — « Je ne sais pas ; ce sont des papiers trouvés ». Une carte de visite émerge au milieu des papiers : « C'est vous, nous dit-il, qui venez de la mettre », et il ne veut pas la reprendre, disant qu'elle n'est pas à lui, mais il se laisse faire une très douce violence.

Nous sommes, aujourd'hui, le lundi 21 mars 1917. Il

reprécise qu'il est né en 1890 : « Vous n'auriez donc que 27 ans ? » — « J'ai 30 ans », et il est impossible de le tirer de là.

Nous ouvrons un oscillomètre de Pachon, pour prendre sa pression artérielle : « Qu'est-ce que c'est que cela, c'est une bombe ? » ; il ébauche une résistance et l'on prend facilement sa tension : max. 17, mn. 7, pour un pouls de 76, cependant qu'il répète : « une bombe, une bombe ».

Nous notons un tremblement intentionnel des extrémités supérieures, surtout marqué à droite. Les réflexes tendineux et cutanés sont conservés et normaux.

« Et ce bijoutier coupé en morceaux ? » Il répond : « On dit qu'il y a eu un bijoutier coupé en morceaux, mais je n'y suis pour rien » — « N'est-ce pas plutôt un soldat américain ? » — « Non, non, c'est un bijoutier ». Sur une demande, il déclare qu'il n'en a jamais vu les morceaux.

La face est pâle, les yeux sont très cernés ; il n'y a pas de troubles pupillaires. Les mains sont fines, rouges, froides, un peu moites, l'inculpé les garde en rectitude, tout en continuant de les frotter l'une sur l'autre. Dans l'intervalle des interrogations, il parle seul à demi-voix, répétant toujours et plusieurs fois un mot qu'il a prononcé dans sa dernière réponse. Sa parole est brève, un peu explosive ; il parle en penchant la tête à gauche et en fixant, ailleurs que sur l'interlocuteur, ses yeux qu'il ouvre le plus grand qu'il peut, tout en rabaissant fortement ses commissures labiales. A une ou deux reprises, il fixe un coin du parloir, comme s'il voyait quelque chose, mais son visage ne reflète ni l'intérêt, ni la joie, ni la frayeur ; aucune remarque ne lui est faite à ce sujet.

Quand nous le quittons, il déclare qu'il faut qu'on lui rende ses 300.000 fr., ce sans quoi il va nous faire sauter à la dynamite, à la dynamite !

7 JANVIER 1921. — Forçard se présente dans la même attitude qu'au moment de notre première visite : cependant, le facies est moins ahuri, le geste des mains persiste, mais plus mou, moins énergique, moins systématique. Il déclare chasser des petites bêtes noires, que nous lui avons mis. L'impression de la fuite systématique du regard est plus nette que le 28 décembre, il semble qu'il ait peur d'être surpris.

Il se nomme Tarados Yvon, il a 30 ans et il est né le 21 janvier 1880. Nous sommes maintenant en 1920, au mois de mars, le 3, un lundi. Il est midi (trois heures) et il vient

de déjeuner ; voici la composition de son repas : huitres, rosbif, épinards sautés au beurre, saucisse, pêches, gâteaux secs, Pommard, café nature, jamais d'alcool. Il est ici chez son ami Louis Courtis, capitaine de pompiers, 11 ou 13 rue Barthélemy, Paris, 16^e arrondissement.

Il est né à Bakoust, en Circassie ; il est circassien et ne parle que le circassien. Il n'a pas de métier, car il est riche ; il n'y a pas quinze jours, son oncle lui a envoyé, par la poste aérienne, 2.000 francs sur quoi il lui reste 1.200 fr. qu'il a sur lui mais qu'il se refuse à montrer parce qu'on veut les lui prendre. Déjà, on lui a volé 300.000 fr. et tous ses meubles, 23, rue de Wagram, Paris, 16^e arrondissement, où il habitait depuis six mois. Il a été volé par le Ministère de l'Intérieur, il rectifie sur une remarque et dit le Ministère des affaires étrangères, qui avait eu des démêlés avec son oncle : il ne sait pas lesquels. Il n'est en France que depuis trois ans.

Il n'a pas été soldat : il est malade et chez lui est seulement soldat qui veut.

Le Préfet est venu le voir hier et lui a promis de lui rapporter son argent, car, on vient beaucoup le voir. En ce qui concerne cet argent qu'on ne lui rend pas, il se vengera.

Son oncle se nomme Tarados Tardis ; ce dernier nom est une particule et veut dire grand, Tarados le Grand. Son père a 52-53 ans et se porte bien ; il n'a pas eu de nouvelles de lui depuis un mois ; il a brûlé sa dernière lettre. Son père ne travaille pas. Sa mère a 50-51 ans ; elle aussi est en bonne santé. Il est enfant unique ; il a été élevé chez lui à l'école Tardis de Bakoust, le collège Tardis, jusqu'à l'âge de 11 ans ; il a son certificat d'études primaires, il n'est pas bachelier ; au collège, il a appris à monter à cheval, à bicyclette, en ballon. En quittant l'école il est resté chez lui ; il se promenait.

Quand il était jeune, il crachait le sang.

Il est habillé maintenant d'un pyjama qu'il a acheté 35 francs, il y a quatre ou cinq jours ; avant il n'en avait pas et il portait un costume. Ce pyjama est rouge (marron).

Il s'est marié à Paris, il y a six ans, avec une Parisienne, Henriette Tournis ; il avait 23 ans, il avait 25 ans ; sa femme a maintenant 26 ans. Il l'a épousée parce qu'elle était enceinte, après l'avoir connue pendant un an ; ses parents tenaient une grande usine de blanchisserie, rue de Vaugirard. Il est resté quatre ou cinq ans avec elle. Elle est riche, mais l'oncle de Circassie n'a pas été content

du mariage parce qu'elle est moins riche que lui. Quand on l'a volé, il y a trois ans, sa femme était complice. Sa femme a disparu depuis le jour du cambriolage. L'oncle sait ce qu'est devenue sa femme, mais il ne le lui a pas dit. Il est en froid avec lui, il ne sait pas pourquoi. Forçard a quatre enfants, dont il ne connaît que trois, le dernier étant né après le « cambriolage » de la rue de Wagram, et c'est par son oncle qu'il sait l'existence de ce quatrième enfant ; nous avons, aujourd'hui, la progression suivante : Louis, 7 ans, André, 6 ans, Jules, 4 ans, Rolland, 2 ans 1/2. Le ballon de son oncle vient tous les 2-3-4 jours lui apporter des nouvelles.

Que fait-il toute la journée ? Il va se promener ; hier soir, il est allé au cinématographe ; il a vu là des bandits masqués et Charlot. Entre temps, il lit ; il lit *Les Trois Mousquetaires* : c'est la guerre avec les Espagnols et cela s'est passé il y a des centaines d'années. Il y a trois jours, il est allé au théâtre du Châtelet pour voir jouer *La course au dollar*. Son secrétaire qui a 25-26 ans s'appelle Rinaldi et est resté en Circassie.

Ici, nous sommes dans un salon ; le banc sur lequel il est assis est un canapé couvert en soie brune, grisâtre ; l'expert qui est sur une chaise de paille est assis dans un fauteuil rembourré ; il dessine (c'est-à-dire l'expert qui écrit) sur une grande table ovale aux pieds sculptés, couverte d'un tapis rouge (table de bois blanc recouverte d'une couverture brune) ; les murs qui, en réalité, sont chaulés, sont recouverts d'une tenture jaune avec des fleurs ; dans un coin, où il n'y a rien, se trouve la cheminée. La consigne du parloir de la prison qui est appliquée contre le mur est une pendule. On fait remarquer à l'inculpé qu'il n'y a point de tableaux dans ce salon ; il répond que si et quand on lui demande où, il montre un point du mur où la chaux s'est détachée en placard. Il faut lui demander ce qu'est ce tableau ; il répond que c'est une Vierge ; invité à la décrire, il dit qu'elle est rose.

Nous lui demandons de montrer son alliance de mariage : il tire de la poche de sa chemise un anneau de ficelle qu'il présente comme étant sa bague en or ; nous lui montrons alors une alliance en or qu'il dit être un bouchon. Il donne son vrai nom à une montre-bracelet, mais deux autres montres sont des petites bêtes ; ses chaussons bruns sont des chaussettes rouges, son entrave en chaîne de fer représente des lacets de cuir tressés et les carcans de cette entrave sont aussi des lacets. Des gardiens de la prison

qui lui sont désignés au travers des barreaux du parloir sont des pompiers. Nous lui montrons, une à une, les couleurs de l'arc-en-ciel et il les énonce tout de travers.

Au bruit d'une allumette suédoise que l'on allume et à la vue d'une échelle optométrique, Forçard fait comme qui a peur ; il se réfugie dans le coin le plus éloigné du parloir, en disant : « Vous avez un revolver ! » ; en même temps, il tire de la poche de sa veste une cuillère de bois qu'il dit être un revolver et qu'il braque ; le réservoir de cette cuillère est la crosse de l'arme, le manche est un canon d'acier ; pendant ce temps, il monologue : « Un revolver ! Je me vengerai ! », mais il n'esquisse aucun geste de violence. Son pouls est calme, bat 68 à la minute, ses réflexes sont conservés et normaux. Tout en ébauchant des gestes de résistance, il se laisse conduire par la main.

En le quittant, nous lui demandons de dire quelle heure il est à la pendule du salon : il dit qu'il est 1 h. 10' (à ce moment il est 16 heures).

Tout ceci ne représente que les brèves réponses à des interrogations successives, il faut, littéralement, tirer chaque mot à l'inculpé. Forçard est tranquille, dort bien, mange proprement et avec soin.

21 JANVIER 1921. — Le thème général reste le même et semble fixé ; l'inculpé est toujours né en 1880, nous sommes en 1920 et il a toujours 30 ans ; la date est : mercredi 18 mars. Son secrétaire se nomme Rinaldi et a 25 ans. Il est en France depuis 1915 et il y est venu pour faire la fête ; il raconte de la même façon le cambriolage de son appartement de la rue de Wagram, mais ce n'est plus avec le Ministère des affaires étrangères que son oncle a eu des difficultés, mais avec celui de l'Intérieur, à propos d'un bijoutier ou d'un Américain coupé en morceaux. Mais, cette fois-ci, il est impossible de lui faire décrire son repas, car il n'a pas mangé depuis deux jours. Cependant, ce matin, il est allé faire un tour sur le boulevard, jusqu'à la Place de la République ; dans un grand café, il ne peut dire lequel, il a pris un apéritif, un Dubonnet, qui lui a coûté 0 fr. 60. Il y a quelques jours, il est allé voir jouer une revue qu'il ne peut raconter. En ce moment, il lit *Lucrèce Borgia* ; le sujet ? Une femme qui a tué son amant.

Nous lui demandons une description de la Circassie qu'il faut lui tirer par bribes successives ; les fleuves principaux en sont : l'Arkhangel, l'Indus ; les villes principales : Irkoutsk, Bakoust. Le pays, c'est la steppe. La Circassie est

en Europe, elle est entourée par le Caucase, la province Tartare. L'inculpé semble être assez embarrassé pour répondre à toutes ces questions et ses réponses sont rien moins que précises.

Au début de l'examen, la chaîne d'entrave est un serpent, deux heures après, c'est une serviette ; l'examen a lieu dans un magasin de débarras (toujours à la caserne des pompiers), l'inculpé est assis sur un tiroir, l'expert écrit sur un buffet recouvert d'un rideau vert foncé, plus tard, il écrira sur un lit et sera assis sur la chaise du chien. L'inculpé est ici depuis trois ans et il porte un costume de drap noir ; le treillage de fil de fer qui comble les interstices des barreaux du parloir, c'est de la dentelle, mais, en quoi ? Après avoir cherché à éluder la question, il finit par répondre : « en fil. »

Nous présentons à l'inculpé trois montres : la montre en or est une soucoupe, la montre-bracelet est une lunette, la montre en nickel est un détonateur de bombe. La consigne du parloir n'est plus une pendule, mais un petit rideau, une page d'imprimerie représente des bonshommes, le portrait de Laennec, un soldat, un crayon de bois rouge, un tube de verre noir. Comme il demande toujours ses 300.000 francs, nous lui montrons un billet de banque de 500 fr. : c'est une image où il n'y a rien d'écrit, les figures en sont des soldats.

L'attitude de Forçard reste la même ; cependant, il ne se frotte plus les mains.

17 MARS 1921. — L'inculpé se nomme Tarados Yvon, il est né, le 21 janvier 1880, à Bakoust, en Circassie. Il est Tartare, de la province Tartare. La Tartarie est un pays dirigé par son oncle, l'empereur Tarados Tardis, c'est-à-dire Tarados-le-Grand. Cet oncle était autrefois un riche propriétaire ; il est devenu empereur, parce qu'il avait des partisans et qu'il a payé pour le devenir. Avant lui, l'empereur était Pierre Laurent. Nous sommes ici à Paris et tous deux nous parlons circassien ; beaucoup de gens, ici, ne comprennent pas l'inculpé.

Son père, âgé de 53 ans, en bonne santé, n'exerce aucune profession, il est riche et vit avec son frère, l'empereur, au palais. Sa mère est âgée de 50 ans et se porte bien. Il est fils unique.

L'inculpé, étant petit, a eu mal à la poitrine, il crachait du sang, il n'en a pas craché depuis très longtemps ; il a été à l'école, le Tardis-Collège, à Bakoust, jusqu'à l'âge de

17 ans ; là, il a tout appris, l'histoire, la géographie, à monter en bicyclette, à monter en ballon. Ainsi, il nous révèle que Napoléon était un grand poète français, qu'il a lu en circassien, que Victor Hugo est un savant qui a découvert des sérums pour guérir les maladies, la rage ; cependant, au nom de Pasteur, il reste coi.

Depuis sa sortie du collège, il ne fait rien, il a vécu, quelquefois à Paris, où il est présentement depuis trois ans et demi et où il est venu avec sa femme. Il s'est marié il y a six ans et six mois environ ; le mariage s'est fait à Paris après la naissance de son petit Louis ; il raconte sur sa femme ce qu'il a précédemment raconté ; il l'a connue dans le métropolitain ; ses parents l'ont grondé pour ce mariage, parce que probablement ils en avaient un autre en vue. Ses enfants sont : Louis, 7 ans, André, 6 ans, Jules, 4 ans, Roland, 2 ans 1/2. Il a eu hier de bonnes nouvelles d'eux, car, ils sont à Bakoust, mais il ne sait pas où est sa femme. Quand il aura son argent, c'est-à-dire les 300.000 francs qui lui ont été volés, il rentrera à Bakoust. Cet argent lui a été volé chez lui, il y a trois ans par des employés du Ministère des affaires étrangères ; il s'agit là d'une vengeance exercée à la suite de démêlés avec son oncle, démêlés d'ordre diplomatique ; il croit que son oncle ne s'occupe pas de régler ce différend. Il n'a pas été soldat, car il n'a besoin de se louer pour vivre.

Il est venu à Paris dans l'intention d'acheter un petit hôtel dans les 250 à 400.000 fr. ; il habitait, 23, rue de Wagram, au moment où il a été volé ; maintenant, il est toujours à Paris chez son ami, le capitaine Courtis, dans une caserne de pompiers, 11, ou 13, rue Barthélemy. Il y a trois jours, les complices du Ministère l'ont enfermé dans un fiacre. Son oncle lui envoie de l'argent par un ballon. Ce ballon est venu avant-hier et lui a apporté des lettres de chez lui, de ses petits enfants.

Il sort fréquemment ; cette après-midi, il va aller faire un tour aux Champs-Élysées ou monter à Montmartre. Quand il sort le soir, il va au théâtre, au cinématographe. Il est allé au théâtre, il y a cinq ou six jours, au Casino, il a vu jouer une opérette, le *Tambour de Bazeilles*. Dans la journée, quand il ne sort pas, il lit, écrit, se distrait. En ce moment, il lit *Notre-Dame de Paris* ; c'est une femme qui a sauvé la France et à qui les Allemands ont coupé la tête ; elle s'appelle Notre-Dame de Paris.

Maintenant, il est 11 heures 1/2, il n'a pas encore déjeuné (il est quinze heures) ; qu'a-t-il mangé à son dîner, hier au

soir : des hors-d'œuvre, des sardines à l'huile, du veau Marengo avec des petits pois, du lapin en civet, du fromage mou, des petits gâteaux secs, il a bu du vin de Bourgogne rose et du café avec de la liqueur ; quelle liqueur ? du Porto. Ensuite, il a fumé un grand cigare, a joué au poker où il a perdu quinze louis qui ont été gagnés par Henri, un ami du capitaine.

Forçard est habillé d'un costume noir qu'il a depuis deux ans et qu'il a payé 190-195 fr., chez Peugeot, qui est un grand costumier parisien.

Nous sommes, ici, dans un vestibule ; la consigne du parloir est une étagère ; l'expert écrit sur la cheminée, la couverture qui est sur la table est une tôle. L'inculpé est assis sur un tonneau en bois, qui est rond, avec des cercles de fer (il montre les barreaux de la chaise sur laquelle il est assis) ; les murs sont revêtus d'une boiserie jaunâtre, en acajou.

Une montre-bracelet est d'abord un petit oignon (pour faire la soupe) ; immédiatement après, il nie avoir dit ceci et déclare que cet objet est un briquet ; de même, une montre en or est d'abord un œuf, puis immédiatement après une tabatière, la chatelaine de cette montre est un lacet ; une montre en nickel est une huître. Après, c'est un stylographe qui est un burin, un portefeuille, une serviette à débarbouiller, un sou de bronze est un bouton en os, noir, un sou en aluminium, un bonbon qu'il met dans sa bouche, mais qu'il rend volontiers, un crayon est un étui à cigarettes ; un billet de banque est vert avec des tâches, une alliance en or, c'est des cheveux tressés. Forçard est chaussé de babouches fourrées avec des dessins en argent sur un fond arc-en-ciel, son entrave est un fouet en lanière qui est enroulé autour de sa jambe et qu'il feint d'être étonné de voir, car, dit-il, il n'y était pas tout à l'heure. Un chat qui passe est un chien ; à 15 heures, il est 10 heures.

Quand on lui demande de tirer la langue, il fait une grimace en serrant les dents, comme s'il ne comprenait pas, malgré que le geste soit répété devant lui.

Forçard déclare qu'il est en bonne santé, qu'il mange bien, qu'il dort bien, sans rêves, ni cauchemars.

Au cours de cette dernière visite, l'attitude générale de l'inculpé est la même que précédemment ; cependant, le tic des mains, signalé plus haut, n'existe plus ; mais, à la fin de la visite, Forçard tapote rythmiquement la table avec l'extrémité de sa main gauche.

*
**

En somme, nous ne connaissons rien des antécédents médicaux de l'inculpé, rien, en dehors de quelques bribes glanées dans le dossier ; mais, il est probable que les renseignements fournis à Plombières et où est, particulièrement, signalé l'alcoolisme du père, renferment tout ce qui peut être positivement connu.

L'examen de l'inculpé n'a pu, surtout au point de vue des réactions fonctionnelles, être que très rudimentaire ; cependant, l'essentiel est que Forçard est normalement constitué et ne présente aucune malformation corporelle ; il n'offre, non plus, aucun signe d'affection organique ou constitutionnelle : particulièrement, sa ventilation pulmonaire est normale et l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit adventice au niveau des deux poumons. Signalons de l'hypertension artérielle et du tremblement intentionnel des membres supérieurs. Pas de troubles de la réflectivité. Par conséquent, à part cette hypertension et ce tremblement qu'il faut, vraisemblablement, mettre sur le compte d'excès de boissons et qui, dans tous les cas, sont le signe d'une intoxication exogène ancienne, cet examen physique ne nous a fourni, si peu poussé qu'il ait été, aucun signe positif d'une maladie organique ou fonctionnelle en évolution. Au surplus, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, l'appétit est conservé, le sommeil est de durée normale et calme ; il n'y a pas, sauf l'épisode du bain de pieds dans une tinette, au début de son séjour à la prison de Brest, de troubles des actes : l'inculpé n'est pas débraillé, il est très propre, mange ses aliments avec beaucoup de soin et de délicatesse, il n'est pas gâteux, il ne se livre à aucun acte de violence, à aucune dégradation.

Au point de vue mental, le phénomène saillant est une transformation complète, non seulement de la personnalité, mais encore : du temps, du lieu, de tout le monde extérieur ; toutes les valeurs sont transposées, avec cette réserve que cette transposition qui est fixe pour certains individus et pour certaines choses, ou plutôt qui se fixe peu à peu, comme on peut s'en rendre compte par la comparaison des examens successifs, est des plus variables pour d'autres, même à quelques secondes d'intervalle : l'expérience des trois montres en est un exemple typique. Cette transposition n'est pas limitée au présent, elle déborde sur tout le passé : le véritable passé de l'inculpé a complètement disparu, il n'existe plus ; il n'existe plus, mais il a été remplacé par un autre passé, un passé fantaisiste, lequel a surgi de toutes pièces de son cerveau, à tel point qu'il est impossible de faire émerger, dans le champ de la conscience, une épave, une bribe,

si petite soit-elle, du véritable passé : celui-ci n'a laissé aucun souvenir. Il en résulte un nouveau *curriculum vitæ*, mais un *curriculum vitæ* pour ainsi dire squelettique et *purement verbal*, c'est-à-dire, sans éléments visuels, sans décors, comme un drame shakespearien ; tout se passe comme si le cerveau du Forçard de 1896 à 1920 avait complètement disparu, puis, avait été remplacé par un autre cerveau, celui du Tarados Yvon qui se présente, maintenant, devant nous, car, il ne s'agit pas, ici, de la traduction, de la transformation d'événements réels, mais d'une véritable et complète substitution.

Or, ceci rend tout le système invraisemblable : car il faudrait admettre que le cerveau dont a joui l'inculpé de 1896 à 1920 a été anéanti : en supposant qu'un tel anéantissement puisse, chez l'homme, être compatible avec la vie, Forçard se trouverait dans la même situation que les pigeons décérébrés de Flourens et que le chien de Goltz : réduit à une vie purement végétative, sans idéation et, par conséquent, incapable de faire les frais de la plus simple des opérations intellectuelles ; il y aurait, chez lui, une amnésie totale, l'absence de tout souvenir et non pas la substitution d'autres souvenirs. Ceci est une hypothèse qu'on nous permettra de ne pas discuter plus longuement. Mais, sans aller jusqu'à la limite, et en admettant que la destruction n'ait été que partielle, nous observerions la persistance d'au moins quelques épaves du souvenir, car les souvenirs ne disparaissent pas ainsi et, lorsqu'il advient qu'il n'en reste qu'un nombre restreint, ce n'est pas le cas ici, la désagrégation cérébrale est telle qu'elle s'accompagne, en même temps, de troubles si marqués de l'association que toute systématisation devient impossible : c'est la démence au cours de laquelle se manifestent, conjointement, des altérations motrices, organiques ou fonctionnelles, qui traduisent les modifications organiques du cerveau : ce n'est pas le cas.

Il ne s'agirait, alors, que d'un trouble purement psychologique, sans substratum anatomique ? Quelle hypothèse pourrions-nous envisager ? Serait-ce celle d'un de ces dédoublements de la personnalité qui se manifestaient à la période héroïque de l'hystérie ? Mais, outre que nous eussions observé chez l'inculpé les stigmates physiques de la grande névrose, de tels dédoublements sont exclusivement limités à la personne, ils ne s'accompagnent pas d'une transformation concomitante du monde extérieur : un parloir de prison ne se transforme pas en salon, une table reste une table ; on n'observe pas cette transposition systématique de toutes les valeurs et, surtout, cette variabilité dans la coloration des

objets : si une montre pouvait se transformer, elle subirait toujours la même transformation, mais, de petite bête elle ne deviendrait pas une tabatière, en passant par une soucoupe ou un œuf : elle resterait l'un ou l'autre.

Serions-nous, alors, en présence d'une de ces transformations de la personnalité que l'on observe au cours des psychoses chroniques, hallucinatoires, interprétatives ou paranoïdes ? Ces transformations vésaniques sont de véritables transformations et non des substitutions ; elles se manifestent à la suite d'un travail plus ou moins logique mais où la raison conserve toujours, au moins, quelques apparences ; où, par conséquent, non seulement le passé n'est pas entièrement aboli, mais où il sert de substratum aux conceptions nouvelles : c'est par lui que le présent s'explique et il est interprété pour une adaptation aux conditions nouvelles. Un individu présentant une transformation de la personnalité n'oublie pas son ancien nom ; s'il ne le porte plus, il explique pourquoi il ne le considère plus comme sien ; il ne nie pas que son père est mort, il explique que celui qui est mort n'est pas son vrai père et il désigne celui-ci, qui a une existence vraisemblable.

Faut-il discuter, ensuite, le diagnostic de paralysie générale ? Arrivé à un stade où le délire serait aussi généralisé, en négligeant même ce fait que, là aussi, nous rencontrerions encore des épaves du passé, il faut observer que nous trouverions, non seulement les signes physiques caractéristiques d'une méningo-encéphalite, mais que, encore, nous trouverions les signes d'une démence si avancée qu'elle sauterait aux yeux de tout le monde.

Doit-on envisager, alors, la possibilité d'un délire d'imagination ? Mais, dans celui-ci, il n'y a pas, non plus, une rupture complète avec le passé et, surtout, le monde extérieur conserve toute sa valeur. Enfin, pour épuiser toutes les hypothèses possibles, nous rappellerons que dans le syndrome de Ganser on n'observe pas seulement des réponses absurdes, mais tout un ensemble symptomatique où, à côté de ces réponses, se manifestent un trouble profond de la conscience, une altération étendue de la mémoire, amnésie ou dysmnésie, mais sans substitution de souvenirs.

Que reste-t-il, maintenant, de tout cela ? Un système qui ne répond à aucune espèce nosologique et qui ne peut correspondre à aucune parce qu'il est une copie maladroite et forcée de symptômes qui, par leur accumulation, jurent entre eux. Le désordre clinique, en effet, ne s'observe pas en médecine mentale ; de même que la médecine générale répond à des règles qui permettent d'en faire la physiologie patho-

logique, de même la médecine mentale obéit à des directives qui en constituent la psychologie pathologique.

Par conséquent, si le système présenté par l'inculpé ne répond à aucun type connu et ne peut y répondre, nous sommes en droit de nous demander s'il n'y a pas simulation : c'est ce que nous allons examiner.

Ce qui frappe, tout d'abord, chez l'inculpé, c'est la discordance évidente entre l'état mental et l'aspect physique. Forçard, en effet, dont l'esprit est suffisamment éveillé pour avoir réponse à tout, dont les systèmes d'association sont assez riches pour pourvoir à l'élaboration de l'histoire qu'il nous conte, se présente comme un dément ou comme un idiot, ce qui est une première contradiction ; mais, par surcroît, il y a une deuxième contradiction entre l'aspect et le mécanisme de cet aspect : en effet, chez les idiots et chez les déments, le facies est un facies de résolution qui réalise l'amimie : l'indifférence affective et émotionnelle se traduit par une sorte d'indifférence musculaire, les muscles de la face sont, chez eux, en résolution et c'est cette résolution qui donne à leur visage cet aspect particulier que tout le monde connaît et que l'on peut imiter grâce à une contraction des muscles du facial inférieur et particulièrement du carré du menton. Or, c'est ce que nous observons chez l'inculpé. Par conséquent l'expression de son visage est : 1° une expression forcée, 2° une expression en contradiction avec l'état mental qu'il manifeste. Nous ne relevons, d'ailleurs, en dehors du visage aucun de ces signes de débilité motrice qui accompagnent toujours les états de faiblesse ou d'affaiblissement intellectuel. De plus le regard n'est pas indifférent, il ne se fixe que fugitivement sur l'interlocuteur, il se promène au plafond, sur les murs, malgré quoi, l'inculpé est si peu absent qu'il répond sans retard aux questions que nous lui posons, ce qui prouve que malgré l'apparence, l'attention n'est pas distraite et que Forçard, parfaitement présent, suit attentivement ce qui se passe autour de lui et qui l'intéresse.

Si nous passons, maintenant, à l'examen du fond mental, les contradictions que nous relevons sont innombrables : d'abord cette histoire relativement riche en détails puisqu'elle est l'histoire de toute une vie et qui n'est par conséquent pas une invention de dément, ne se fixe que peu à peu, au fur et à mesure des examens : il est né en 1890, puis, en 1880, sa femme s'appelle Courty, puis Tournis, Hélène puis Henriette ; ses enfants sont d'abord Louis-Jules-André, puis Jules-Louis-André-Roland, ensuite Louis-André-Jules-Roland et à partir du troisième examen la progression est

fixée, ce qui n'advierait pas d'un dément qui à chaque examen donnerait une liste différente et n'arriverait pas à se fixer à celle qu'il aurait apprise ; avec la désignation des objets, nous arrivons à une véritable caricature : systématiquement l'inculpé attribue à tout ce qu'on lui présente un nom et une signification différente et qui, par surcroît, n'est jamais la même ; c'est une véritable gageure, la désignation varie non seulement d'un examen à l'autre, mais encore au cours du même examen : nous avons déjà parlé de l'épreuve des montres parce que cette épreuve est vraiment significative : une fois, une seule fois, l'objet a été reconnu, nous en présentons immédiatement deux autres, ils ne le sont plus ; au cours du dernier examen et séance tenante pour les deux premières montres deux significations successives sont proposées et, fait important à noter, l'inculpé nie la première signification qu'il vient de donner. Nous n'en finirions pas de noter toutes les absurdités, toutes les invraisemblances qui se manifestent au cours des interrogatoires, affiche représentant successivement une pendule sur laquelle, à 0 m. 50, Forçard prétend voir l'heure, puis une étagère, puis un rideau ; couleurs à qui, invariablement, une autre couleur est attribuée et qui n'est jamais, d'ailleurs, la couleur complémentaire ; un anneau de ficelle qui est une alliance en or et une alliance véritable qui est un bouchon, Napoléon qui est Victor Hugo, Victor Hugo qui est Pasteur, et Pasteur qui est... rien du tout ; la langue française qui est successivement du tartare, puis du circassien, etc. Nous avons précédemment signalé cette autre particularité que les prétendus souvenirs de la vie imaginaire de Forçard sont purement verbaux ; il est impossible d'obtenir de lui une description ; la géographie de la Circassie, qui est quelquefois la Tartarie, est un agrégat de vagues notions sur la Russie et sur l'Asie moderne et ancienne ; il nous a fallu, d'ailleurs, extraire péniblement et un à un les divers renseignements que l'inculpé, un peu pressé, s'est décidé à nous fournir : il n'avait pensé qu'au mot et pas à la chose et, en l'absence de documents, il a immédiatement fait appel à de vagues souvenirs scolaires ; il nous a assurément dit tout ce qu'il savait et il eût été incapable de nous dire autre chose.

Le système de l'inculpé est donc, psychologiquement, invraisemblable ; il l'est, aussi, cliniquement. En effet, Forçard est arrivé d'emblée à la période d'état de ce qui pourrait être une maladie ou, plutôt, de ce qui pourrait y ressembler ; mettons qu'au maximum il ait pu arriver à cette période d'état en deux mois, du 20 octobre au

28 décembre 1920 ; ce laps de temps est insuffisant ; les transformations de la personnalité sont l'effet d'un très long travail psychologique, ces transformations ne se produisent pas par tranches, mais par apports, par alluvions successives sur toute l'existence de l'individu et, encore une fois, par *transformation*, non pas par *substitution*. Enfin, toutes les maladies mentales sont précédées de symptômes prémonitoires, de prodromes. En trouvons-nous ici ? On pourrait proposer comme tels : les lettres écrites de la Santé et signalées à la page 4 du présent rapport, l'incident de la prison de St-Brieuc, consigné à la page 5, enfin les phénomènes observés à la prison de Brest et que l'on trouvera à la page 6 ; tous phénomènes échelonnés du 16 mai au 4 novembre 1920.

Les lettres de la Santé contiennent des plaisanteries qui sont en contradiction avec un état délirant et même avec l'existence de la méditation d'un délire ; ces plaisanteries montrent qu'à cette époque Forçard se rendait compte de son état et de sa situation — on ne peut railler que ce dont on a une claire conscience — ; par conséquent, l'inculpé n'ignorait pas que toutes les lettres écrites par les détenus sont communiquées au magistrat instructeur ; ou bien ce qu'il a noté dans ces deux lettres avait pour but de donner le change au juge d'instruction et de faire naître chez lui des doutes sur l'état mental de l'inculpé, ou bien nous nous trouvons là en présence d'un cryptogramme pour le cas où les lettres auraient été transmises. A l'égard de la première lettre on peut hésiter entre les deux hypothèses ; à l'égard de la deuxième, il n'y a pas de doute que Forçard a voulu impressionner le juge d'instruction ; l'effet qu'il a voulu produire est d'ailleurs détruit par cette remarque : « C'est effrayant comme il y a des voyous à Paris. »

Jusqu'à St-Brieuc, tout cesse ; là une nouvelle tentative sous forme d'hallucination, mais encore sans suite, sans rapport avec ce qui précède et avec ce qui suit et que nous observons maintenant ; phénomène épisodique qui serait isolé, que rien n'expliquerait et qui n'enlève aucun de ses moyens à l'inculpé ; qui ne l'empêche pas de combiner une tentative d'évasion parfaitement réglée et audacieuse, de se défendre très habilement en cour d'assises. Cette présence d'esprit s'inscrit, au surplus, sur la lettre que Forçard écrit à sa maîtresse le 20 octobre 1920. Reste le bain de pieds pris dans une tinette à la prison de Brest ; cet incident reste lui aussi isolé, il fait partie du système actuel et nous n'avons pas besoin de dire qu'il est en contradiction clinique avec le prétendu syndrome présenté.

En dehors des données cliniques, un des éléments les plus importants du diagnostic de simulation est l'existence d'un mobile ; nous n'avons pas besoin d'énumérer les nombreuses raisons qui portent Forçard à simuler la folie.

Quel est l'avenir des simulateurs ? Quel est, surtout, l'avenir des simulations prolongées ? Les cas, publiés, de simulation prolongée sont rares : on en compte quatre dans la science ; les deux premiers concernent deux marins français, prisonniers sur les pontons anglais, qui eurent la constance de simuler la folie pendant six mois, mais qui, au bout de ce temps, ne recouvrèrent leur liberté qu'au prix de leur raison complètement perdue ; ces deux cas qui datent d'une époque où la médecine mentale était encore dans l'enfance ne peuvent guère être retenus ; on en a signalé depuis qui ont duré jusqu'à trois ans. Plus intéressant et plus démonstratif est le cas de deux officiers français qui, faits prisonniers pendant la grande guerre, simulèrent la folie en Allemagne : le premier put cesser sa simulation dès sa rentrée en France, mais le deuxième conserva quelques doutes sur la réalité des symptômes qu'il avait imités et l'on dut le traiter, pendant quelques mois, dans une maison de santé.

Ces indications données au sujet de l'avenir n'ont pas, pour le moment du moins, d'application dans l'espèce actuelle : Forçard est encore un simulateur.

Conclusions : 1° Forçard Gaston-Marie simule l'aliénation mentale, mais en réalité n'est pas actuellement aliéné ;
2° Forçard est responsable de ses actes.

Quimper, le 27 mars 1921.

D^r LAGRIFFE.

(à suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 JUIN 1929

Présidence de M. Pierre JANET, président

Assistent à la séance : MM. Bonhomme, Collet, Lauzier, Vignaud, membres correspondants.

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

M. H. Colin, secrétaire général, dit qu'il a reçu de M. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique une lettre, datée du 29 mai 1929, lui transmettant une invitation du Président et du Conseil d'Administration de la Royal Medico-Psychological Association à désigner les délégués de la Société Médico-Psychologique de Paris à la réunion de la dite Association qui aura lieu à Londres du 10 au 12 juillet 1929.

Il demande à ses collègues de bien vouloir lui faire connaître s'ils désirent se rendre à cette réunion.

Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène

par MM. DE MASSARY, LEROY et MALLET

(présentation du malade)

Le 22 juillet 1927, entrant salle SIREDEX, dans le service de l'un de nous à Lariboisière, un jeune homme de 25 ans profondément anémié à la suite d'une auto-mutilation des parties sexuelles accomplie dans une singulière circonstance. Le 20 juillet, Albert Piquet rentre tranquillement chez lui, à minuit, revenant du cinéma. Sans anxiété, émotion, ni excitation, il prend

un couteau de table peu tranchant — « je n'ai pas pris un rasoir, dit-il, de peur de me faire du mal en me coupant la cuisse » — saisit ses parties sexuelles de la main gauche et coupe complètement la verge et les bourses avec le couteau. Ceci fait, il va jeter les organes dans les W.-C. Il attend près d'une heure l'arrêt de l'hémorragie, passe la nuit sur une chaise de peur de salir le lit et part comme d'habitude, le lendemain, à 5 heures du matin, à son travail. Sa mère, en entrant dans la chambre pour faire le ménage, est stupéfaite de trouver le lit non défait et une mare de sang sur le plancher ; elle court le retrouver au restaurant et il répond à ses supplications : « Laisse-moi tranquille, je sais ce que c'est, je ne suis pas malade ». Il travaille toute la journée du 21 juillet, passe une partie de la nuit au jardin des Tuileries et est conduit à Lariboisière, le 22 juillet au matin, par son père. Le service de chirurgie n'a pas eu à intervenir, l'hémostase étant complète et la plaie en parfait état.

Albert est issu d'une famille sans antécédents héréditaires connus ; parents normaux, une sœur de 18 ans de faible constitution. Né à terme en 1902, élevé au sein, pas de convulsions, quelques maladies infantiles : coqueluche, scarlatine. Garçon intelligent, travailleur, le premier de sa classe (certificat d'étude), de nature très doux, timide.

Vers 1915, à l'âge de 13 ans, son caractère change ; il devient indolent, apathique, rêveur, néglige son travail et ne s'intéresse plus à rien ; ses sentiments affectifs diminuent. En 1919, ses parents, inquiets de le voir triste et fatigué, le conduisent à un médecin qui lui prescrit des toniques et des frictions alcoolisées. En 1920, Albert fait une première fugue la nuit, en chemise, et est arrêté dans les Champs-Élysées. De 1920 à 1922, le jeune homme ne reste dans aucune place, abandonnant souvent son travail pour se rendre chez sa grand'mère, dans le Limousin, quittant Paris sans prévenir, quelquefois à moitié habillé. Le service militaire l'occupe pendant 18 mois (1922-1923) ; il se montre soldat médiocre, indifférent à tout, ne demandant jamais de permissions. Revenu dans sa famille, il se

place pendant deux ans comme aide-cuisinier dans un restaurant, bon seulement à éplucher des légumes. Aucune fugue pendant les années 1923-1924. Depuis la fin de 1924, il ne peut garder aucune situation stable, s'occupe d'une façon très irrégulière, part de temps à autre dans le Limousin, disant à son père venu le chercher : « Je ne sais pas pourquoi j'ai quitté Paris, l'idée m'a pris subitement 10 minutes avant de prendre le train ». Le sujet travaillait depuis 4 mois au Cercle militaire lorsqu'il a accompli son auto-mutilation. A noter quelques excès alcooliques les semaines précédentes (2 à 3 litres de vin par jour).

Au point de vue sexuel, plusieurs considérations sont à mettre en évidence : masturbation fréquente, surtout à l'âge de 17 ans, n'a eu de relations avec une femme qu'une fois en 1921, a ressenti un profond dégoût de cet acte et n'a jamais eu le désir de recommencer. Bien que le malade affirme que les femmes ne l'intéressent pas, il semble cependant que le problème sexuel l'ait beaucoup préoccupé.

Depuis des années, Albert se montrait sombre, taciturne, concentré en lui-même, recherchant la solitude, ne causant pas ou presque pas. Son père lui disait : « Tu ne fais attention à rien, à quoi penses-tu donc ? » Il éprouvait de temps à autre des moments d'angoisse sans cause connue. Ce paroxysme anxieux, dont il souffrait, était plus fréquent ces derniers temps.

Lorsqu'on interroge le malade sur la raison qui l'a fait agir, il répond de la manière la plus naturelle : « L'idée m'est venue d'un seul coup, en rentrant du cinéma, je n'avais jamais pensé à pareille chose auparavant, j'ai coupé ma verge parce qu'elle me gênait dans l'érection, je n'ai pas souffert. » Ces dires n'ont jamais varié sur ce point ; aucun remords, aucun regret, il se sent soulagé, parfaitement satisfait de lui-même et recommencerait si la chose était encore possible. La privation de tout rapport sexuel le laisse indifférent. Un mot de lui caractérise admirablement son état d'esprit ; à un interne, qui l'examinait un jour, il répond simplement : « Faites comme moi et vous verrez combien vous serez plus tranquille ».

Albert est un garçon normalement constitué, assez bien musclé, sans stigmates de dégénérescence, ni d'hérédo-syphilis ; quelques troubles sudoraux (mains moites), dermatographisme, léger tremblement des mains, légère tachycardie, pas de symptômes basedowiens ; réflexes tendineux et cutanés normaux. La section du pénis et des bourses a été pratiquée presque au ras du pubis, laissant un cm. de verge environ. La miction est facile, tout à fait normale.

Une observation suivie pendant plus de deux années nous a permis d'étudier avec soin le malade. Il garde toujours la même attitude calme, douce, indifférente ; toutefois, son activité pragmatique a encore diminué et son travail se montre presque insignifiant. Il ne demande jamais rien, obéit passivement, se trouve tout à fait heureux et souhaite de rester à Ste-Anne le plus longtemps possible, voire toute sa vie. Son affectivité se montre profondément touchée ; les sentiments familiaux sont réduits au minimum d'expression et ne sont nullement réels. On ne constate aucun affaiblissement de l'orientation, ni de la mémoire ; les excellentes notions d'histoire, de géographie, de calcul, acquises autrefois, restent intactes. Il ne lit ni revue, ni journaux et se désintéresse complètement, de son propre aveu, aux événements contemporains. Il prétend ne pas avoir le temps de lire parce qu'il reste assis dans le jardin et aide à faire la vaisselle après les repas. Cet horizon borné suffit à son bonheur : « Je suis très, très content, dit-il, je me plais beaucoup ici, jamais je n'ai été si heureux qu'à l'asile ».

En raison des nombreuses fugues, nous avons naturellement recherché l'épilepsie dans ses diverses formes. Le malade n'est pas un comitial, pas plus qu'un débile, un obsédé, un alcoolique ou un mélancolique. L'évolution de l'affection mentale montre que nous sommes en présence d'une schizophrénie ayant débuté dès l'âge de 15 ans et qui a évolué progressivement. L'auto-mutilation est ici le fait de l'impulsion subite, invraisemblable d'un dément précoce.

M. GUIRAUD a attiré l'attention sur les réactions violentes commises sans l'ombre de préméditation, sans

même apparence de raisons, par de tels sujets. Il nous a présenté un D. P., également misogyne, ayant commis une incroyable tentative de meurtre sur un chauffeur de taxi inconnu, arrêté par lui à la gare de l'Est, sous le fallacieux prétexte de le conduire aux environs de Paris. Il y voit une réaction de l'énergie de l'individu pour se libérer de la maladie qui tend à annihiler toute son activité psychique. Le malade chercherait à se délivrer à tout prix de la pénible sensation physique et mentale qu'amènent son indifférence aux choses du dehors et ce repliement improductif sur soi-même (1). Les deux ordres de réactions, quoique différentes en elles-mêmes, peuvent se rapprocher sous ce rapport.

Notre cas semble plus complexe. On y trouve un processus freudien. Albert nous a avoué être tourmenté par des érections. Préoccupé plus qu'il ne le dit et plus qu'il ne le pense par un érotisme certain, cet anormal au point de vue sexuel a obéi à une idée impulsive de supprimer d'un seul coup une cause de souffrance. Peut-être aussi, consciemment ou inconsciemment, a-t-il voulu trancher un dernier lien le rattachant à la société et à la nature humaine. Dégagé de tous soucis, libéré par son acte des instincts impérieux de la genitalité, replié dans son indifférence affective et pragmatique, ce schizophrène mène une existence parfaitement satisfaite et ne voudrait pas changer son sort.

DISCUSSION

M. DUMAS. — Je crois que le fait qu'il y ait eu des préoccupations d'ordre sexuel chez ce malade, relevées à l'examen clinique, ne suffit pas pour admettre chez lui, comme cause de son auto-mutilation, des mécanismes freudiens, au sens propre du mot.

M. MINKOWSKI. — Je partage la façon de voir de M. Dumas ; dans l'intérêt même de la discussion, il est préférable de ne pas assimiler tout motif de nature

(1) GUIRAUD et CAILLEUX. — Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie chez les hébéphréniques. *Soc. méd. psychol.*, 25 oct. 1928.

sexuelle aux mécanismes freudiens, tels que les décrivent les psychanalystes.

M. GUIRAUD. — Il me paraît pourtant très probable que l'exploration psychanalytique aurait permis de découvrir, dans ce cas, l'existence d'un complexe de castration.

M. MALLET. — A son arrivée à Lariboisière, le malade ne présentait pas de signe d'éthylisme. Il est à noter, de plus, que, sur le moment, il ne pouvait indiquer, pour l'acte accompli, aucun motif plausible. Cet acte se présentait, dans ces conditions, comme un acte démentiel, sans explication. Il se peut que les motifs, invoqués par la suite par le malade, lui aient été suggérés, en partie du moins, par les interrogatoires successifs. D'autre part, il se peut fort bien que certaines tendances viennent déterminer l'acte en question, sans que pour cela il soit nécessaire d'admettre la présence de complexes, au sens vrai du mot.

M. COURBON. — Je m'associe à l'opinion de M. Mallet. Chez ce malade, la castration a la même valeur, dans le tableau clinique, que les fugues et doit s'expliquer de la même façon que celles-ci.

M. LEROY. — L'alcool n'a joué, à notre avis, qu'un rôle tout à fait secondaire. Il est à noter que le malade n'a jamais regretté ce qu'il avait fait ; il se montre, au contraire, entièrement satisfait d'être débarrassé de ses organes génitaux, et c'est cette attitude qui caractérise, avant tout, son état mental. On ne saurait concevoir libération plus radicale.

M. Henri COLIN. — Les actes des malades de cet ordre ont souvent une cause psychologique ; le sentiment de jalousie, par exemple, peut les mener au meurtre ; mais il ne s'en suit pas que des mécanismes freudiens entrent en jeu chez eux.

M. JANET. — Du point de vue psychologique, il y a, au fond, deux questions qui se posent à propos de ce malade : 1) comment a surgi à un moment précis l'idée de se couper les parties, et 2) comment cette idée amène-t-elle, de suite, sa réalisation ? En ce qui concerne

le côté clinique du problème, le malade n'a pas l'aspect d'un vrai dément précoce ; il semble s'agir d'un individu faible, déprimé, avec tendance à la paresse, ce qui fait qu'il se plaît mieux à l'hôpital que dehors.

M. LEROY. — Cette paresse est, en tout cas, singulièrement pathologique.

Note sur le traitement de la démence précoce par la méthode de Walbum

par B. RODRÍGUEZ-ARIAS et M. ARTIGUES-SIRVENT

(de Barcelone)

Le traitement par les sels métalliques, spécialement à base de chlorure de manganèse (« metallosal-mangan » Leo), a donné des résultats favorables jusqu'à présent, en diverses infections (diphtérie, érysipèle, ozène, etc.) et intoxications, mais surtout dans la tuberculose et la démence précoce.

Lunde et Reiter, auteurs scandinaves, publièrent, il y a longtemps, différents travaux intéressants. Et les premières observations cliniques amènent à croire que le champ d'application neurologique et psychiatrique est assez étendu (1).

P.-J. Reiter, du service de Bisgaard (Copenhague) (2) a essayé entièrement le manganèse dans la démence précoce. Quelques fois, il adjoignit la cure métallique aux procédés d'innanition, pyrétothérapie, avec des vaccins para-spécifiques, malariathérapie, organothérapie, etc., obtenant sur 50 malades typiques (catatoniques, hébéphréniques et paranoïdes), une proportion de 26 0/0 de rémissions complètes et de 22 0/0 de rémissions acceptables.

(1) B. RODRÍGUEZ-ARIAS. — La méthode de Walbum en thérapeutique nerveuse. « *Revista Médica de Barcelona* », IV^e année, tome VII, page 632, n° 42, juin de 1927.

(2) P.-J. REITER. — Behandlung von Dementia praecox mit Metallsalzen a. m. Walbum. I. Mangan Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych., tome 108, 1927.

L'activité du Métallosal est suffisante pour ne pas nécessiter d'association thérapeutique. Et les résultats curatifs sont beaucoup meilleurs dans les cas récents, comme il advient toujours en matière de maladies chroniques.

Bien que nous ignorions l'essence intime du processus schizophrénique, le plus probable est qu'il s'agit d'une perturbation endocrine ou métabolique, peut-être mixte. Les mêmes partisans de l'origine psychogène admettent déjà l'existence de plusieurs symptômes organiques, par exemple dans les formes catatoniques. Bleuler, au Congrès de Genève-Lausanne de 1926, indiqua déjà l'utilité d'attribuer à quelques troubles mentaux (délire, conduite extérieure, etc.), la valeur d'une grande superstructure psychogénétique.

Il est certain que le nombre et l'importance des rémissions schizophréniques, qu'elles soient spontanées ou provoquées, rappellent en quelque forme les caractéristiques de la paralysie progressive. D'autre part, l'efficacité d'une médication biologique, v. gr. protéines, vaccins, inoculations de malaria, est aussi palpable et durable que celle motivée par une cure d'isolement ou autres procédés psychothérapiques, y compris la psychanalyse.

Puisque aucun traitement organique n'a de vertu décisive, même pas moyennement régulière et constante, dans la démence précoce, l'usage de la méthode de Walbum peut devenir utile, *à priori*, dans des circonstances diverses.

Or, comme nous sommes enthousiastes, — bien entendu du point de vue relatif, — de l'emploi du nucléinate sodique, des cures au Carroll, de la vaccinothérapie et du paludisme, nous avons voulu étudier, aussi, les effets du manganèse sur un petit lot de malades.

Jusqu'à présent, notre statistique comprend 12 cas de démence précoce, cliniquement indubitables (par leurs antécédents constitutionnels et symptomatologie typique, par le temps suffisant pour l'observation, le cours, etc.).

Quant aux formes, nous pouvons ainsi distribuer les

cas : 2 cas de stupeur catatonique complète, 5 déments hébéphrénocatatoniques, 5 cas de démence paranoïde, et 2 cas de démence simple.

Nous appliquons le procédé suivant : environ de 20 à 30 injections intra-veineuses (divisées en 1-2 séries avec un intervalle de repos de peu de semaines), de 1/2-8 cm³ de métallosal. Traitement alterne ou mieux encore tous les 3-4 jours. Administration *per os* continuellement, d'un demi-litre de solution saline (deux tablettes de Mangan par litre d'eau).

On n'observe presque jamais des réactions thermiques et de poids. Mais le psychisme a présenté rapidement des changements favorables, la médication triomphant de l'indifférence, l'inactivité, l'agitation, etc.

L'insistance thérapeutique fut assujettie toujours à l'amélioration mentale.

Les résultats obtenus par nous, tant les résultats immédiats que ceux survenus plus tard, ne diffèrent proportionnellement considérés, à ceux d'autres traitements biologiques. Nous croyons, cependant, que la rémission est quelque chose de plus persistante.

Nous pouvons dire concrètement, que, dans les 12 cas, on a observé : 3 rémissions complètes (2 hébéphrénocatatoniques) (1 paranoïde), 2 rémissions acceptables (1 hébéphrénocatatonique) (1 simple), et 7 échoués pratiquement.

Il est inutile d'avertir que nous nous sommes appliqués à éliminer les causes d'erreur diagnostiques, les effets suggestifs et les rémissions spontanées.

Sans qu'on puisse affirmer, suivant la tonique de Reiter, que la manganèse soit fondamentalement efficace, les rémissions obtenues doivent inciter à l'essayer en grande échelle, surtout quand paraît inutile tout autre effort thérapeutique ou si nous nous trouvons en face de manifestations initiales.

En outre, tout jugement thérapeutique dans les schizophrénies doit être exposé, quoique on commente nombre d'observations, vu qu'il s'agit d'une maladie difficile à délimiter dans un sens nosologique, à cause de son évolution chronique et inégale et par l'influence des traitements les plus différents. Dans l'avenir, il

faudrait expérimenter les effets d'autres sels métalliques, comme le cadmium, le cuivre, l'or, le bérilium, le cérium, le glucinium, l'antimoine, etc. Dans l'encéphalite épidémique et dans la sclérose multiple, nos résultats ont été totalement nuls.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme subaigu (100 examens)

par A. COURTOIS et H. PICARD

C'est une simple note que nous apportons aujourd'hui en contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. Par opposition avec ce que l'on observe dans certaines psychoses, sans doute d'origine infectieuse (1), nous avons voulu étudier le liquide dans les psychoses toxiques dont la cause la plus fréquente est l'alcoolisme.

La question n'a pas encore, à notre connaissance, été étudiée d'une façon systématique et c'est surtout à titre documentaire que nous apportons ici nos résultats. Comme travail français récent, nous ne citerons que 3 observations de MM. Claude, Targowla et Lamache (2), qui, chez 2 hérédo-syphilitiques et 1 femme ayant eu une encéphalopathie infantile, ont observé de légères et passagères modifications du liquide, à l'occasion d'un épisode alcoolique subaigu.

Tous les examens ont été pratiqués au laboratoire de l'hôpital Henri-Rousselle, dirigé par le D^r Muter-milch. Les chiffres-limites sont les mêmes que ceux choisis pour un travail antérieur (3).

(1) A. COURTOIS. — *Soc. Médico psychol.*, avril 1929.

(2) *Soc. de Psych.*, 20 octobre 1927. *Encéph.*, p. 722.

(3) L. MARCHAND, J. PICARD et A. COURTOIS. — 100 liquides céphalo-rachidiens d'épileptiques.

Tous nos malades sont des hommes, entrés à l'hôpital Henri-Rousselle en 1928 et 1929.

Nous n'avons retenu que les cas d'accidents subaigus survenant sur un fond d'alcoolisme chronique, rejetant ceux d'ivresse simple et accidentelle. N'ayant pas trouvé de modifications spéciales du liquide correspondant aux cas de délirium tremens grave et même mortel, nous n'avons pas jugé utile d'en faire une catégorie spéciale. Bien entendu, nous n'avons pas conservé les cas où les symptômes de l'intoxication alcoolique masquaient une syphilis nerveuse ou une paralysie générale au début, ni ceux où il y avait une psychose associée. Nous avons de même, pour éviter autant que possible les causes d'erreur, éliminé tous les malades dont les réactions de la syphilis étaient positives dans le sang.

Ces 100 cas se répartissent de la façon suivante :

— 87 fois, il n'existait que les troubles mentaux, confusion, délire onirique, etc.

— 9 fois, des crises épileptiques étaient associées.

— 4 fois, une polynévrite (1 fois polynévrite simple des membres inférieurs ; 1 fois associée à une névrite optique avec crises d'épilepsie ; 2 fois un syndrome de Korsakoff).

1. *Alcoolisme simple* (87 cas). — La tension prise dans tous les cas a été trouvée augmentée (au-dessus de 50 au manomètre de Claude, en position assise) dans 5 cas seulement. Son intérêt paraît secondaire.

Le taux de l'albumine (échelle de Mestrezat) dépasse 8 fois le chiffre limite de 0,30 (0,32 — 0,32 — 0,32 — 0,35 — 0,35 — 0,38 — 0,40 — 0,40), soit dans 9 0/0 des cas environ.

Dans aucune observation, les réactions de Pandy et de Weichbrodt ne furent trouvées — même partiellement — positives.

La leucocytose n'atteint 3 éléments par millimètre cube que dans 1 cas (3,2) ; signalons cependant qu'une leucocytose discrète, de 2 à 3 éléments, est trouvée 12 fois.

Plus intéressante est à notre avis la réaction du ben-

join. Dans aucun cas, nous n'avons observé la moindre précipitation dans la zone dite syphilitique. Par contre, les cas de précipitation totale dans les 5 tubes de la série du milieu sont fréquents et dans 25 0/0 des cas (22 fois) la précipitation se prolonge, partielle ou complète, dans la zone méningitique. 17 fois, elle ne dépasse pas le 11^e tube, 4 fois elle atteint le 12^e et 1 fois le 13^e.

L'extension de la courbe de précipitation est d'habitude isolée, elle ne s'est accompagnée d'augmentation de l'albumine que dans 2 cas (0,35 et 0,40).

Elle nous a paru plus fréquente chez les alcoolisés de longue date.

Une fois la réaction de l'élixir parégorique a été aussi partiellement positive (3^e tube), accompagnant une précipitation du benjoin dans le 11^e tube.

Dans tous les cas, les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke ont été négatives.

Alcoolisme avec épilepsie toxique. — Sur les 9 cas, 8 fois le liquide a été examiné à une certaine distance d'un accès (plusieurs jours). 3 fois l'albumine atteint 0,30. Une fois seulement, elle dépasse ce taux (0,40). Pandy et Weichbrodt toujours négatifs. Une fois lymphocytose à 4,8.

Dans la moitié de ces cas (4 fois), la précipitation du benjoin s'étend au 11^e tube ; une fois au 12^e. Dans un autre cas, c'est la réaction du parégorique qui est partiellement positive : 01-1. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Enfin, dans le 9^e cas dont nous rapporterons ailleurs le détail, en y joignant une autre observation, nous avons constaté, le lendemain d'un accès, une lymphocytose très abondante (80 lymphocytes) avec hyperalbuminose (0,50) et réactions des globulines (Pandy et Weichbrodt) partiellement positives. D'ailleurs, ces modifications furent essentiellement transitoires et 9 jours après la 1^{re}, une seconde ponction lombaire donnait : albumine : 0,30 ; globulines : 0 ; leuco. : 12.

Alcoolisme avec polynévrite et syndrome de Korsakoff. — Dans les 4 cas, le taux de l'albumine ne dépasse pas 0,30, les réactions des globulines sont négatives ;

pas de lymphocytose, mais 2 fois extension de la courbe de précipitation du benjoin : une fois dans le 11°, une fois jusqu'au 12° tube.

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

*
**

Nous pouvons conclure de cette enquête que les modifications du liquide céphalo-rachidien sont rares et peu importantes au cours des épisodes subaigus simples de l'alcoolisme chronique. Cependant le taux de l'albumine atteint 0,40 dans 2,2 0/0 des cas.

La lymphocytose est toujours nulle ou très faible. Les réactions des globulines sont constamment négatives.

Par contre, la fréquence de l'extension de la précipitation du benjoin dans la zone dite méningitique est intéressante à signaler.

Elle a été trouvée dans 25 0/0 des cas, surtout chez des alcooliques anciens. Ce fait est sans doute à rapprocher des lésions de méningite chronique si fréquentes dans le cerveau des vieux buveurs.

Elle paraît encore plus fréquente (la moitié des cas) dans les formes accompagnées d'épilepsie et de polynévrite.

*(Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle,
Médecin-directeur : D^r Toulouse)*

DISCUSSION

M. LEGRAIN. — Je voudrais poser une simple question : les malades étaient-ils en puissance d'intoxication éthylique au moment de l'examen ?

M. COURTOIS. — L'examen était pratiqué le lendemain de leur entrée dans le service pendant la période confusionnelle.

La séance est levée à 17 h. 15.

Les secrétaires des séances :
P. GUIRAUD, E. MINKOWSKI.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

COMPTE-RENDU DU XXXIII^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Barcelone, 21-26 mai 1929)

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**DU RÔLE DE L'HEREDO-SYPHILIS DANS L'ÉTIOLOGIE
DES MALADIES MENTALES**, par MM. *Hamel* (de Maréville)
et W. *Lopez Albo* (de Zaldivar).

La question n'a guère été étudiée qu'en psychiatrie infantile et l'étude de l'étiologie syphilitique des psychopathies de l'adulte n'a pas fait jusqu'ici l'objet de travaux d'ensemble ; cependant, grâce aux progrès actuels du diagnostic biologique de la neuro-syphilis (permettant une interprétation plus étiologique, plus précise), on peut affirmer qu'en dehors même de la P. G. et du tabes, les psychoses syphilitiques peuvent se manifester par des syndromes mentaux avec prédominance d'hallucinoses auditives, délirantes parapréniques, confusion mentale, états d'angoisse sans altération spéciale de la conscience et sans issue démentielle.

Mais le but des rapporteurs est avant tout la recherche du rôle étiologique de l'infection spécifique congénitale.

1^o *Rapports des psychopathies du jeune âge avec l'hérédosyphilis.* — La syphilis héréditaire est responsable de la majeure partie des infirmités psychiques constitutionnelles : (arriération mentale, débilité mentale, perversions). Son rôle n'est pas négligeable dans la genèse de l'épilepsie essentielle. Les divers symptômes susceptibles de révéler la

syphilis héréditaire sont les stigmates cicatriciels, dystrophiques et tératologiques, les résultats de l'enquête familiale et surtout réactions biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, les recherches du laboratoire devant utiliser le plus de méthode possible et fournissant, chez les enfants, une base solide au diagnostic.

Ils discutent ensuite les rapports pathogéniques possibles entre l'infection syphilitique (comme facteur déterminant, comme facteur prédisposant) et les tares mentales constatées (actions directes sur le cerveau et ses enveloppes, lésion des glandes endocrines et des organes, en particulier du foie et du rein, déséquilibre neuro-végétatif, altération du milieu humoral).

2° *Rapports des psychopathies de l'âge adulte avec l'hérédo-syphilis.* — Le diagnostic, qui chez l'enfant se base solidement sur les réactions biologiques ne peut, chez l'adulte, tirer de ces mêmes réactions que des indices (atténuation des réactions biologiques avec l'âge). Les stigmates de certitude (stigmates cicatriciels) étant très rares, c'est en définitive l'enquête familiale qui restera le meilleur élément d'information. En pratique, l'hérédo-syphilis pourra rarement être affirmée en dehors de la notion de syphilis certaine des parents.

En tant que *cause déterminante*, la syphilis héréditaire peut certainement donner lieu à diverses psychoses, mais jusqu'à ce jour, on ne peut citer que des observations éparées (certains cas d'encéphalopathies et de P. G. rapportés par E. Fournier). En tant que *cause prédisposante* (constitution d'un terrain dégénératif dont la pathogénie reste hypothétique : fragilité histo-chimique des cellules nerveuses, conceptions biopsychiques), la syphilis héréditaire joue certainement un rôle plus important, mais impossible à déterminer actuellement.

L'épilepsie n'est pas particulièrement fréquente (12,85 0/0 d'aliénés hérédo), les oligophrénies et dégénérescences mentales héréditaires prédominent. La syphilis héréditaire intervient également dans les deux principaux aspects de la P. G., soit comme cause déterminante soit comme cause prédisposante, dans certains cas de psychose maniaco-dépressive, de psychoses hallucinatoires chroniques. Fréquemment, les petits syndromes mentaux, souvent rencontrés dans l'hérédité des aliénés, paraissent être liés à la syphilis héréditaire. On sait enfin dans quelle proportion élevée l'hérédo-syphilis se rencontre chez les délinquants juvénils.

Les hérédités alcoolique, tuberculeuse, névropathique si souvent invoquées sans précision paraissent beaucoup moins fréquentes que l'hérédité syphilitique qu'elles masquent parfois.

Il est important d'établir des statistiques détaillées contenant le plus grand nombre de faits possibles. Les réactions biologiques doivent être systématiquement pratiquées dans le sang et le L. C.-R. par des méthodes toujours variées et en série, afin de pouvoir faire des comparaisons.

Les rapporteurs apportent des statistiques prises à Maréville (299 sujets examinés) et à Zaldivar (305 sujets examinés), une étude synthétique de 70 observations d'aliénés adultes (hérédos certains, probables, suspects) et des tableaux synoptiques.

B. DISCUSSION

M. BABONEIX (de Paris) conclut de l'étude d'une statistique personnelle de 60 cas d'hérédos certains que : a) l'hérédosyphilis est, chez l'enfant, une cause importante de troubles mentaux (60 hérédos sur 180 présentaient des troubles mentaux) ; b) Elle est en jeu dans nombre de cas habituellement attribués à un traumatisme obstétrical ; c) Elle est fréquemment à la base du mongolisme (4 cas de mongolisme, 3 syphilis certaines dans 3 de ces cas).

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et **Jean VINCHON** (de Paris). — L'hérédosyphilis est assez fréquente chez les malades qui viennent à la consultation neuro-psychiatrique de la Pitié. Les plus nombreux sont les débiles mentaux et les déséquilibrés émotifs ou imaginatifs chez lesquels le traitement spécifique donne de très beaux résultats ; même quand les réactions humérales sont restées négatives. La très grande fréquence de l'hérédosyphilis chez les psychasténiques mérite de retenir l'attention. Cette question est liée à celle de la vagotonie hérédosyphilitique qui est une affection constitutionnelle bien nette à la base de nombreux syndromes psychiques. L'épilepsie hérédosyphilitique est bien connue ; les exemples en sont légions. Le rôle de l'hérédosyphilis dans certaines cyclothymies et psychoses périodiques est démontré par l'effet du traitement. Le rôle de celui-ci est beaucoup plus discutable chez les déments précoces, même nettement hérédosyphilitiques, comme souvent. La guérison de certains cas d'automatisme mental après traitement spécifique permet de les considérer comme orga-

niques et hérédo-spécifiques. La syphilis des ascendants détermine d'ailleurs des troubles mentaux dans leur lignée par des processus très divers.

M. HESNARD (de Toulon). — Il ne faudrait pas attribuer à la syphilis tous les troubles rencontrés chez les syphilitiques ; la descendance de tous les syphilitiques n'est pas tarée et il est nécessaire de différencier le rôle sensibilisateur de la syphilis à l'égard des troubles psychiques, de son rôle étiologique direct, nécessaire et suffisant. Cependant, il y a une ascendance syphilitique sans hérédo-syphilis décelable. Ce type d'hérédité est fréquent chez les psychopathes ou mieux chez les névropathes (psychasténiques, grands obsédés et homosexuels constitutionnels). Plus on s'éloigne chronologiquement de l'accident héréditaire, plus les caractères de la tare subséquente perdent leur spécificité, celle-ci étant d'une façon générale moins reconnaissable dans le plan endocrinologique que dans le plan viscéral, dans le plan morphologique que dans le plan endocrinologique, dans le plan psychogénétique que dans le plan morphologique et dans ce dernier plan, dans le domaine de la psychonévrose d'allure fonctionnelle que dans le domaine de la psychonévrose d'allure organique.

M. ANGLADE (de Bordeaux) ne croit pas que les autres facteurs héréditaires, notamment la tuberculose, peuvent être négligés. Surtout il revendique les droits de la méthode anatomo-clinique un peu délaissée au profit de la bio-clinique. Pour justifier le diagnostic d'hérédo-syphilis, l'examen des cerveaux *post mortem* garde une valeur indiscutable. On y trouve parfois présent le spirochète. La méthode anatomique permet la distinction de deux types de syphilis cérébrale : 1° La syphilis vasculaire avec ses claudications nerveuses variées : vertiges, paresse, paraplégies, etc. et ses troubles de l'esprit légers ; 2° la syphilis à lésion prédominante au niveau du parenchyme cérébral dans laquelle les lésions vasculaires sont nulles ou réduites.

M. PORCHER (de Dury). — Si nous connaissons assez bien ce qu'est l'hérédo-syphilis de 1^{re} génération, nos connaissances sont bien confuses lorsque nous abordons la syphilis de 2^e, 3^e génération. D'autre part, il serait intéressant de préciser nos connaissances sur l'hérédo-syphilis virulente opposée à l'hérédo-toxinique. Celle-ci peut altérer les gamètes et être une cause de dysgénèse ; mais la géné-

tique nous apprend qu'il existe des mutations dont la cause n'est pas spécifique ; il devient donc difficile de démêler dans la complexité des faits la part qui revient à l'hérédosyphilis. Sans en méconnaître l'importance, il conseille la prudence et voudrait des preuves. Il critique certains points de détail du travail des rapporteurs, se montre très réservé sur la question de la pathogénie, réfutant notamment le terme de psychoclasie.

M. COURBON (de Paris). — La mesure du rôle étiologique de la syphilis latente (celle qui ne se révèle par aucun signe clinique spécifique et qui consiste uniquement en quelques modifications humorales incomplètes) ne sera approximativement établi que lorsqu'on aura prouvé que jamais ces modifications incomplètes n'existent chez des gens bien portants. Cliniquement, il peut y avoir simple coïncidence entre une psychose et une syphilis en évolution. S'il est vrai que la syphilis héréditaire prédispose aux maladies mentales, du moins leur éclosion nécessite-t-elle habituellement l'intervention de causes efficientes (intoxications, émotions, infections, excès, traumatisme, etc.) dont le rôle est capital. N'accuser toujours que la seule syphilis, c'est parfois la calomnier, comme les courtisans calomniaient la ménine pour innocenter l'Infante.

M. VAN DER SCHEER (de Santpoort). — A l'examen d'environ 150 cas de mongolisme n'a pas trouvé de signes certains de syphilis, soit chez les malades, soit chez leurs parents, dans plus de 7 0/0 des cas.

M. PEYRI (de Barcelone) distingue la syphilis virulente bien définie cliniquement et la syphilis dystrophique qui donne des troubles du développement, des troubles endocriniens héréditaires. Tandis que les psychoses de la syphilis acquise sont des psychoses fonctionnelles simples, on rencontre au cours des syphilis dystrophiques des psychoses de mécanisme complexe, indirect, où le mécanisme endocrinien, comme le prouve la thérapeutique, joue un rôle important.

M. ADAM (de Rouffach). — Si l'on veut considérer d'une part que d'après les lois de Mendel, une tare d'un ancêtre peut se retrouver chez un ascendant très éloigné, d'autre part que les ascendants directs d'un seul sujet se trouvent être à la quatrième génération au nombre de 30 individus,

on constate que même dans les familles cultivées, il est impossible où du moins très difficile d'obtenir des renseignements remontant jusqu'au trisaïeul. Pour arriver à un résultat il faudrait tendre à la généralisation de fiches médicales ou familiales, centralisées dans quelque institut national qui les tiendrait à la disposition des médecins.

M. LEY (de Bruxelles) remarque que les rapporteurs n'ont abordé qu'incidemment la question du traitement des troubles de l'hérédo-syphilis ; en fait, les thérapeutiques spécifiques échouent très souvent. La pyrétothérapie, dont les résultats seraient peut-être de nature à modifier la réceptivité thérapeutique des sujets, pourrait être tentée chez les psychopathes hérédo-syphilitiques, bien que la tentative ait échoué trois fois en ses mains.

M. ANGLADE (de Bordeaux). — Les insuccès dans le traitement des insuffisances cérébrales congénitales par l'impaludation ne l'étonnent pas. La syphilis cérébrale vasculaire n'est pas justiciable de la pyrétothérapie qui risque de faire se rompre des vaisseaux lésés par conséquent fragiles.

M. LEPINE (de Lyon). — Parmi les aliénés hérédo-syphilitiques, il est un type très spécial, celui des idiots instables ; malgré l'absence fréquente de stigmates syphilitiques le traitement spécifique donne souvent des résultats remarquables qui indiquent la prédominance dans leur déterminisme du rôle de la syphilis.

MM. HAMEL et LOPEZ ALBO. — S'il est vrai que partout où il y a psychose et hérédo-syphilis il n'y a pas toujours rapport d'effet à cause entre elles, il faut néanmoins tenter l'application du traitement antispécifique en raison des chances qu'il a d'être efficace. S'il est vrai que d'autres diathèses, notamment la tuberculose, puisse jouer un rôle dans le déterminisme des psychoses, du moins l'hérédo-syphilis fait-elle très souvent le lit de la tuberculose. Malgré l'imperfection des statistiques il faut s'efforcer de les dresser avec le plus d'exactitude possible pour approcher davantage de la vérité.

II. RAPPORTS DE NEUROLOGIE

A. LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLEROSE EN PLAQUES. — Etude Clinique par M. Alajouanine (de Paris).

a) *Les troubles sensitifs subjectifs* sont les plus caractéristiques. Ce sont des *paresthésies proprement dites* ; les unes, à type de fourmillements ou d'engourdissements, frappent surtout les extrémités, parfois aussi les membres, les autres paresthésies du tronc sont souvent très particulières à type de constriction abdomino-thoracique et à type de sensation de plaque rigide. Toutes ces paresthésies sont souvent déclanchées par le contact ou la contraction statique ou volitionnelle. Elles sont pénibles, provoquant parfois un état de malaise anxieux, mais elles le sont moins que les *paresthésies à type de sensations électriques* (sensation de décharge électrique, sensation de contact électrique). *Les dysesthésies-thermiques, les dysesthésies profondes* : les prurit, céphalées rebelles, névralgies, causalgies, douleurs fulgurantes, ostéocopes, constrictives, musculaires et articulaires.

b) *Troubles sensitifs objectifs* moins fréquents sont : 1° *Les troubles de la sensibilité superficielle* qui peuvent revêtir quatre aspects principaux : Hypoesthésie tactile (les autres sensibilités restant intactes). Hypoesthésie dissociée (à prédominance thermique). Hypoesthésie globale. Le caractère capital de ces hypoesthésies, étant leur variabilité d'un examen à l'autre.

Enfin on peut rencontrer une anesthésie totale, massive qui revêt l'aspect et la topographie des troubles sensitifs d'une myélite transverse. — 2° *Les troubles de la sensibilité profonde*. Ils peuvent porter sur la notion de position, sur la sensibilité vibratoire, et n'offrent alors aucune spécificité. Ils peuvent revêtir l'aspect d'une astereognosie initiale, qui, par sa plus grande fréquence, sa précocité d'apparition, de sa localisation unilatérale, de son évolution paroxystique, transitoire, acquiert une valeur sémiologique importante. Au point de vue diagnostic, l'astereognosie mise à part, aucun de ces troubles sensitifs de la sclérose en plaque n'a par lui-même de signification étiologique. Ils ne se différencient pas absolument, en effet, des troubles sensitifs que l'on peut observer au cours des affections du neurone périphérique (polynévrites, névrites basses au cours des affections médullaires, compressions, syphilis, dégénération

combinée anémique) au cours de certaines affections cérébrales (tumeur, névraxite épidémique), enfin au cours de certains accidents pithiatiques. Malgré tout, il est rare que les troubles sensitifs soient l'occasion d'erreurs de diagnostic dans la sclérose en plaques. L'étude de leur modalité et surtout de leur évolution sont un appoint important en faveur du diagnostic précoce de sclérose multiloculaire.

En somme fréquence considérable des troubles sensitifs subjectifs, groupés au début de l'affection en complexes souvent très caractéristiques et évoluant par poussées. Existence non exceptionnelle des troubles sensitifs objectifs, surtout des troubles de la sensibilité profonde, parfois très spéciaux (astéréognosie transitoire) et évolution par poussées de ces troubles objectifs. Telle est la formule schématique exprimant les principaux caractères cliniques des troubles sensitifs de la sclérose en plaques.

B. LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES. — Etude historique anatomopathogénique et thérapeutique, par M. *Rodriguez-Arias* (de Barcelone).

Avant Charcot et Vulpian elle est inconnue, quoique Cruveilhier, Rokitanski et quelques autres aient signalé quelques-uns de ces signes. Après eux, Erb, Oppenheim, Bourneville, Raymond, Pierre Marie, Babinski, Müller, etc. insistent de plus en plus sur l'importance des troubles sensitifs connus depuis Guillain, Lhermitte, Souques, etc.

Actuellement, on peut dire que les paresthésies et dyesthésies se manifestent généralement au début et sont d'ordre irritatif ; que les symptômes de déficit sont plus rares que les symptômes irritatifs et sont plus tardifs ; que les douleurs du prurit et les hypesthésies superficielles sont observées très rarement ; que les sensibilités objectives profondes sont plus souvent affectées que les sensibilités objectives superficielles ; que l'astéréognosie est la règle quand il existe des perturbations sensibles importantes ; enfin, qu'il existe de véritables formes douloureuses à individualité propre (sclérosis mutiplex dolorosa de Müller). Le diagnostic qui se fait par l'astéréognosie, par le mode de groupement et l'intermittence des troubles sensitifs et par les réactions biologiques (dissociation des épreuves colloïdales et sérologiques, discrète réaction albumino-cytologique avec globulinoase positive). Après avoir rappelé et discuté les différentes conceptions étiologiques et pathogéniques de la sclérose en plaques (origine infectieuse, ori-

gine toxique, gliomatose) et insisté sur la théorie infectieuse et parasitaire, sur la spécificité de l'agent infectieux, l'auteur s'appuie sur les données anatomo-pathologiques pour expliquer l'évolution caractéristique des syndromes scléreux. Leur intermittence, leur fugacité sont peut-être la conséquence de l'intégrité relative des éléments nobles qui permet une suppléance fonctionnelle suivie, de la possibilité d'une régénération partielle, mais plutôt de phénomènes d'excitation ou d'irritation provoqués à distance par les plaques de sclérose (Veraguth, diaschisis de Von Monakow). Dans les états initiaux de la maladie, l'absence habituelle de symptômes sensitifs objectifs ou leur fréquente régression totale peuvent être prouvées anatomiquement par l'intégrité cylindrique dans les plaques, par la réparation de la gaine de myéline et par la dégénérescence secondaire nulle. La dégénérescence wallérienne et les foyers de myélite transverse n'apparaissent qu'à la phase terminale et expliquent les troubles subjectifs tardifs. La variabilité dans la localisation des plaques de sclérose explique bien la variabilité des troubles sensitifs rencontrés. Les médicaments se distinguent en soi-disant spécifiques (salicylate de soude, urotropine, arsenicaux antimoine, germanine ou Bayer, 205), anti-syphilitiques (mercure, iode, bismuth), colloïde d'or ou d'argent, sérums de malades fixés ou guéris, autohémothérapie, vaccins, protéines, abcès de fixation, malariathérapie, enfin le traitement symptomatique de l'élément douleur par les analgésiques, la radiothérapie, les agents physiques et diverses interventions chirurgicales.

DISCUSSION

M. J. SEBEK (de Prague). — Les modifications de la sensibilité dans la sclérose en plaques sont très fréquentes si on sait les rechercher : 55 fois sur 75 cas la variabilité de leur localisation est en rapport avec la variabilité de localisation des lésions qui peuvent siéger à toutes les hauteurs. Le R. O. C. est habituellement négatif, le réflexe solaire positif ; dans un cas, une irritation sympathique était nette, et cela semble aller avec une certaine augmentation de la sensibilité du système ortho-sympathique. Les perturbations atmosphériques exagèrent sans doute les douleurs et les paresthésies. Enfin, les succès thérapeutiques obtenus par action directe sur le sympathique (succès avec le gynergène, antagoniste de l'adrénaline ortho-sympathico-tonique, aggravation par l'adrénaline ; succès relatif par les bains chauds (qui, pour

Stahl, tonifient le pneumogastrique, alors que les bains froids tonifient le sympathique) démontrent l'origine sympathique de beaucoup de troubles sensitifs de la sclérose en plaques, notamment au début.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il pense comme M. Sebek que le rôle du sympathique dans la production des douleurs est grand. Avec Koressios il a fait sur 26 malades les constatations suivantes : chez les malades atteints de sclérose en plaques récente, ils ont noté, dans 60 0/0 des cas, des troubles de la sensibilité subjective, dans 60 0/0 des cas, des troubles de la sensibilité objective. Chez les malades atteints de sclérose en plaques relativement ancienne, lorsque la sclérose évolue sur un malade atteint de syphilis acquise ou héréditaire, les auteurs ont noté dans 100 0/0 des cas des troubles de la sensibilité subjective et dans 40 0/0 des cas des troubles de la sensibilité objective. Lorsque la sclérose est pure, ils ont noté dans 25 0/0 des cas des troubles de la sensibilité subjective ; les troubles de la sensibilité objective superficielle sont rares.

M. J. ABADIE (de Bordeaux). — Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques avaient déjà été décrits par Cruveilhier et Vulpian, puis, sous l'influence de Charcot et du schématisme de ses leçons, sous l'influence aussi des opinions sur l'hystérie (les troubles sensitifs de la sclérose en plaques sont volontiers bizarres et variables comme ceux de l'hystérie) ils ont été négligés. Ils existent cependant et Müller a même décrit une forme douloureuse ; Pitres, Freud ont insisté sur les troubles sensitifs et montré que leur existence pouvait servir au diagnostic différentiel entre une paralysie d'Erb et une paralysie de sclérose en plaques. Dans une étude des troubles de la sensibilité portant sur 56 observations de sclérose en plaques certaine, il se trouve avec Laubie dans 68 0/0 des cas des troubles sensitifs manifestes. Au début de la sclérose en plaques, les troubles sont exclusivement subjectifs (crampes, arthralgies, rachialgie, céphalalgie, paresthésie diverse des extrémités, prurit). Plus tard, lors des poussées évolutives, on constate des troubles objectifs passagers (hypoesthésie cutanée en îlots) et des troubles paroxystiques subjectifs ; à la période d'état, des douleurs constrictives. Ils ont observé deux cas sur 56 de forme douloureuse. Les troubles objectifs sont fréquents, mais ils ne sont ni intenses, ni étendus et les troubles de la sensibilité profonde consistent en analgésie trachéale épigastrique, mammaire, testiculaire surtout.

M. POROT (d'Alger) apporte 3 observations d'intoxications par le stovarsol et signale la fréquence dans ces intoxications des troubles sensitifs, surtout subjectifs (paresthésie, douleurs en éclairs, décharge électrique) et montre les difficultés du diagnostic avec la sclérose en plaques (forme tabétique ou pseudo tabétique) qui ne peut se faire que par la connaissance des commémoratifs. Il n'a pas rencontré dans ses observations l'astéréognosie signalée par M. Alajouanine. La guérison est obtenue par le stovarsol.

M. POUSSEP (de Dorpat). — Il résulte de l'observation de 29 cas de sclérose en plaques que les troubles sensitifs manquaient dans deux cas seulement. Parmi eux se trouvaient deux cas de sclérose en plaques avec crises douloureuses gastriques pseudo-tabétiques. L'une concerne une femme de 24 ans. Dans les deux cas, la résection des racines postérieures a été pratiquée sans succès. A l'autopsie de la première malade, morte 5 mois après l'opération, des foyers de sclérose furent découverts dans les cornes médullaires postérieures, expliquant l'insuccès opératoire. Cette constatation détermina à pratiquer chez la seconde malade une cordotomie postérieure. Ce fut un succès. Dans les cas de douleurs persistantes ou rebelles, la cordotomie est indiquée.

M. ANGLADE se basant sur de nombreuses observations de sclérose en plaques approuve les conclusions des rapporteurs. Il rapporte un cas de sclérose en plaques où les douleurs étaient calmées par l'adrénaline et où plus tard l'autopsie montra d'importantes lésions de la couche optique, lésions histologiquement évolutives, subaiguës, avec analogie à celles d'une encéphalite active.

M. LEY (de Bruxelles) signale l'influence éventuelle manifeste de la suggestion sur les troubles sensitifs subjectifs de la sclérose en plaques et la nécessité de tenir compte de cette influence lorsqu'on discute du diagnostic entre sclérose et hystérie, lorsqu'on aborde le problème général de l'hystérie, problème qu'il faudra bien reprendre un jour, peut être proche. Enfin il ne faut pas perdre de vue l'influence probable de la suggestion sur les troubles à base manifestement organique.

M. ALAJOUANINE (de Paris). — Un accord général règne sur la question des troubles sensitifs dans la sclérose en plaques. Les formes douloureuses existent mais restent

rare. Les douleurs gastriques signalées par M. Poussep sont à rapprocher des algies de type cellulaire de Foix. Si je n'ai pas spécialement discuté le diagnostic de la sclérose avec l'intoxication arsenicale, j'ai mentionné le diagnostic différentiel avec les polynévrites ; le diagnostic se fait par les signes associés et par le fait que les paréthésies polynévritiques sont plus durables que celles de la sclérose.

M. RODRIGUEZ-ARIAS (de Barcelone). — L'importance de la participation du sympathique est très grande, comme le prouvent les effets du gynergène et de l'adrénaline. Il faut reconnaître aussi l'influence des conditions climatiques et de la suggestion sur la douleur.

III. RAPPORTS DE MÉDECINE LÉGALE

LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE, par *M. Vullien* (de Lille). — Il faut réserver les expertises psychiatriques aux seuls aliénistes.

1° *Conditions générales* : L'examen psychiatrique des inculpés devrait être réglementé avec précision et non laissé facultatif, car il est de l'intérêt de la société que les psychopathes soient dépistés et distingués des malfaiteurs. Les types les plus communément répandus de psychopathes qui ne sont presque jamais soumis à l'expertise sont les amoureux, les impulsifs (souvent épileptiques méconnus), les instables, les débiles suggestibles, les passionnés. Puisqu'il se trouve dans les prisons des individus dangereux, inaccessibles aux sanctions pénales et peut-être perfectibles par les voies thérapeutiques, il est indispensable de les bien connaître pour pouvoir prendre à leur égard toutes les mesures qui s'imposent.

2° *Conditions matérielles* : Dans l'expertise mentale l'expert n'est pas tout et quelle que soit sa valeur il risque de faire œuvre mauvaise s'il doit procéder à sa mission dans des conditions défectueuses. L'expertise mentale ne peut offrir les garanties nécessaires tant à la justice qu'à l'expert lui-même (dont la responsabilité morale et pécunière peut être engagée) que si certaines conditions matérielles sont remplies (milieu approprié à un examen médical, dispositions spéciales en prévention d'une réaction dangereuse, instrumentation médicale, documentation sur les antécédents

héréditaires et personnels de l'inculpé, renseignements très détaillés sur le comportement actuel du prévenu ; grâce à une compétence spéciale et aux qualités d'observations des gardiens). Il faut pouvoir pratiquer l'examen dans un local annexe de la prison, car le placement de l'inculpé dans un asile d'aliénés est une pratique dangereuse et illégale. Le placement dans un quartier d'observation, théoriquement légitimé par une interprétation extensive de l'article 19 de la loi de 1838, nécessite la révision de la loi, est à peine régulière et serait l'occasion de multiples conflits entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative, seule qualifiée pour ordonner le placement. Le placement, dans un service ouvert, bien que légal, se heurte à des difficultés d'ordre administratif (organisation sur place d'une surveillance judiciaire), d'ordre matériel (aménagement à grands frais de services séparés pour délinquants).

3° *Conditions morales* : Discussion de la question des responsabilités et critique de la conception de la responsabilité atténuée qui assure un certain degré d'impunité aux déséquilibrés délinquants, les tribunaux croyant devoir infliger une demi-peine à ceux chez qui le médecin a déclaré qu'elle existait. Il est nécessaire de rendre meilleures les conditions d'expertise : 1° en créant des annexes psychiatriques dans les prisons comme en Belgique et on ne peut mieux faire que de se reporter à cet égard à l'exposé de Verwaeck ; 2° En modifiant la teneur des ordonnances d'expertises. Diverses formules généralement heureuses ont été proposées dans ce sens comme celles-ci : a) L'inculpé était-il en état de démence médico-légale au moment de l'acte ? b) A défaut d'un état de démence caractérisée, présente-t-il des tares psychopathiques influant sur son caractère ? Ces tares sont-elles assez graves pour justifier des mesures spéciales ? Ainsi rédigées dans un esprit large, l'ordonnance appelle des conclusions précises où l'expert s'attachera à rechercher si l'inculpé est incorrigible, intimidable, perfectible.

Tout enfant délinquant de moins de 16 ans devrait être systématiquement l'objet d'une expertise psychiatrique. Il est également nécessaire de créer soit de véritables établissements d'observation (comme en Belgique, à Molle et à Namur), soit des annexes psychiatriques où l'enfant placé dans son milieu naturel mêlé à d'autres enfants révélera son caractère, où la vie collective favorisera l'éclosion de réactions précieuses pour l'observateur. Encore sera-t-il nécessaire auparavant, pour éviter une influence nocive de

compagnons pervers, de pratiquer un premier filtrage psychiatrique réalisé au cours d'une période d'encellulement préventif.

B. LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE CRIMINELLE, par *M. José Sanchez-Barus* (de Madrid). —

L'expertise est destinée à servir d'élément d'appréciation au juge. Malheureusement, le juge n'est généralement pas porté à se laisser pénétrer par les évidences d'ordre médical, car juristes et psychiatres défendent deux conceptions opposées, contradictoires du délit, « d'un côté les juristes avec leur croyance en une délibération intelligente et en une décision libre, de l'autre, les psychiatres qui voient dans le délit un fait de la conduite humaine, fruit de la dissolution des fonctions les plus élevées du système nerveux ». Ces deux points de vue opposés ne sauraient se concilier sans une bonne volonté réciproque et il serait à désirer que les hommes de loi soient mieux préparés à la compréhension de faits biologiques.

Le rapporteur signale les deux écueils les plus visibles qui peuvent ruiner la valeur de l'expertise du psychiatre. Ce sont son incompetence ou une atteinte à sa liberté de jugement. Mais le psychiatre ne doit pas être taxé d'incompétence lorsque le juriste lui pose des problèmes (problèmes métaphysiques de la responsabilité) dont la solution n'entre pas dans ses possibilités techniques et le problème de l'expertise psychiatrique serait très facilement résolu si nous obtenions, nous les médecins, qu'on ne nous pose que des questions concernant exclusivement des problèmes de médecine mentale.

L'expertise psychiatrique doit porter exclusivement sur des problèmes psychiatriques. La tendance actuelle des codes étant de formuler la responsabilité en termes psychologiques (conscience du dommage et liberté d'action) il est nécessaire de déclarer qu'un psychiatre ne peut déterminer par les données de la science si un coupable est responsable ou non du délit qu'il a commis. En fait, lorsque le Tribunal demande à l'expert si le délinquant est responsable, il formule en réalité cette double question : L'inculpé a-t-il la capacité de comprendre l'injustice de son acte ou lui manque-t-elle ? L'inculpé possède-t-il la liberté de décider de ses actes ou lui manque-t-elle ? Dans un nombre réduit de cas, les cas extrêmes (démence, confusion) on ne peut permettre aux psychiatres de doute ou d'hésitation. Les difficultés

graves commencent avec les cas limites, ceux précisément qui enrichissent les statistiques pénitentiaires, et pour faire face à ces difficultés, le psychiatre ne possède comme instrument de travail objectif que les méthodes dites psychométriques qui n'échappent pas aux critiques. L'entente entre juristes et psychiatres reste impossible tant que l'expert aura à mesurer le degré de culpabilité de l'accusé au lieu d'apprécier la facilité à pécher que lui donnaient ses prédispositions. La justice pénale de l'avenir devra s'appuyer sur la psychiatrie comme sur la science, pour elle fondamentale; mais actuellement, l'expertise psychiatrique en matière criminelle doit se réduire au diagnostic des cas cliniquement incontestables.

C. DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE a l'impression qu'on en est au même point qu'au Congrès de Genève où son maître Gilbert Ballet s'élevait avec raison contre la responsabilité. Cette notion est mixte, bio-sociale; le médecin qui n'est qu'un conseiller technique doit se limiter dans sa compétence. Ce n'est pas sa faute si la pharmacopée sociale en France n'est pas à la hauteur de l'évolution médicale et si les indications que pose le médecin expert du fait de son examen ne peuvent être actuellement remplies. Le médecin doit les réclamer et, en attendant, se maintenir sur le terrain si solide limité par Gilbert Ballet. Hors de là, c'est le subjectivisme à la Philinthe ou à l'Alceste, selon le caractère de l'expert. C'est de la littérature, non de la science.

M. HESNARD (de Toulon) juge le rapport de M. Banus un peu trop théorique. Les juges, même militaires, écoutent les psychiatres si ceux-ci font preuve d'une connaissance pratique de l'homme. Il faut que l'expert arrive à connaître les anormaux et aussi les criminels normaux, apprécie l'échelle des valeurs et sache situer chaque cas dans son cadre. M. Vullien n'a peut-être pas tenu assez compte de l'amoralité, non pas accidentelle, mais biologique (biologie du crime). Dire ou bien : « sujet non internable; cela ne me regarde pas », ou bien : « dément à interner », c'est trop peu. L'expert doit au contraire éclairer le juge, non pas vaguement, mais en allant au delà de la clinique habituelle, il lui faut pour cela acquérir l'expérience des délinquants et des criminels « normaux » à l'échelle de leur milieu; il lui faut pratiquer la criminologie comme une

science, l'orienter avec bon sens, comme l'a été la psychotechnique ; il faut créer une criminologie-psychologie, pragmatique, concrète, à la fois normale et pathologique.

M. LEY (de Bruxelles) lit un travail fait avec **MM. VER-WAECK** et **HEGERT**, où il expose « l'expertise médico-légale psychiatrique et son organisation en Belgique ». Dans les prisons belges existent des annexes psychiatriques, des quartiers spéciaux d'observation. Les auteurs en expliquent le fonctionnement (moyens d'études, surveillance, personnel médical compétent, moyen de traitement) et en décrivent l'organisation matérielle et le régime qui doit rester pénitentiaire, avec les allègements désirables. Les sujets qui y sont réunis sont de trois sortes : prévenus à expertiser par le médecin légiste, prévenus placés d'urgence par le juge d'instruction ou la direction de la prison (sujets qui ont fait des tentatives de suicide ou présentent des troubles mentaux manifestes...), prévenus placés en observation par le médecin de service d'anthropologie pénitentiaire. A Bruxelles, l'examen systématique de tous les prévenus est ainsi obtenu ; tous les experts désignés peuvent demander le placement à l'annexe psychiatrique des sujets qu'ils ont à examiner. En 8 ans, 952 individus sont passés à l'annexe qui doit être une dépendance de la prison préventive et non d'un hôpital ou d'un asile. Il faut en effet éviter les évasions, surveiller les relations avec l'extérieur. Le régime utile est celui général de la prison. Dans l'intérêt de la défense de la société, le régime pénitentiaire seul est légitime.

M. COURBON (de Paris). — Bien qu'ayant pour les gens religieux une signification métaphysique, le mot « adieu » est employé non seulement par eux, mais encore par les athées et les matérialistes ; car pour tout le monde il a une signification de politesse. De même on peut employer le mot « responsabilité » sans souscrire à la signification métaphysique que certains individus lui attribuent et en ne retenant que sa signification médico-légale : capacité de se conduire conformément à la loi. La mise en observation à l'asile des délinquants favorisant les évasions et la simulation, infligeant à de vrais malades une promiscuité infamante et alimentant les délires de culpabilité est une faute du médecin contre la société, contre la morale, contre ses malades et contre lui-même. On peut se faire de l'expertise une conception et une méthode pragmatiques résumées ci-dessous dans une communication à part.

M. FRIBOURG-BLANC (de Paris). — D'une façon générale, les experts militaires opèrent dans des conditions plus favorables que leurs collègues civils (utilisation des services spécialisés, discipline militaire). Actuellement en France pour s'engager il faut un premier certificat médical dont la validité est de deux jours. Ce certificat est rédigé par un médecin civil dont la mission est délicate puisqu'il doit certifier que le sujet examiné n'est pas malade. Dans les trois mois qui suivent l'engagement, le médecin militaire est appelé à se prononcer à son tour avant que l'engagement ne devienne définitif. Pour se faire une opinion, il lui est indispensable de s'assurer la collaboration des officiers et sous-officiers instructeurs, jamais les documentations recueillies ne sont trop abondantes. Il faudrait créer des livrets sanitaires individuels et ne plus diriger sur l'armée les psychopathes.

M. PERUSSEL (de Tunis) appuie les observations de M. Fribourg-Blanc en ce qui concerne les engagements en Afrique du Nord où pratiquement l'expertise psychiatrique est inexistante avant l'engagement. Il y a 69 0/0 d'engagés sur les expertises pratiquées à Tunis. Parmi les engagés, la proportion d'aliénés ou psychopathes délinquants est impressionnante.

M. SAFORCADA (de Barcelone) insiste sur les difficultés des expertises : culture différente des médecins et des magistrats, notion métaphysique de responsabilité, question de responsabilité atténuée, question des demi-fous, des anormaux nocifs, intimidables ou non, perfectibles ou non ; manque de compétence de certains experts, désaccord entre les experts, caractère exclusivement informatif de l'expertise, conclut à l'expertise obligatoire de tous les prévenus, à la création d'annexes psychiatriques dans les prisons.

M. PAILHAS (d'Albi) demande que l'expertise soit rendue obligatoire, non seulement pour les enfants délinquants, mais pour tous les sujets qui ont dépassé 70 ans. Son expérience lui a montré que beaucoup de condamnés âgés étaient en réalité atteints de démence sénile. Il souhaite la réalisation d'une unité de formation interpsychologique entre magistrats et médecins.

M. VULLIEN constate que la discussion n'a pas été inutile. Il remercie M. Ley et répète, au milieu des applaudissements, qu'il faut suivre l'exemple des annexes

psychiatriques belges. Il répond à M. Hesnard que la question des amoraux est complexe ; ce n'est pas une simple question de milieu ; il y a des amoralités acquises organiques, post-encéphaliques, par exemple, et cela a une grande importance. Il félicite M. Courbon, sa méthode pragmatique est judicieuse et intéressante, exacte en théorie, mais ne se heurte-t-elle pas à des difficultés pratiques ? Il remercie MM. Fribourg-Blanc et Saforcada et approuve M. Pailhas de son intéressante suggestion.

M. SANCHES-BANUS, répond aux critiques de M. Hesnard, lui fait remarquer que les réalités les plus pressantes ne sont pas les mêmes dans tous les pays, aussi, s'est-il tenu volontairement dans un plan général, ne voulant pas distraire les congressistes en exposant des questions purement espagnoles. Vouloir ignorer la notion de responsabilité est bien, mais les magistrats posent la question de responsabilité, qu'il le veuille ou non, l'expert doit y répondre. En terminant M. Sanchès-Banus signale à M. Perussel que les questions qui se posent dans les troupes de l'Afrique du Nord française se posent également dans l'armée africaine de l'Espagne.

IV. COMMUNICATIONS DIVERSES

MM. N. DECAMPS et G. VERMEYLEN (de Bruxelles). — *Quelques moyens cliniques à propos du diagnostic de l'héredo-syphilis à forme mentale.* — Pour ce diagnostic, trois ordres de renseignements sont de première valeur : a) l'enquête familiale, la nature organique des convulsions éventuelles ; b) la recherche systématique et répétée du B.-W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; c) l'épreuve de la thérapeutique. Cette étude est un travail du dispensaire de la ligue nationale belge d'hygiène mentale et de la consultation pour maladies héréditaires de la ligue nationale belge contre le péril vénérien.

MM. G. VERMEYLEN et N. DECAMPS (de Bruxelles). — *Considérations sur l'héredo-syphilis et psycho-pathologie infantile.* — Les auteurs ont étudié spécialement 185 cas d'enfants anormaux à la colonie de Gheel. 18 0/0 ont un B.-W. positif dans le sang et 21 0/0 présentent des signes cliniques de probabilité de syphilis héréditaire. En somme 39 0/0 d'héredo certains ou probables. D'une façon générale, on peut admettre que tous les enfants héredo-syphilitiques

sont ou seront — parfois très tardivement — atteints au point de vue neuro-psychiatrique. La période pubérale est pour eux une phase critique. Les cas de troubles mentaux congénitaux sont les plus fréquents (oligophrénie sous toutes les formes, débilité mentale, épilepsie, troubles du caractère). Les cas de troubles mentaux tardifs à symptomatologie intellectuelle ou vésanique prédominante (démence simple type Morel, P. G. infantile, états psychasthéniques et hétérophréniques sont souvent associés à une symptomatologie neurologique.

MM. HAMEL, VERAÏN, Mlle TOUSSAINT (de Nancy). *Sur l'emploi de l'arsaminol.* — Comme l'ont montré MM. Gaugour, Aubry et Gourres de Marseille il est inoffensif et très actif dans la syphilis nerveuse. On l'emploie par voie sous-cutanée ou intra-musculaire à la dose de 5 cm³ (5 cm³ = 1 g. 25 d'arsénobenzène). Sur 50 cas observés, les auteurs rapportent 10 observations complètes. Le fonctionnement hépatique est amélioré par le traitement. Le rein n'est pas touché ou l'est d'une façon minime dans les traitements longtemps prolongés. Les résultats cliniques sont souvent excellents (P. G.) et les sorties de l'asile souvent possibles. L'arsaminol peut être associé à la malariathérapie et est à utiliser pour les cures répétées en syphilis nerveuse.

MM. DROUET, HAMEL, VERAÏN (de Nancy). *Recherches sur l'équilibre acido-basique chez les anxieux et considérations thérapeutiques.* — Parfois l'alcalose des états anxieux est compensée. Sur 16 cas anxieux observés on constate chez 2 : équilibre normal, chez 14 : alcalose manifeste. Dans le sang 6 fois la réserve alcalose fut normale ou un Ph. en général élevé, une teneur en calcium variable — dans le liquide céphalo-rachidien un pH 4 fois élevé, 2 fois normal, 2 fois abaissé — une réserve alcaline 7 fois élevée (la normale étant de 45 à 50 volumes de CO²) ; une teneur en calcium 3 fois abaissée, la moyenne paraissant être de 2/3 de la calcémie. Enfin la R. O. C. était souvent exagérée et les auteurs se demandent si cette exagération ne pourrait pas servir de test clinique d'alcalose. Le traitement de l'alcalose par les procédés habituels (acide phosphorique, CaCl², sulfate de magnésie) atténue toujours l'anxiété ou la souffrance.

MM. SOLERVIGENS et PANELLE. *Crise gastrique de tabès, accompagnées de paroxysmes d'hypertensions artérielles.* — Chez un malade les crises gastriques coïncident nettement

avec des paroxysmes hypertensifs à types vagotoniques (vomissements spasmes gastriques et intestinaux). La tension montait de 5 cm³ de Hg et plus, avant les crises. Les injections d'adrénaline abaissaient nettement la pression (de 17 à 13 maxima) de même le sulfate de magnésium en injections intra-rachidienne et musculaires abaissait la tension et améliorait les symptômes cliniques. Bref, hypertension artérielle paroxystique et crises gastriques dérivant d'un état commun d'hyper-vagotonie déchaînée par une alcalose transitoire du milieu. Amélioration par le sulfate de magnésie. Echec du nitrate d'amyle et de l'anesthésie des rameaux communicants. Il faut tenir compte du facteur individuel dans l'état vasculaire des tabétiques. *M. Molin de Teyssieu* (de Bordeaux). — Les tabétiques, en crises gastriques, sont en général des hypotendus. L'adrénaline améliore fréquemment leur état, un de ces effets est toujours une baisse de la tension, parfois très accentuée et susceptible de créer des accidents graves, quand on l'injecte dans les veines.

MM. SOLERVICENS et TOLOSA. *Meningo-encéphalite syphilitique fébrile. Cas clinique.* — Les auteurs en apportent deux observations démonstratives : deux cas de méningite (hérédosyphilitique) avec participation marquée de la base du cerveau. La fièvre dépend probablement des lésions syphilitiques du tuber ou des tubercules mamillaires des centres de thermorégulation. Efficacité nette du traitement.

M. BOURGUIGNON (de Paris). *Présentation d'une table de mesure de la chronaxie chez l'homme et chez les animaux.* — L'auteur présente une table appareil de maniement facile, qui simplifie la mesure des chronaxies et fait une démonstration théorique et pratique de l'appareil.

M. DONAGGIO (de Modène) *A propos des recherches sur l'action de la bulbocapnine.* — La catatonie doit être aujourd'hui considérée comme un syndrome cortical. M. Bourguignon a trouvé chez les animaux intoxiqués les mêmes variations de la chronaxie que chez les malades catatoniques. Dans l'intoxication bulbocapnique, il y a des altérations cellulaires légères (chromatolyse) ayant peu de valeur et des altérations fibrillaires. La bulbocapnine seule en donne de peu nettes mais les étiologies combinées bulbocapnine plus autre chose donnent de grosses lésions et dans l'écorce seulement. Il est remarquable que des lésions de l'écorce cérébrale créent des modifications profondes de la motivité extra-pyramidale.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FAY (de Paris). *Etiologie de la folie morale.* — Ces causes peuvent se grouper sous quatre chefs : 1° *Anomalies des tendances innées.* C'est le cas des débiles moraux et des hyperémotifs, les premiers venant aux perversions par insuffisance des stimulants sur leurs faibles aptitudes éthiques, les seconds par suite de chocs émotifs. 2° *Cause toxi-infectieuse.* L'hérédo-syphilis et l'hérédo-alcoolisme, causes fréquentes de débilité mentale congénitale. Les perversions des hérédo-alcooliques sont empreintes de violence et d'irritabilité. L'encéphalite épidémique qui agit soit en réveillant une débilité morale peu marquée jusqu'alors, soit en suscitant des états hypomaniaques fréquemment intermittents, soit en provoquant l'apparition des perversions chez les sujets jusqu'alors normaux. Le caractère de ces perversions est la puérilité et l'illogisme. 3° *Causes endocrinienne.* L'insuffisance hypophysaire produit des perversions systématisées en relations avec l'arrêt de croissance. L'insuffisance orchitique explique l'inversion sexuelle et les perversions diverses qui l'accompagnent et en découlent. L'insuffisance thyroïdienne agit en permettant une débilité mentale et morale. Le traitement endocrinien guérit ou améliore ces formes de perversions. 4° *Causes organiques.* Les encéphalopathies infantiles entraînent une faiblesse du jugement. Les démences et particulièrement la démence sénile au début et P. G. comptent les perversions de la sphère éthique au nombre de leurs symptômes. Enfin, l'épilepsie dans laquelle parfois les perversions ont presque une valeur d'équivalents psychiques.

MM. LEROY et MEDACOVITCH (de Paris). *Essai pathogénique sur la psychose hallucinatoire chronique.* — Les rares examens histologiques de cerveaux effectués sur des P. G. délirants, hallucinés, ont montré des lésions accusées du lobe temporal (Gertsman, Hermann, Hermeiser, Brutet, Walter). Dans un cas de délire systématisé survenu spontanément chez un P. G., Sérieux et Mignot ont découvert à l'autopsie un foyer de méningo-encéphalite de la région temporale. Etant donné la ressemblance au point de vue clinique entre les manifestations délirantes paranoïdes de la P. G. et les délires hallucinatoires cliniques, les auteurs se demandent si les recherches orientées dans ce sens ne permettraient pas de déceler des lésions ou localisations anatomiques analogues.

M. S. VILASECA. *Interprétation analytique du syndrome de Cotard.* — De nombreux exemples tirés du folk-lore catalan permettent à l'auteur de montrer que les idées délirantes d'immortalité et de damnation font également partie de certaines conceptions et croyances populaires : idées de damnation éternelle appliquée aux êtres de mauvaise réputation... En somme, on retrouve toujours un même mythe primitif, avec des variantes locales. L'idée de punition correspond à la réalisation d'un désir. Psychogenèse et psychanalyse tendent à prouver que les complexes primitifs ont laissé leur empreinte indélébile dans l'inconscient collectif ; le contenu des complexes réapparaît de temps en temps sous la forme de conceptions délirantes chez les mélancoliques.

M. Pedro MAZA. *Un signe pyramidal succédané du signe de Babinski.* — Chez certains sujets atteints de lésion pyramidale, la pression assez forte sur le côté dorsal de l'articulation proximale, du premier ou du deuxième métatarsien, provoque l'extension du gros orteil, avec en général un éventail typique. Il semble s'agir d'un réflexe périosté mettant en jeu la sensibilité profonde.

M. VERMEYLEN (de Bruxelles). *Les conditions de l'expertise mentale et de l'assistance médicale aux enfants délinquants en Belgique.* — L'auteur expose ce qui est fait en Belgique pour les enfants délinquants. La loi de 1912 institue des juges et une juridiction spéciaux. L'expertise mentale de délinquants de moins de 18 ans n'est pas obligatoire, mais en fait, elle est demandée dans tous les cas, au moins à Bruxelles, par le juge des enfants, M. Wets. Cette expertise est faite à la clinique médico-pédagogique du Brabant, que dirigent MM. Boulanger et Alexander. 3.000 enfants ont été examinés depuis 1920. 70 0/0 sont des enfants anormaux. Dans les cas particulièrement difficiles et nécessitant des examens prolongés et compliqués, les enfants sont dirigés sur les écoles d'observations (Moll, pour les garçons ; St-Servais, pour les filles) où l'observation est faite, d'abord en régime cellulaire, puis en régime collectif, et porte principalement sur les troubles du caractère. Cette mise en observation permet de dépister parmi les délinquants environ 80 0/0 d'anormaux. Le juge a ensuite tous pouvoirs pour prendre les décisions nécessaires, placer les enfants dans les établissements d'éducation de l'état (Ruysselde et St-Hubert, pour les garçons ; St-Servais, pour les filles) où on s'attache à éduquer les enfants atteints de troubles du caractère, avec

la collaboration de médecins compétents. Les enfants qui n'auraient pas été placés dans ces établissements ou ceux qui en sortent peuvent être placés jusqu'à leur majorité sous le régime de la liberté surveillée, liberté qui, surtout depuis un an, est réellement surveillée à Bruxelles par des médecins spécialisés et des infirmières sociales compétentes.

M. S.-H. PAMEYER (de Rotterdam). *Hôpital psychiatrique et assistance externe. Service externe de l'établissement psychiatrique municipal « Maasoord » à Rotterdam.* — Ce service externe créé en 1926 est installé en pleine ville et dirigé par un ancien médecin de l'asile Maasoord. Il est destiné à préparer la sortie de l'asile des malades améliorés, à les suivre au milieu de leur activité sociale retrouvée, ce service est avant tout un service de surveillance d'aliénés libérés, mais aussi un centre de prophylaxie mentale et un service de bienfaisance en rapport avec les autres institutions charitables et avec l'assistance publique. Le personnel est composé d'un médecin et de deux infirmières visiteuses spécialisées.

M. A. REPOND (de Malévoz). *Résultats statistiques de l'issue des cas de schizophrénie traités à la maison de santé de Malévoz, 1919 à 1928.* — Une statistique de 551 malades qui permet de se faire une idée de l'évolution des affections schizophréniques lorsque les malades ont été remis en plein milieu social (comportement compatible avec la vie en société) a été obtenue dans 37,93 0/0 des cas, dans 30,40 0/0 de façon durable, dans 5,44 0/0 de façon transitoire (rechute). Un certain nombre de malades ont pu être libérés, bien que la guérison clinique ait été toute relative et même certains malades non guéris ont pu être rendus à la liberté sans inconvénients fâcheux. M. Répond insiste sur l'importance de la sortie hâtive des schizophrénies, 204 malades, sur 551, soit 37,02 0/0 ont été renvoyés dans leur famille quoique présentant encore des symptômes psychotiques manifestes. 126, soit 22,8 0/0 se sont maintenus sans rechutes et leur état a continué à s'améliorer, pour aboutir souvent à une guérison complète.

M. A. RODRIGUEZ-MORINI (de Barcelone). *Note sur la paralysie générale dans l'asile d'aliénés de San Baudilio.* — En 1906, les cas de paralytiques généraux traités à l'asile de San Baudilio de Llobregat étaient relativement très faibles (5,5 0/0 des malades hospitalisés). De 1907 à 1923, on constate une augmentation qui est due à la généralisation des métho-

des biologiques de diagnostic. Depuis 1927, le pourcentage décroît à tel point qu'en 1929 il n'y a plus que 2 0/0 de paralytiques généraux sur une population de 1.200 hommes. D'autre part, les formes cliniques des paralysies générales sont actuellement de formes de plus en plus atypiques (formes délirante, dépressive, d'évolution lente avec rémissions).

L'auteur pense que ces modifications favorables de pourcentage et de forme clinique tiennent en grande partie à la meilleure organisation de la lutte contre la syphilis en Espagne, et en partie au diagnostic plus précoce de la paralysie générale, qui est traitée plus tôt, par des moyens thérapeutiques plus actifs.

M. SOLER-MARTIN (de Barcelone). *Le mutisme négativiste et son traitement.* — L'auteur rapporte 3 cas de mutisme absolu, prolongé, sans parallélisme avec les autres symptômes rencontrés chez des déments précoces. L'auteur analyse un de ces cas où le début a été soudain, où le mutisme apparaît nettement comme une forme de négativisme et en cherche l'interprétation. Il aboutit à une explication psychologique : « Le mutisme ne semble, au moins en apparence, n'avoir d'autre explication que l'entêtement extravagant et illogique, comme dans l'autre des cas cités ; la cause de la disparition sans récurrence du symptôme paraît ainsi justifiée. » L'auteur fait remarquer que les explications valables pour ces cas ne le sont pas pour les autres. **M. Morlaas** (de Paris) conteste les explications psychologiques de l'auteur, cite une observation de mutisme observé chez un schizophrène et que la découverte à l'autopsie d'une lésion clinique de l'aphasie de Wernicke a permis d'expliquer. Il soutient la théorie des troubles fonctionnels telle que la défend **M. Claude**. — **M. Ey** (de Paris) soutient le même point de vue. **M. Mira** (de Barcelone) distingue le mutisme du catatonique et celui des autres schizophrènes ou déments précoces et cherche à interpréter les faits en se tenant sur le terrain biologique.

M. L. HASKOVEC (de Prague). *La valeur pathologique du syndrome de Ganzer.* — Les réponses absurdes, erronées, « première venue », associées en général à des manifestations négativistes qui constituent le syndrome de Ganzer, sont trop souvent regardées comme le fait d'une simulation. L'auteur exhorte à la prudence. Il a observé le même syndrome au cours d'affections organiques (démence artérioscléreuse, P.G., tumeur du cerveau, encéphalite) *affection post-traumatique* sur laquelle il insiste tout particulièrement.

M. de SAUSSURE. *La théorie psychanalytique des obsessions.* — A propos d'une obsédée M. de Saussure essaie de pénétrer au fond du mécanisme psychologique et psychanalytique de l'obsession. On admet en psychanalyse que tout sentiment violent refoulé tend à réapparaître sous une forme déguisée dans la personnalité consciente. Chez le malade étudié, le remords refoulé revenait curieusement sous forme de l'obsession du cancer, maladie qui ronge comme le remords, et cette expression symbolique était facilitée par le fait de tristes circonstances de sa famille. Les obsessions sont un retour du refoulé dans le champ de la conscience, retour qui s'exprime de façon symbolique ; elle sont aussi parfois un compromis entre le refoulé et le refoulant.

M. SARRO. *L'arrêt du temps et le trouble instinctif dans la schizophrénie.* — Le futur peut être normalement vécu comme possibilité d'agir et d'évoluer comme normalement, mais en apparaissant comme mutilé, vide. Plus grande est l'inhibition biologique, plus intense la réduction du futur et le ralentissement du temps du moi. Le trouble biologique se manifeste donc dans la sphère psychique par une modification de la structure du temps psychique qui perd surtout son caractère futuriste. On peut établir une échelle graduelle et dire que dans la mélancolie le futur n'existe pas, que dans la dépression psychique il existe, mais menaçant, il en est de même dans la neurose obsessionnelle.

MM. DROUET et HAMEL (de Nancy). *Recherches sur les causes pathologiques de la délinquance infantile et criminelle.* — Les auteurs acceptant la classification des enfants délinquants et criminels proposée par Heuyer et Collin : normaux pervers, débiles mentaux simples, instables pervers avec ou sans débilité, épileptiques, hystériques, insuffisants glandulaires. Sur 50 enfants examinés par eux à la prison, 48 sur 95 0/0 étaient des anormaux. Il s'agissait, il est vrai, plutôt de jeunes gens que d'enfants. Les cadres pathologiques n'ont pas paru aussi tranchés que dans les travaux de MM. Collin et Heuyer. Dans bien des cas il a été facile de mettre en évidence l'importance de causes sociales (enfants orphelins ou abandonnés, abus de mauvais spectacles cinématographiques, influence des doctrines révolutionnaires). L'hérédosyphilis a pu être incriminée, tout au moins comme cause prédisposante, dans 75 0/0 des cas. L'hérédité dite similaire paraît souvent être en fait une hérédité syphilitique, 12 fois l'hérédité alcoolique a été notée ; l'hé-

réité tuberculeuse 3 fois, l'hérédité névrophathique 8 fois, mais souvent à ces hérédités diverses s'associait une hérédité syphilitique non douteuse. On peut donc conclure que la lutte contre la délinquance juvénile, contre les psychopathies infantiles, contre la folie et la criminalité infantiles doit être étroitement associée à la lutte antisiphilitique qui en constituera un des principaux moyens d'action.

MM. RODRIGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA-ORGA (de Barcelone). *Un cas de paralysie générale infantile.* — Les auteurs, après avoir montré combien, malgré les apparences, l'accord est mal fait sur la symptomatologie de la P.G. infantile, en rapportent une belle observation : début à l'âge de cinq ans chez une jeune fille devenue par la suite grande démente, avec ictus répétés et réactions typiques du L. C.-R. Evolution lente que les auteurs ont l'intention d'essayer de modifier par la malariathérapie.

MM. RODRIGUEZ-ARIAS et J. CATASUS (de Barcelone). *Étude comparative des réactions de Lange et de Guillaumin.* — De ce travail comparatif portant sur l'examen de 150 liquides céphalo-rachidiens, les auteurs concluent que la réaction de Lange à l'or colloïdal est beaucoup plus sensible que celle du benjoin, que la difficulté de préparation de la solution de chlorure d'or ne doit pas empêcher d'utiliser une si bonne réaction. D'ailleurs, les auteurs croient que l'étude simultanée des deux réactions colloïdales est indispensable pour faire de bonnes et complètes analyses du liquide céphalo-rachidien. Description précise des techniques employées et détails des résultats obtenus.

MM. RODRIGUEZ-ARIAS et MORALEN-VALESCO (de Barcelone). *Quelques considérations sur une épidémie d'encéphalite léthargique observée dans un asile d'aliénés.* — Dans la section des femmes de l'asile de San Baudilio, les auteurs ont vu survenir chez les malades hospitalisés pour tout autre chose 150 cas d'encéphalite épidémique dont la source de contagion ne pouvait être que dans l'asile même. Il y a eu des paroxysmes de l'épidémie en 1921-1929, mais surtout en 1922 (125 cas, jusqu'à 10 par jour). Toujours une épidémie de grippe précéda l'apparition des nouveaux cas. La symptomatologie se montra très polymorphe, mais surtout cérébelleuse, léthargique et oculaire. Les séquelles cliniques furent observées, mais parce que exclusivement neurologiques. La mortalité fut de 15 0/0 et le diagnostic confirmé anatomiquement dans plusieurs cas par M. Rio del Ortega.

Les malades atteints antérieurement des troubles les plus divers furent frappées et il semble qu'il y ait une véritable disposition spéciale d'aliénés à prendre le virus, car les mêmes faits de contagion ne s'observèrent ni parmi le personnel de l'asile (un cas cependant), ni dans la population du village tout proche.

MM. J. ROGUES DE FURSAC et CARON. *Criminalité sexuelle et alcoolique.* — Se basant sur une statistique de 157 cas, les auteurs montrent que l'alcoolisme en général (chronique et aigu) est très fréquemment, dans plus de la moitié des cas, associé à la criminalité contre les mœurs ; que, dans un nombre important de cas (très douteux), l'infraction est commise au cours d'un état d'intoxication alcoolique aigu ; que dans certains cas peu nombreux mais dignes de retenir l'attention, parce que remarquablement démonstratifs, l'infraction est commise au cours d'un état alcoolique aigu survenant chez un sujet habituellement sobre, éventuellement abstinent total ; que dans les cas où l'intoxication alcoolique aiguë est en cause, il s'agit le plus souvent non d'une ivresse profonde mais d'une simple excitation ébrieuse ; enfin, que l'action criminogène de l'alcool, en ce qui concerne la criminalité sexuelle paraît s'exercer à la faveur d'un état neuropsychique anormal. Tel est certainement le cas là où il s'agit d'une intoxication aiguë chez un sujet habituellement sobre.

M. COURBON (de Paris). *Essai d'une conception et d'une méthode pragmatiques de l'expertise psychiatrique criminelle.* — La conception consiste à considérer l'expertise comme une mesure de la proportion dans laquelle le délinquant réalise devant la loi les conditions psychologiques de l'homme normal. La méthode consiste à ne répondre que par oui et par non sur la responsabilité envisagée, non d'une façon générale vis à vis de toutes les circonstances de la vie courante, mais envisagée successivement à propos des circonstances précises de chaque délit tel qu'il s'est présenté. Cette méthode a déjà été exposée en collaboration avec Charon dans un article de l'encéphale 1913, sur la responsabilité relative des anormaux.

MM. LAFORA et GERMAIN. *Diagnostic différentiel de la psychasténie et de la schizophrénie.* — **M. MIRA** (de Barcelone). *Les injections endoveineuses de solutions hypertoniques en psychiatrie.* — **M. MIRA.** *Nouvelles orientations dans le traitement de l'alcoolisme.* — **Mme ZAND.** *La base anatomo-*

mique de l'emprostotonus. — M. de PERPINA. *Quelques remarques sur le tonus musculaire extrapyramidal.* — MM. RODRIGUEZ-ARIAS et GARGIA GONGELO. *Sur les érythrodermies produites par le luminal sodique.* — MM. ARMENGOL DE LLANO. *Un cas de tabès sans réaction humorale.* — M. ANGLADE. *Les grandes formes cliniques et anatomiques de la sénilisation cérébrale.* — MM. BANUS-ABEUNZA. *Un cas de dyssynergie cérébelleuse-myoclonique.* — M. BANUS BUANO. *Un cas de tumeur du 4^e ventricule diagnostique in vitam.* — MM. TOLOSA et E. MONKE. *Encéphalite aiguë au cours de la rougeole.* — M. SEBEK. *Les troubles nutritifs de la sclérose en plaques.*

D^r. HACQUARD.

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française de 1930

La 34^e session du Congrès aura lieu à Lille dans la dernière semaine de juillet 1930.

BUREAU : *Président* : M. le Professeur Abadie (de Bordeaux) ; *Vice-Président* : M. le Docteur Pactet, Médecin en Chef honoraire des asiles de la Seine ; *Secrétaire général* : M. le Docteur Combemale, professeur agrégé à l'Université de Lille.

RAPPORTS : 1^o *Psychiatrie.* — Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. Rapporteur : M. le Docteur Lamache, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

2^o *Neurologie.* — Les réflexes de postures élémentaires. Rapporteur : M. le Docteur Delmas-Marsalet, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux.

3^o *Assistance.* — L'application aux malades mentaux de la loi sur les assurances sociales. Rapporteur : M. le Docteur Calmette, médecin-chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 juin 1929

Syndrome comitio-parkinsonien encéphalitique, par L. MARCHAND, A. COURTOIS et LACAN. — Jeune femme présentant avec un hémisyndrome parkinsonien droit de nature encéphalitique des accidents comitiaux divers. Crises jacksoniennes du côté opposé au parkinsonisme ; plus souvent, crises généralisées, avec parfois miction involontaire, provocables par une excitation douloureuse, un examen électrique ; actes automatiques habituellement incoordonnés ; automatisme ambulateur.

Les auteurs insistent sur le polymorphisme des manifestations comitiales dont certaines pourraient faire penser à des accès névropathiques, surtout sur l'absence de toute convulsion tonique ou clonique pour certaines crises alors que d'autres sont exclusivement toniques. Ces faits rentrent dans le cadre de l'épilepsie sous-corticale.

Syphilis cérébro-spinale à 80 ans, par P. GUIRAUD et Yv. LE CANNU. — Les auteurs présentent un vieillard de 80 ans avec un syndrome physique spécifique complet (abolition des réflexes tendineux, rigidité et inégalité pupillaire, parésie du droit externe, ptosis, réaction de Meinicke positive) et des troubles mentaux consistant en affaiblissement intellectuel, idées délirantes de grandeur et de richesse. La syphilis encéphalique après la soixantaine est d'observation courante, mais elle est très rare chez les octogénaires.

Démence précoce à la suite d'un choc émotif, par MM. LEROY et MIGAULT. — Malade âgé actuellement de 42 ans qui présente le tableau typique d'une démence précoce : agitation, suggestibilité, écholalie, échominie, échopraxie, salade de mots, volubilité extrême, dévidage rapide de phrases absurdes, variabilité de l'humeur, indifférence totale, idées absurdes de grandeur, quelques néologismes ou déformation des

mots. L'histoire du sujet est assez curieuse : aucune hérédité, employé du chemin de fer de l'Est, habitudes alcooliques manifestes. En 1923, cet homme a subi un choc émotif ; il a enregistré, comme employé de chemin de fer, une malle contenant le cadavre d'un M. B... assassiné par sa femme. Il fut appelé à comparaître en justice et subit ainsi un choc émotionnel. Peu de temps après, idées de persécution ; il se croit poursuivi par la vengeance de Mme B... ; internement à Ste-Anne en juin 1924 et évolution des troubles mentaux vers la démence précoce. Les auteurs se demandent si cette cause morale puissante n'a pas fait éclore plus tôt chez le sujet une psychose jusque là latente.

Un nouveau cas de paralysie générale conjugale, par MM. A. MARIE et MIQUEL. — Présentation d'un nouveau cas de paralysie conjugale ou plutôt paraconjugale. Le même jour, 8 avril 1929, sont entrés à Ste-Anne un P. G. (G. A., 57 ans) et une femme démente (L. R., 43 ans). Tous deux ont eu un premier mariage normal, mais G. A. a divorcé en 1914, a contracté la syphilis en 1915. Il s'est mis en ménage en 1916 avec L. R., veuve de guerre et l'a contaminée. Tous deux arrivent ensemble à la démence et à l'internement. Toutes les réactions biologiques concordent. Même forme dementielle amorphe sans délire actif. Mêmes signes physiques. Evolution assez rapide.

Débilité mentale gémellaire, par MM. A. MARIE et Henri Ey. — Les auteurs présentent un nouveau couple de jumeaux atteints l'un et l'autre d'arriération mentale correspondant à un âge mental de 3 et 4 ans alors qu'ils ont 6 ans. Tous deux sont venus à terme. Ces enfants ne présentent pas de stigmates d'hérédo-syphilis. L'étiologie paraît devoir être rattachée à un rhumatisme articulaire que contracta la mère pendant la gestation. Les empreintes digitales de ces deux jumeaux sont de type dégénératif et comme tels assez similaires.

Schwannome cutané avec neuro-gliomatose méningo-encéphalique, par R. DUPOUY, A. COURTOIS et H. PICHARD. — Jeune fille de 20 ans, débile, qui depuis quelques semaines présente des hallucinations auditives et visuelles terrifiantes. Confusion mentale avec agitation anxieuse. Surdité datant de 1 an. Pas de stase papillaire. Parésie du VI^e gauche, inégalité pupillaire, nystagmus. Puis troubles de l'équilibre, enfin phase méningitique avec raideur de la nuque, cri

hydrencéphalique et décès un mois après l'entrée. La constatation de petites tumeurs cutanées, jointes à une hyperalbuminose rachidienne (4 gr.) avec lymphocytose presque nulle (5,2) et réactions de la syphilis négatives orientait vers le diagnostic d'une neurofibromatose. L'examen anatomique révéla des tumeurs multiples, méningées, basilaires, d'aspect variable (méninogblastome, gliôme) alors que les tumeurs cutanées affectent le type du schwannome.

Ramollissement Sylvien chez un paralytique général, par P. GUIRAUD et Yv. LE CANNU. — Présentation d'un vaste foyer de ramollissement Sylvien superficiel dans l'hémisphère droit d'un paralytique général. La coexistence de lésions typiques de paralysie générale et d'atteinte artérielle est plus fréquente que ne le soutiennent les classiques.

Cavité pseudo-kystique dans le cervelet d'un paralytique général, par P. GUIRAUD et Yv. LE CANNU. — Cette lésion est extrêmement rare, deux cas analogues seulement atteignant le lobe frontal ont été publiés par Marchand. Il s'agit d'une perte de substance en forme de large fente occupant la partie blanche de l'hémisphère cérébelleux droit, ne communiquant pas avec l'extérieur. La cavité remplie de liquide céphalo-rachidien a une paroi lisse, vascularisée, non recouverte d'épithélium ; le tissu voisin reste sans réaction inflammatoire, la prolifération névroglie est modérée. Les auteurs ayant observé chez un autre malade un volumineux foyer de dégénérescence colloïde commençant à se désagréger se demandent si ces cavités pseudo-kystiques ne sont pas l'emplacement d'anciens foyers colloïdes.

L. MARCHAND.

Société belge de médecine mentale

Séance du 1^{er} juin 1929

Présidence de M. R. TITECA (vice-président)

La séance se tient à l'Asile du Beau-Vallon, à Saint-Servais-lez-Namur.

M. VAN HIRTUM (de St-Servais). **Méningite tuberculeuse guérie.** — Cas d'une fillette de 13 ans prise brusquement de fièvre élevée. Après une courte rémission, rechute avec

céphalée, vomissements, mydriase, température de 35°, réflexes tendineux très vifs, L. C.-R. contenant 120 lymphocytes par mm³, albumine, 0,80, pas de bacilles de Koch. Après quelques jours du Kernig, deuxième ponction lombaire : 61 lymphocytes, albumine, 0,85, sucre, 27 cg. Injection d'électrargol intrarachidien et intraveineux, faibles doses de rhodarsan. Guérison.

M. R. Ley (Bruxelles) cite un cas analogue chez un garçon de 6 ans. Guérison à la suite d'injections intra-rachidiennes d'électrargol.

M. Leroy (Liège). Certaines formes de méningite atypique guérissent même sans intervention. Parfois il s'agit de formes atypiques d'encéphalites dont les séquelles tardives donnent la signification.

MM. VAN HIRTUM et DUTOY (de St-Servais). **Thérapeutique par les chocs dans les maladies mentales.** — Les auteurs ont surtout employés l'abcès de fixation par injection de thérébentine. La douleur immédiate est faible, les résultats éloignés sont bons. La méthode permettrait même le diagnostic différentiel entre la démence précoce et la schizophrénie. Dans ce dernier cas on constaterait une amélioration rapide tandis que dans la D.P. les symptômes dementiels continueraient à progresser.

M. SANO (de Gheel). La méthode des chocs, comme toute autre thérapeutique, doit être précédée d'un diagnostic. Dans la confusion mentale, par exemple, on peut dévoiler les étiologies les plus différentes et la thérapeutique doit s'efforcer d'être causale.

M. VAN HIRTUM (St-Servais). **Exostose crânienne.** — Histoire d'une malade de 39 ans, alcoolique avec syndrome de Korsakow et crises d'épilepsie à début jacksonien, avec confusion mentale. Une radiographie du crâne montre une exostose du pariétal au niveau de la table interne. L. C.-R. hypertendu mais de composition normale. De légères doses de gardénal ont fait disparaître les crises.

M. LEROY (de Liège). **Coprophagie de nature anxieuse.** — Malade de 52 ans, à antécédents très chargés. Fait une crise de mélancolie anxieuse sans aucun signe dementiel. Sa coprophagie provient de sa scrupuleuse propreté et de la peur de souiller même la cuvette des cabinets. C'est ce qui la pousse à cacher ses matières fécales et même à les manger.

M. VAN HIRTUM (de St-Servais) cite une malade épileptique et alcoolique qui mangeait ses excréments pour faire pénitence.

M. EIKCA (de Bruxelles) considère que la coprophagie est toujours démentielle. Après la séance, visite de l'établissement, dont la conception et la tenue peuvent être considérées comme un modèle.

Séance du 22 juin 1929

Présidence de M. TITECA (vice-président)

MM. D'HOLLANDER et DE GREEFF (de Louvain). Les crimes, actes d'affranchissement du moi, prodromes d'états schizophréniques. — C'est surtout au début de leur affection que les malades délirants peuvent être dangereux et commettre des crimes. Mais ce début réel remonte souvent à des années avant le début apparent. A ce moment, le crime présente des caractères pathologiques, non en lui-même mais dans l'attitude (affranchissement du moi) de son auteur. Au point de vue médico-légal il vaut mieux, à ce moment, considérer ces malades comme responsables. Il dépendra ensuite du service anthropologique des prisons de dépister les signes d'aliénation et de prendre les mesures nécessaires.

M. BOULENGER, Mlle GROSS (de Waterloo). Dystrophie cranio-faciale héréditaire, type Crouzon. — Présentation d'une fillette répondant à la description classique : exophtalmie, faciès batrachoïde, seul le nez est normal. L'hérédité est évidente : cinq sujets sur vingt en l'espace de trois générations sont touchés, tous sont des femmes.

MM. DURY et MOREAU (de Liège). A propos de catatonie tardive. — Malade de 57 ans dont l'affection débuta par de l'anxiété et la crainte de perdre la raison. Actuellement, syndrome catatonique. L'affection a été décrite par Sommer, elle survient chez la femme à la période présénile et est précédée d'une période de dépression. Ensuite se développe le tableau de la catatonie avec négativisme et stéréotypies. Faut-il y voir une démence précoce à début retardé ou psychose d'involution de forme autonome ?

G. VERMEYLEN.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Les nouveaux traitements des Médecins des Asiles. — Décret du 26 juillet 1929. — Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales ; vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ; vu les décrets des 3 janvier 1922 et 26 décembre 1922 ; vu les décrets des 25 mars 1928 et 25 novembre 1928 fixant les classes et traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs de service du cadre des Asiles publics d'aliénés, décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les classes et traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs de services des Asiles publics d'aliénés autres que ceux du département de la Seine sont fixés ainsi qu'il suit :

<i>Ancien traitement</i>	
7 ^e classe	24.000 fr.
6 ^e classe	25.500 »
5 ^e classe	27.000 »
4 ^e classe	28.500 »
3 ^e classe	30.000 »
2 ^e classe	32.000 »
1 ^{re} classe	34.000 »
Classe exceptionnelle	36.000 »

<i>Traitement nouveau</i>	
6 ^e classe	26.000 fr.
5 ^e classe	28.500 »
4 ^e classe	31.000 »
3 ^e classe	33.500 »
2 ^e classe	36.000 »
1 ^{re} classe	39.000 »
Classe exceptionnelle	42.000 »

ARTICLE 2. — Les classes et traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés autres que ceux

du département de la Seine sont fixés de la manière suivante :

5 ^e classe	28.500 fr.
4 ^e classe	31.000 »
3 ^e classe	33.500 »
2 ^e classe	36.000 »
1 ^{re} classe	39.000 »
Classe exceptionnelle	42.000 »

ARTICLE 3. — Les améliorations de traitements prévues par les articles 1 et 2 auront effet à dater du 1^{er} janvier 1929.

Leur attribution ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des médecins-directeurs, médecins-chefs de service et directeurs administratifs dans leur classe respective comptera de leur dernière promotion.

ARTICLE 4. — Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 26 juillet 1929.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République,

*Le Ministre du Travail, de l'Hygiène,
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales :*
LOUCHEUR.

Nominations. — M. le D^r BEAUSSART, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est nommé médecin-chef de service à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

M. le D^r DAUSSY, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan) est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'asile public de Lommelet (Nord).

M. le D^r FAUVEL, médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne).

M. le D^r BRIAU, médecin-chef de service à l'Asile public d'Aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est nommé médecin-directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoist (Cher), en remplacement de M. le D^r LEYRITZ.

M. le D^r LE MAUX, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est nommé, à

partir du 1^{er} octobre 1929, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le D^r DEMAY.

Vacances de postes. — Un poste de médecin-directeur est vacant à l'Asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) par suite du départ de M. le D^r BEAUSSART.

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan) par suite du départ de M. le D^r DAUSSY.

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) par suite du départ de M. le D^r FAUVEL.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) par suite du départ de M. le D^r BRIAU.

Un poste de médecin-chef de service sera prochainement vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) par suite du départ de M. le D^r LE MAUX.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le D^r E. THIBAUD, médecin en chef honoraire de l'Asile de Clermont, décédé subitement à Fumay (Ardennes) au moment où il allait atteindre sa soixante-huitième année.

Nous adressons à sa fille et à son gendre l'expression de notre plus vive sympathie.

G. D.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE
ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU SUD-OUEST
DE L'ALLEMAGNE

La 76^e réunion de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu les 26 et 27 octobre 1929 à Bâle en commun avec l'Association des psychiatres du sud-ouest de l'Allemagne.

Thème de discussion : *Symptômes primaires et symptômes secondaires de la schizophrénie.* **Rapporteurs :** Prof. D^r E. Bleuler (Zurich) ; p.-d. D^r W. Mayer-Gross (Heidelberg).

S'adresser au président de la Société suisse de Psychiatrie (P.-D. D^r O. Forel, La Métairie, Nyon (Vaud)).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 38.876

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

Chronique

*Les risques professionnels
du médecin d'asile*



Depuis longtemps, l'Association générale des médecins des asiles de France, d'accord avec le Ministère de l'Hygiène et les Préfectures, étudient un projet pour assurer les médecins des asiles contre les risques professionnels.

C'est que cette fonction, obtenue au concours, et, par ce fait, présentant des garanties sous la sauvegarde de l'Etat, est dangereuse, par cela même qu'elle oblige le praticien à vivre en contact permanent avec les aliénés et leurs familles.

Tout d'abord, dans son service d'asile, malgré qu'il soit entouré par un état-major d'internes et d'infirmiers, le médecin, en outre des insultes quo-

tidiennes, est exposé à des coups, à une blessure, à une tentative de meurtre et au meurtre sur sa personne.

Les exemples de ces attentats sont fréquents. Sans parler du meurtre de D... à Bracqueville qui fit grand bruit à l'époque, c'est T..., à l'asile de Clermont, frappé à la tempe par un tesson de bouteille, D... blessé à Ville-Evrard dans les mêmes conditions, V... meurtri grièvement à Ste-Anne par un coup de couteau et, plus récemment, S... à Lesvellec et L... à Toulouse qui, tous, ont failli payer de leur vie leur attachement à leur profession.

Quels sont les aliénés qui, à l'intérieur de l'asile, sont les plus dangereux ?

L'alcoolique et l'épileptique, d'abord, sujets, l'un et l'autre, à des impulsions violentes et brutales. L'un, sous l'emprise de l'aura avant l'accès ou de ses hallucinations terrifiantes après la crise, et l'autre, troublé par son onirisme et sa panophtobie, entrent en fureur et déchaînent leur rage sur le médecin.

Le persécuté est encore plus redoutable, parce que, dissimulé, il prépare sournoisement sa vengeance et ne frappe qu'après avoir longuement préparé l'attentat.

Le dément précocé, longtemps passif, au point de donner à sa famille l'illusion d'une guérison complète, présente de brusques réveils d'activité physique et mentale, pendant lesquels, si c'est un paranoïaque ou un hébéphrénique, il se révèle dangereux pour le personnel infirmier et le chef de service.

Il en est de même du *débile simple* et de *l'imbécile*, dont on ne se défie pas assez, parce qu'ils se

montrent, en général, calmes et inoffensifs. C'est, quelquefois, longtemps après leur internement, alors qu'ils semblent cristallisés dans la routine de la vie d'asile, qu'ils se révèlent dangereux.

Il en est de même encore du *paralytique général* et du *maniaque*. Le paralytique général, souvent bienveillant, expansif et généreux, est sujet à de brusques variations de l'humeur qui exposent l'entourage à des réactions violentes.

Quant au *maniaque* agité et au *dément sénile*, parce qu'ils sont bruyants et parce que leur agitation, même lorsqu'ils font des menaces, semble toute superficielle, mécanique et désordonnée, on ne s'émeut pas de leurs injures et de leurs violences. Nul ne peut prévoir si, un jour, ils ne meurtriront pas le médecin ou ses infirmiers.

Il faut craindre les réactions des *hypocondriaques*. Parce qu'ils paraissent surtout préoccupés de leur santé et du fonctionnement de leurs organes, on ne se défie pas. Lorsqu'ils en arrivent à se croire persécutés, ils choisissent presque toujours le médecin comme l'auteur de leurs maux, et ils le poursuivent de menaces qu'ils arrivent à réaliser, ainsi que l'a démontré le meurtre du Professeur Guignard. Même le *simulateur* peut devenir meurtrier, quand il se voit démasqué, ainsi que l'a prouvé un attentat récent sur un de nos collègues, à la Prison de la Santé.

Bref, tous les aliénés, à une certaine période de leur psychose, doivent être surveillés, par crainte d'une tentative de meurtre sur ceux qui les soignent.

Jusqu'après sa sortie, l'aliéné est, parfois, un danger pour le médecin qui l'a maintenu à l'asile, alors que ce médecin a obtenu la mise en liberté du

malade. N'est-ce pas dans ces conditions que le D^r M... a été frappé, sur le seuil de sa maison, d'une balle de revolver à la nuque, par un aliéné, qu'il avait libéré deux mois auparavant ? Tout récemment, la Direction de l'Hygiène au Ministère, la Préfecture de la Seine et la Préfecture de Police ont été alertées par la famille d'un alcoolique, sorti de mon service depuis trois mois. Pendant un accès d'onirisme, cet homme, par ailleurs calme, lucide et inoffensif quand il avait été libéré, avait pris un revolver avec un chargeur garni, déclarant à sa femme qu'il se rendait à Ville-Evrard pour me tuer. Le surlendemain, il était arrêté et est interné à Villejuif, mais il a effrayé, pendant deux jours, son entourage et inquiété ma famille, les deux Préfectures et le Ministère qui m'ont fait surveiller et suivre dans Paris par un agent de la sûreté.

Et les parents de nos malades ? Peut-on compter sur leur prévoyance pour éviter un attentat ? Ce sont les visiteurs de l'aliéné qui, à Toulouse, avaient apporté à ce malade le revolver avec lequel il a blessé notre collègue.

Dans tous les asiles, après les visites des familles, le jeudi et le dimanche, quand on fouille les aliénés visités, il n'est pas rare qu'on trouve dans leurs vêtements des instruments dangereux : ciseaux, rasoirs, couteaux, tranchets de cordonnier, sans parler des bouteilles d'alcool et des médicaments toxiques apportés en cachette et soigneusement dissimulés.

Il arrive aussi que, pendant l'internement et après la sortie, conseillés par un homme d'affaires plus intéressé que scrupuleux, le malade et ses parents se retournent contre l'aliéniste pour lui intenter un procès en séquestration arbitraire, même si la

famille a sollicité l'entrée à l'asile. Lorsqu'il est actionné après la libération, ce procès, le malade et sa famille en ont conçu le projet, au cours de l'hospitalisation.

C'est pourquoi, son concours passé, aussitôt qu'il est titulaire d'un poste, le médecin d'asile doit songer à se défendre contre les risques professionnels.

Quels sont ses moyens de défense ? D'abord, *appartenir aux différents groupements corporatifs* qui réunissent la majorité des médecins des asiles de France, et, ensuite, *prendre une assurance médicale* (1). Ces deux garanties sont un complément du recours que doit trouver l'aliéniste auprès du Ministère, de la Préfecture et du Conseil général de son département.

Dans tous les cas, s'il veut être défendu, il faut que le médecin n'ait pas commis de lourdes erreurs ou des fautes professionnelles graves.

Cette exception écartée, n'oublions pas que l'Etat exige de l'aliéniste de multiples qualités. Après qu'il a obtenu son titre par un concours difficile et démontré qu'il est digne de sa fonction, par ses connaissances techniques et scientifiques, les familles d'aliénés et les différentes juridictions lui demandent de faire la preuve qu'il n'est pas inférieur à son titre de chef de service. On ne lui pardonnerait pas de manquer de *jugement*, de *conscience*, c'est-à-dire de la notion du devoir et du sentiment intime de la moralité de ses actes avec la responsabilité que ces actes entraînent, de *fermeté de caractère* et d'*autorité*.

Si, par surcroît, au cours de sa carrière, le psy-

(1) Parmi les Compagnies d'Assurances, c'est le « Sou médical » qui présente le plus de garanties pour les médecins.

chiatre s'est toujours montré prudent, patient, homme de sang-froid, il peut être fier de la mission qu'il accomplit sans défaillance ni faute professionnelle, et c'est là sa meilleure garantie contre un accident le plus souvent inévitable. Mais, s'il se produit, cet accident, ou si une poursuite judiciaire survient, le médecin d'asile, à juste titre, revendique le droit d'être protégé et indemnisé, sans restrictions, par la société qu'il défend lui-même, chaque jour, dans son service, avec toute son énergie et son dévouement.

A. RODIET,
Médecin de l'asile de Ville-Evrard.

AUTISME ET VIE INTÉRIEURE (1)

par N. SENGES

« Les Schizophrènes les plus avancés qui n'ont aucun rapport avec l'ambiance, vivent dans un monde qui n'est qu'à eux. Ils s'y sont enfermés, pour ainsi dire, avec leurs désirs qu'ils imaginent réalisés ou avec la souffrance résultant des persécutions dont ils se croient victimes. Ils limitent leur contact avec le monde extérieur au strict minimum. Nous appelons autisme ce détachement de la réalité, accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure. »

C'est ainsi que s'exprime Bleuler dans son traité, cité par M. Minkowski dans son livre sur la schizophrénie. Cette assimilation de l'autisme à la vie intérieure a de quoi surprendre. Elle nous paraît procéder d'une conception de la vie intérieure un peu spéciale et on peut se demander si la vie intérieure ainsi comprise mérite bien cette appellation. Vie intérieure, a, dans le langage courant, un sens qui n'a rien de péjoratif ni de pathologique en soi et ce terme recouvre des réalités psychologiques diverses et souvent complexes. Avant d'assimiler l'autisme à la vie intérieure, il conviendrait de préciser ce qu'on entend, au préalable, par vie intérieure. Il est certain que, si on admet que toutes les formes d'intériorisation psychique avec détachement temporaire ou habituel de l'activité pragmatique, sont des formes de vie intérieure, il est permis d'assimiler l'autisme du schizophrène à une sorte de vie intérieure. Mais il convient de se demander s'il n'y a pas là une confusion et si on n'applique pas à des activités fort différentes une

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique, séance de mai 1929.

appellation de sens indéterminé, vague et, en cela, capable de recouvrir des réalités psychologiques, dont le mécanisme, la nature et le contenu sont essentiellement différents. Dans le commentaire que M. Minkowski donne de la conception Bleulérienne, il s'exprime ainsi : « Nous appelons la pensée qui ne cherche plus à s'adapter à la réalité et qui au contraire est détournée de celle-ci, pensée autiste : nous l'opposons à la forme ordinaire de la pensée, à la « pensée réaliste qui, elle, au contraire, est toujours déterminée par les exigences de la réalité et cherche, de ce fait, à atteindre, en fin de compte, le maximum de valeur pragmatique... La pensée autiste ne cherche plus, ni à être communiquée aux autres d'une façon compréhensible, ni à diriger notre conduite, conformément aux exigences de la réalité. » Ces quelques lignes et les pages qui suivent ne laissent aucun doute sur la nature de l'autisme, tel que le conçoit l'auteur. Il s'agit d'une vie intérieure très spéciale, — non seulement isolée de la vie pratique, — mais encore de la vie psychologique normale. Une pensée qui ne cherche plus à être communiquée aux autres d'une façon compréhensible, n'est plus une pensée normale, le propre de la vie sociale étant la possibilité des échanges psychologiques entre les hommes. Nous voyons déjà que l'autisme ainsi compris est une forme de « vie intérieure » ou d'intériorisation très spéciale, une sorte d'enkystement ou d'isolement d'une vie psychologique qui n'est plus en communion avec le reste des hommes. Bleuler définit cette pensée : « une pensée qui ne tient pas compte de la réalité ou en dévie ». On peut se demander si cette dernière définition permet de délimiter suffisamment un groupe de phénomènes pathologiques et de les différencier des phénomènes normaux et surnormaux. Nous voulons opposer à l'autisme, forme dégradée de la vie intérieure, dont il mérite à peine le nom, d'autres formes de vie intérieure qui se rattachent aux états normaux ou constituent des états supérieurs. Toutes ces formes de vie intérieure ont des caractères psychologiques communs et diffèrent profondément par leur mécanisme, de l'intériorisation du schizo-

phrène. Nous entendons, par vie intérieure, une vie psychologique qui s'oppose à la vie psychologique commune orientée vers des fins pratiques et sociales. L'homme vit d'abord en société. Par la parole, par ses actes, par ses écrits, il extériorise plus ou moins sa vie personnelle et il l'a fait entrer, il l'insère dans la vie sociale de son groupe. Mais, quand il a pensé, quand il a agi pour son groupe ou pour la Société, il peut lui rester un domaine personnel réservé, dans lequel il se retire, soit pour goûter du repos, soit pour réfléchir, soit pour faire l'analyse de lui-même, bref, il s'isole pour méditer, se reposer ou rêver, suivant son tempérament personnel. Il perd momentanément le contact avec le réel social. Il détend son attention à la vie. Suivant qu'il est actif ou passif, il rêve sans but ou il médite, pour renouveler, rajeunir, perfectionner sa vie psychologique ou morale. Cette vie intérieure, passagère, de courte durée chez les hommes normaux voués à une activité sociale, prend, suivant les âges, les sexes, les caractères, et certaines dispositions innées exceptionnelles, une forme différente, par son intensité, son contenu ou son but. Voyons d'abord la vie intérieure des adolescents et de certains enfants. Sully-Prudhomme, dans des vers délicats, a parlé de ces enfants réservés, timides, un peu efféminés, qui se réfugient en eux-mêmes pour fuir les contacts avec la réalité prosaïque ou brutale qui les blesse. Ces hyperesthésiques, ces enfants tendres et rêveurs, dont il a été lui-même, je crois, le type, sont des sensitifs qu'un rien effarouche et blesse. Emotifs, timides, ils peuvent trouver, dans la poésie, dans les œuvres d'imagination, dans les livres, dans la rêverie sentimentale et parfois dans des amours infantiles insoupçonnées, de merveilleuses compensations. Ils vivent d'une « vie de rêve », et ils tissent autour d'eux, un voile qui les isole de la réalité ambiante. Sans doute, un tempérament aussi impressionnable réserve à ces enfants une existence dont les épisodes névropathiques ne seront peut-être pas exclus. Toutefois, il n'en est pas nécessairement ainsi. En tous cas, l'isolement dans lequel ils vivent, la vie imaginative et la vie intérieure qui

est leur précieux domaine réservé, témoignent en eux de l'existence d'une affectivité fort riche. Le mécanisme psychologique de leur vie intérieure ne procède pas d'un désintérêt affectif, d'une perte de contact avec la réalité, mais au contraire d'une grande richesse sentimentale, d'une émotivité et d'une timidité qui les isolent du milieu immédiat, mais les font vibrer intérieurement au contact des hommes. Ce sont des hyperesthésiques qui rentrent dans leur coquille et se réfugient dans leur monde intérieur. « L'enfance est trop dure pour eux. »

L'adolescence proprement dite est une période de suractivité imaginative et de vie intérieure, sous la forme de rêves de puissance, d'amour, de richesse, de domination, qui est pour ainsi dire physiologique. L'intégration de cette poussée idéo-affective et imaginative, à la personnalité définitive, s'accomplit plus ou moins normalement suivant les sujets. L'intensité de cette vie psychologique et sa qualité est également très différente suivant les adolescents, et elle prend une forme et un contenu différents chez le jeune homme ou la jeune fille. Mais sans nous étendre davantage sur un sujet qui nécessiterait un très long développement, nous savons que cette activité, en quelque sorte organisatrice d'une personnalité nouvelle, fait place progressivement, chez les sujets normaux, à l'attention à la vie au fur et à mesure que s'effectuent les adaptations nécessaires à la vie sociale. Le contact affectif avec l'ambiance doit toujours rester normal ou possible chez l'individu sain ou peu taré, et le passage de la vie imaginative à la vie réelle s'effectuer sans perturbations durables ou profondes. Cette vie imaginative est d'une richesse fort variable suivant les sujets. L'étude de la forme de la vie intérieure et de la vie imaginative chez les adolescents permettrait, sans doute, de les classer dès cette époque et de prévoir dans une certaine mesure leur attitude ultérieure devant la vie. Si la vie imaginative des adolescents est la règle, la vie intérieure véritable est sans doute beaucoup plus rare. La vie intérieure est faite autant d'éléments affectifs que d'éléments imaginatifs et elle

s'accompagne, dans les cas complets, de réflexion et de travail de l'esprit. La vie intérieure véritable isole moins l'individu du milieu social — entendu dans son sens le plus large — que la vie purement imaginative. Une vie intérieure active se nourrit d'autre chose que de rêveries romanesques ou sentimentales. Cette forme « d'intériorisation » s'observera le plus souvent chez les timides intelligents et les émotifs qui ont des besoins affectifs à satisfaire, et qui sont isolés par leur timidité de la réalité. Mais dans tous ces cas, tant que l'isolement dans le rêve ou la vie intérieure, tant que les rêveries de ces adolescents s'accompagneront de complexes idéo-affectifs normaux ou même de réactions hyperémotionnelles passagères, sans désintérêt pour la réalité sociale ou le développement personnel, nous aurons affaire à autre chose qu'à de l'autisme et qu'à des rêveries, symptomatiques d'une dissociation psychologique conduisant à la schizophrénie. A côté de ces formes, en quelque sorte physiologiques, de la vie intérieure ou des formes situées sur les confins de la psychopathologie émotionnelle, il y aurait à étudier la vie intérieure consciente et réfléchie des philosophes, des psychologues ou des écrivains orientés vers l'introspection par suite de dispositions psychologiques particulières. Certains esprits, tournés vers l'étude de leurs états de conscience ou de leurs états d'âme, peuvent vivre intensément d'une vie intérieure. Ils sont plus ou moins détachés du réel pragmatique ou lui accordent une minime importance. Toutefois, dans ces cas, la perception du réel social est juste, ou suffisante, et est assurée — non seulement par l'existence de contacts affectifs normaux — mais par des échanges intellectuels souvent fort riches. On atteint ainsi certaines formes du travail intellectuel, de la méditation, de la recherche désintéressée dont les auteurs, plus ou moins détachés de la réalité pragmatique, travaillent dans l'isolement ou la retraite à créer de nouvelles valeurs ou de nouvelles œuvres. Ce détachement de la vie pragmatique a été, dans une certaine mesure, celui de Descartes, en tout cas celui de Spinoza, et, à un moindre degré, celui de Kant. Il est vrai

que ce sont tous trois des philosophes, c'est-à-dire des hommes travaillant, en dernière analyse, sur des concepts ou des idées. Mais l'on pourrait retrouver le même détachement des fins pragmatiques de la vie chez un certain nombre de savants, d'écrivains ou d'artistes, pour lesquels l'œuvre à faire, à réaliser passe avant le succès immédiat ou l'action.

La vie intérieure des mystiques a fait l'objet d'études que nous n'avons pas eu l'occasion d'approfondir. Mais nous croyons que les conditions psychologiques de la vie mystique ne démentiraient pas notre conception de la vie intérieure. Fuir la vie commune pour vivre en Dieu ou rechercher l'extase suppose des conditions psychologiques spéciales qui peuvent, dans certains cas, s'apparenter de très près aux phénomènes psychopathologiques, mais nous pensons que la vie mystique véritable suppose la persistance ou l'intégrité de complexes idéo-affectifs, que les vrais malades ne possèdent pas. Certains mystiques ont été d'ailleurs de grands actifs, comme sainte Thérèse, et il est permis de croire que les élans mystiques véritables supposent une vie affective et émotionnelle particulièrement riche.

Chez les grands rêveurs romantiques, chez J.-J. Rousseau, chez Chateaubriand et leurs successeurs, la richesse de la vie imaginative et sentimentale traduit avec génie ce qui existe plus ou moins confusément dans les âmes de leurs contemporains. D'où leur prodigieux succès. Les *Réveries du Promeneur solitaire* ne sont pas isolées de la vie..... La vie pragmatique ne constitue pas toute l'existence des hommes. Les créateurs dans tous les ordres agrandissent notre conception intellectuelle, morale, sentimentale de la réalité mouvante. Ils ne se sont détachés momentanément du réel tel que le concevaient ou le sentaient leurs contemporains que pour y ajouter.



Dans tous les cas que nous venons d'envisager, la perte du contact avec la réalité est transitoire, consciente. Elle constitue tantôt un refuge dans la

rêverie, une détente émotionnelle et affective chez l'enfant timide et émotif ; tantôt chez l'adolescent, par un mécanisme compensateur, une libération imaginative de complexes nouveaux appelés à la conscience au moment de la puberté, complexes qui devront s'intégrer dans la personnalité nouvelle et créer chez elle des instincts nouveaux. Chez les psychologues épris d'introspection, elle constitue une attitude active, mise au service de dispositions personnelles plus ou moins riches, pour l'étude des états de conscience. « Les données immédiates de la conscience » de Bergson sont certainement le fruit d'une longue méditation ; chez les mystiques, une attitude pour atteindre une réalité supra-sensible par la recherche d'un état d'âme spécial, d'un état de grâce que nous ne pouvons définir. Quoi qu'il en soit, ces états normaux ou surnormaux sont tous caractérisés par la persistance habituelle, ou la suspension temporaire, des contacts affectifs avec la réalité sociale, et la possibilité de communiquer avec cette réalité, de s'en émouvoir, de s'en isoler ou de s'y replonger à volonté. En aucun cas, la perte de contact n'est de longue durée ; elle est consciente, constituant tantôt un refuge, tantôt une échappée imaginative transitoire ; tantôt elle est un acte volontaire. Enfin, elle peut être la recherche d'états surnormaux et elle s'accompagne, chez les grands mystiques, d'une activité pragmatique qui peut être fructueuse et même créatrice.

A la vie intérieure telle que nous l'avons définie et comprise, l'autisme oppose des caractères singulièrement pauvres, pour ainsi dire rétractés et vraiment isolés de la vie.

Autisme signifie, de l'avis même des auteurs qui l'ont décrit, intériorisation passive, pensée inadaptée à la vie, incapacité de communiquer avec les hommes. Il est évident que l'appellation de vie intérieure prend alors un sens restreint, négatif en quelque sorte et ne s'applique qu'aux formes inférieures et pathologiques de la vie psychologique détachée du réel. L'activité imaginative, le monde fermé dans lequel se meut le schizophrène devient synonyme d'enkystement intel-

lectuel. Ainsi, on rejoint la conception en quelque sorte classique de l'affaiblissement intellectuel chez les déments précoces. On a simplement mis l'accent sur ce fait que par delà les modifications objectives de la psychose, il existe une vie mentale résiduelle ou délirante dans laquelle on s'efforce de pénétrer. Cet essai d'analyse de ce qu'est la psychose pour le malade qui en est la victime passive est certes d'un grand intérêt psychologique. Elle permet d'étudier la superstructure en quelque sorte de la psychose et le roman individuel d'une personnalité réduite, qui se renferme dans un isolement complet et paraît se réfugier dans la maladie. Cette personnalité résiduelle vit sur un vieux fonds de souvenirs, sur des tendances préformées avec lesquelles elle échafaude des constructions imaginatives plus ou moins cohérentes. Le malade vit une « vie de rêve », mais toute action effective sur le réel lui demeure interdite. Le rêve du schizophrène, isolé de la vie, ne pourra jamais être communiqué aux hommes, alors que la méditation ou le journal du psychasthénique, isolé lui aussi du réel, mais par un mécanisme psychologique fort différent, peuvent avoir une grande valeur littéraire ou sentimentale. Amiel est un exemple célèbre d'un psychasthénique dépersonnalisé dont l'œuvre est d'une haute valeur. Peut-être pourrait-on parler à ce sujet du *Journal* d'Eugénie de Guérin, du poète du *Cœur Solitaire* et du *Semeur de Cendres*. D'autres psychasthéniques plus obscurs, dont le Journal est parfois révélé, extériorisent des rêveries ou des plaintes fort cohérentes et montrent un sentiment de l'analyse et de l'introspection des plus aigus. L'on trouverait tous les degrés, depuis le Journal ou l'autobiographie sans valeur jusqu'aux œuvres des grands rêveurs romantiques. Ce bref aperçu montre qu'il existe au moins deux formes de vie intérieure qui peuvent puiser leurs racines dans des éléments pathologiques, mais l'une aboutit toujours à la stérilité et l'autre peut conduire à des œuvres de génie. La conception de la schizophrénie, si elle n'était pas limitée, matérialisée en quelque sorte par ce que nous savons des caractères objectifs de la maladie, ne courrait-elle pas le risque

d'englober des affections mentales d'étiologie, de mécanisme et de pronostic différents dans une synthèse unique ? Le critère de « la perte du contact vital avec la réalité », de la perte de l'élan vital a-t-il toute la précision et la clarté nécessaires pour délimiter un type clinique et même une famille de tempéraments morbides ? L'analyse du psychasthénique, du douteur, de l'obsédé, de la constitution émotive, de la rêverie normale, la psychologie du mystique montreraient comment et pour quelles raisons fort différentes le contact avec la réalité peut être suspendu ou perturbé. L'asthénique, malade de l'énergie, n'a-t-il pas perdu le contact vital avec la réalité pragmatique qui lui apparaît voilée de brume ? Pourquoi ne dit-on pas que ce malade a perdu le contact vital, si ce n'est à cause de la persistance des liens émotionnels et affectifs avec ses semblables ? Si on englobait dans le même cadre clinique des affections diverses parce que l'analyse paraît avoir montré des éléments communs dans leur constitution, aurait-on pu, dans le domaine de la pathologie générale, différencier, par exemple, la tumeur blanche tuberculeuse des autres formes d'arthrite chronique ? N'est-ce pas la clinique qui a permis à Villemin d'isoler la tuberculose des inflammations chroniques que l'analyse microscopique aurait permis de rapprocher ? Et encore notre comparaison n'est-elle peut-être pas complètement juste. En effet, l'analyse psychologique démontre précisément que la perte du contact avec la réalité qui caractérise à certains points de vue la schizophrénie, est due à des causes psychologiques essentiellement différentes de la perte du sens du réel chez le psychasthénique. La clinique démontre que la pathologie énergétique et émotionnelle est fort différente de la pathologie de la discordance et du désintérêt affectif. Nous pensons qu'il ne peut y avoir de vie intérieure véritable sans la persistance de contacts affectifs normaux ou l'existence de contacts affectifs hyperesthésiques avec la réalité sociale. La vie intérieure du schizophrène est une vie intérieure passive, faite de résidus imaginatifs ou mnésiques. Cette vie intérieure est beaucoup plus automatique que volon-

taire et elle constitue un sous-produit de l'activité psychologique. Le malade ne se réfugie pas dans sa psychose pour se soustraire au contact de la réalité, mais parce qu'il a perdu les fonctions mentales d'adaptation au réel par suite de sa dissociation psychologique et de la perte du tonus affectif normal. Autisme devient alors synonyme d'intériorisation passive. C'est ce qu'admet d'ailleurs parfaitement M. Minkowski dans son livre sur la schizophrénie. Il ne faut donc pas assimiler autisme et vie intérieure. Une activité imaginative substitutive qui construit un monde imaginaire ou romanesque ne peut constituer — même chez l'adulte normal — une véritable vie intérieure. La poussée imaginative de l'adolescence, même si on la suppose extrêmement riche, ne peut constituer à elle seule la vie intérieure telle que nous la concevons. « Se monter l'imagination », suivant une expression un peu vulgaire, n'a jamais été considéré comme le signe d'une véritable richesse intérieure et le fruit d'une vie mentale particulièrement riche. Une vie intérieure véritable ne se conçoit pas sans des éléments intellectuels ou affectifs normaux, c'est-à-dire puisant leurs racines dans la vie sociale, ou capables de s'insérer un jour dans la vie sociale, sous une forme ou sous une autre. Une rétention affective, une richesse intellectuelle en désaccord avec des conditions d'existence déterminée peuvent fort bien se projeter en vie intérieure soustraite au contrôle et à l'action perturbatrice d'une réalité à laquelle le sujet n'est point adapté. Mais un sujet de ce genre possède des tendances et des désirs qui s'efforceront de trouver une échappatoire et une issue à une vie intérieure comprimée, exaltée par le milieu et les circonstances. Cette vie intérieure n'est en réalité, dans son intensité, qu'une vie intérieure occasionnelle et en quelque sorte compensatrice. L'adolescence de quelques enfants remarquables présente quelquefois des phénomènes transitoires de cet ordre. Un grand poète anglais, Elisabeth Barrett Browning, raconte, dans un de ses livres, l'exaltation imaginative et romanesque, la poussée vitale, affective et intellectuelle qui, l'isolant dans son rêve, la faisait paraître

étrangère et comme folle aux yeux d'une vieille gouvernante rigide qui ne comprenait rien à la croissance merveilleuse d'un enfant exceptionnellement doué. L'enfant se réfugiait en cachette au milieu des livres et là trouvait enfin une pâture à ses besoins imaginatifs, poétiques, intellectuels. C'était une véritable ivresse et la découverte d'un monde infini, infiniment plus grand et plus beau que le monde des apparences immédiates. Ici, il y a perte de contact momentané avec une réalité étroite, évasion vers une réalité plus grande, par la découverte d'un monde agrandi par le génie des hommes. On voit donc que le mécanisme de cet état de rêverie, d'exaltation affective et imaginative, de vie intérieure, n'a rien de commun avec le mécanisme de l'autisme, et de la perte du contact vital avec la réalité, qui caractérise le schizophrène.

« Perte de contact vital avec la réalité » et vie intérieure sont deux termes contradictoires. S'il y a suppression ou diminution des échanges avec le milieu, le résultat est la stagnation de la vie mentale, son appauvrissement progressif. L'apparence de vie intérieure qui subsiste chez les schizophrènes n'est qu'un dialogue monotone et stéréotypé avec une personnalité réduite, un résidu d'une vie psychologique plus riche, où surgissent, grâce à la mémoire, phénomène biologique, des éléments primaires que la conscience n'arrive plus à coordonner. Les schizophrènes ont, comme tous les malades de l'esprit, une vie mentale proportionnelle à ce qui subsiste chez eux de fonctions psychologiques normales, c'est-à-dire qu'ils peuvent avoir une vie intérieure dans la mesure où ils se rapprochent davantage de l'état normal. Mais la vie intérieure ne caractérise pas plus la schizophrénie que toute autre forme clinique. Le schizophrène n'extériorise pas parce qu'il se réfugie « dans la maladie », mais parce que les images mentales, les idées qu'il possède ont perdu leur caractère complet. Il n'extériorise pas parce qu'il est appauvri, diminué. Il tourne dans un cercle restreint, il est sur la voie de l'affaiblissement mental et, au fond, de la démence. Que les caractères psychologiques de cette démence soient particuliers, que la schizophrénie

diffère psychologiquement des autres formes de démence, c'est un fait bien connu, admis de tous. Mais les caractères cliniques et psychologiques de cet affaiblissement de l'intelligence ne permettent nullement d'attribuer au schizophrène une sorte de vie intérieure où il s'isolerait du monde, pour échapper aux déboires et aux difficultés de la vie pratique. Dans la ruine ou la diminution de l'intelligence subsistent évidemment des tendances, des désirs, des complexes préformés qui tiennent au caractère. L'imagination, qui n'est plus freinée en quelque sorte par la réflexion et l'adaptation au réel, s'émancipe ; c'est encore le signe d'une libération qui défait la personnalité. Le paralytique général, qui délire sur un thème mégalomane, délire avec des tendances probablement préformées et des désirs de richesse communs à tous les hommes. Mais il n'extériorise ses tendances et ses désirs, en quelque sorte monstrueux, que parce qu'il a perdu tout contrôle et qu'il est sur la voie de la démence. Cette démence a des caractères psychologiques évidemment fort différents de la dissociation schizophrénique, puisque c'est une démence massive, globale, dont l'évolution spontanée est généralement très rapide. L'euphorie, le ton émotionnel hypomane qui l'accompagne dans la plupart des cas, suffit à expliquer le caractère communément épanoui du délire et son extériorisation. Pour en revenir aux schizophrènes, nous dirons que ces malades subissent plus qu'ils ne la dirigent une activité psychologique, en quelque sorte automatique. Ils sont incapables d'orienter cette activité, de l'enrichir véritablement par des apports nouveaux. Des combinaisons neuves, conséquences des adaptations incessantes avec le milieu social, leur sont interdites. Leurs images mentales sont passives ou, en tous cas, dénuées de la charge affective normale qui les orienterait vers des combinaisons psychologiques véritablement vivantes. « Le refuge dans la maladie » ne peut s'appliquer qu'aux psychonévroses qui, loin de rompre le contact vital avec la réalité, rendent ce contact plus vif et plus chargé de réactions émotionnelles (psychasthéniques, douteurs, obsédés, etc...). Le contact

avec la réalité est au contraire, dans ces cas, souvent hyperesthésique. Il y a insuffisance dans les mécanismes d'adaptation, mais sentiment aigu de cette insuffisance. Nous opposons donc nettement le cas des psychasthéniques, abouliques, timides, obsédés, émotifs, capables d'une vie intérieure souvent fort riche, aux schizophrènes, malades dissociés par un mécanisme psychologique fort différent, puisque l'élément essentiel de leur psychose est précisément le désintérêt affectif de la réalité. Pour percevoir correctement la réalité sociale dans ses multiples aspects, il faut l'usage de fonctions mentales complexes. Il n'y a d'ailleurs pas une réalité sociale, mais des réalités sociales qui vont depuis la réalité commune, le domaine de l'action immédiate en quelque sorte, jusqu'à des réalités idéales (science, art, littérature, réalité morale). L'existence de ces réalités secondes constitue un réservoir inépuisable et une possibilité indéfinie de renouvellement pour les malades ou les psychasthéniques isolés par leur faiblesse ou leur aboulie de la vie pragmatique.

Le psychasthénique peut présenter des troubles profonds de la fonction du réel immédiat, du réel en quelque sorte physique. Le sentiment de la dépersonnalisation peut lui donner du monde et de lui-même une image profondément troublée, mais il peut apporter une grande pénétration à l'étude des faits intellectuels ou moraux et il peut communiquer souvent d'une façon très riche avec les produits supérieurs et pour ainsi dire sublimés de la réalité sociale. Son asthénie lui interdit souvent l'effort nécessaire pour s'adapter à la vie commune et s'imposer, car on s'impose autant par sa volonté que par son intelligence. Mais sur le plan des réalités scientifiques, littéraires, artistiques, le psychasthénique pourra réaliser parfois la meilleure partie de lui-même. Encore lui faudra-t-il pour cela une volonté suffisante pour créer. S'il en est dépourvu, il se réfugiera dans sa vie intérieure. Cette vie intérieure ne sera pas nécessairement passive et constituée par des rêveries ou des ruminations psychologiques. Si le psychasthénique est un homme intelligent ou cultivé, il pourra entretenir intellectuellement et affectivement

sa vie intérieure et l'enrichir par des apports nouveaux puisés dans la vie sociale. Sa bibliothèque représentera pour lui le monde. La vie pratique lui est interdite ; la vie idéale lui reste. S'il n'a pas la volonté d'ordonner une œuvre, il rédigera son journal intime. Chaque jour, il ajoutera quelques feuilles à son autobiographie intellectuelle et morale. Amiel, à la vie intérieure si riche, illustre d'une façon exceptionnelle ce que nous venons de dire des psychasthéniques et des dépersonnalisés. Il semble qu'il ne puisse faire l'effort d'ordonner sa pensée et de construire une œuvre en éliminant, en se dévouant à une œuvre objective, à une recherche qui le dépasse. Il ne s'intéresse qu'à lui-même et qu'à son âme et il écrit en d'innombrables pages « Le testament de sa pensée et de son cœur ». Amiel ne sait pas ou ne veut pas arrêter le mouvement de sa pensée, lui assigner des limites, un plan, un but défini. Dépersonnalisé, il tend à se perdre dans l'absolu et à se dissoudre dans le Cosmos. Il aboutit à contempler l'intarissable écoulement des choses dans le miroir des apparences. Il conçoit sa pensée et l'être universel comme un jaillissement continu d'états de conscience fondus les uns dans les autres ou de phénomènes kaléidoscopiques qui vont se perdre aussitôt dans le néant. Il y a dans cette pensée des analogies psychologiques avec la pensée bergsonienne. Mais Bergson a édifié une métaphysique basée sur la conception du jaillissement intarissable de la vie, au lieu de vivre dans la contemplation. Il a abouti à une métaphysique de l'évolution créatrice, alors qu'Amiel assiste en spectateur, en quelque sorte désabusé, à l'écoulement de sa propre vie. Mais il a fait, malgré tout, dans son Journal, une œuvre cohérente et belle. Dénudé de force et de volonté, Amiel avait en lui l'étoffe d'un homme de génie. Bien différents de ces rêveurs petits ou grands qui ont consigné leurs sentiments dans d'obscurs carnets ou sur des feuilles qui ont fait leur chemin dans le monde, sont les schizophrènes isolés de la vie par une dissociation psychologique qui les rend étrangers au commerce des hommes. Le schizophrène est isolé du réel, non par le trouble de ses

perceptions élémentaires, non par son asthénie ou par son aboulie, mais parce qu'il est privé de ce *coefficient affectif*, de ces désirs, de ces passions, de cette vie instinctive et affective qui est la trame de notre vie psychologique, trame sur laquelle reposent nos états de conscience et qui est le fonds solide qui se rattache à la vie émotionnelle et dynamique. Alors, il lui reste une vie psychologique résiduelle qui, ne se renouvelant plus par des échanges avec le milieu social, s'isole, s'appauvrit et tourne à l'activité imaginative stérile ou au délire stéréotypé. Tant qu'il vit sur un vieux fonds de souvenirs, de lectures, de connaissances anciennes, le schizophrène peut donner l'illusion de vivre intérioriquement et de se réfugier dans sa psychose pour y vivre dans une sorte de rêve. Mais il ne vit pas longtemps dans un rêve cohérent qui prolongerait en quelque sorte le réel et constituerait pour lui une sorte de détente imaginative où il échafauderait des châteaux en Espagne. Ce mécanisme constitue peut-être une période transitoire de la psychose et une voie d'entrée dans le domaine de la schizophrénie confirmée. Mais quand le schizophrène a fermé en quelque sorte la porte sur la réalité et qu'il prétend s'entourer d'un mur derrière lequel il se passerait quelque chose, nous devenons sceptiques. S'il vit alors dans une sorte de rêve, le schizophrène vit désormais dans un monde qui n'a plus rien de commun avec la pensée des hommes.

Il existe donc entre l'autisme et la vie intérieure des différences essentielles. Entre toutes les formes de la vie intérieure, depuis les formes transitoires de l'adolescence, en passant par les formes qui se développent sur le terrain de la déséquilibration affective ou émotionnelle pour aboutir aux insuffisances psychologiques de l'adaptation au réel constatées chez le psychasthénique, jusqu'aux formes supérieures de la rêverie ou de la méditation, il existe des éléments communs qui sont constitués par la conservation des contacts affectifs ou émotionnels avec la réalité. Une vie intérieure comme celle du psychasthénique, perturbée par les troubles de la perception du monde extérieur et par les troubles cénesthésiques qui modifient plus ou moins gravement

le sentiment de la personnalité, cette vie intérieure possède encore des éléments psychologiques qui la rattachent à la pensée et à l'existence des hommes. Le sentiment de la perception incomplète ou profondément modifiée du réel s'accompagne, chez le psychasthénique, de la conscience de cette insuffisance et de cette incomplétude. Il n'y a pas chez lui de dissociation entre le sentiment et l'idée, il n'y a pas de désagrégation idéo-affective, mais influence réciproque de l'idée sur le sentiment et du sentiment sur l'idée. Une perception confuse s'accompagne chez lui d'un sentiment d'étrangeté du monde extérieur, de dépersonnalisation ; mais si ces troubles isolent le malade comme dans une sorte de brouillard, le contact idéal existe encore entre la personnalité et le milieu. Ce contact existe par l'intermédiaire du sentiment, par l'émotion, par l'angoisse, par la sensation consciente de l'étrangeté même de l'existence qui lui est faite. Le psychasthénique souffre, demande des consolations, des apaisements, une direction psychologique ou morale. Il sait qu'il n'est pas normal. Il est obsédé, douteur, scrupuleux, aboulique, dépersonnalisé ; il n'est jamais indifférent. Nous saisissons là la différence fondamentale qui sépare, en réalité, l'autisme du schizophrène, de l'intériorisation affective ou émotionnelle des psychasthéniques. La vie intérieure n'est pas interdite à de pareils malades ; on trouve parfois parmi eux de grands rêveurs, des hommes de talent et peut-être de génie.

Bien différente dans ses causes et dans ses conséquences, est la perte du contact vital du schizophrène avec la réalité. Chez ce dernier, comme dit M. Rogues de Fursac, c'est la molécule psychique elle-même qui est désagrégée, désintégrée. Les complexes idéo-affectifs ne jouent plus leur rôle normal. Entre l'idée, le sentiment et l'action ne subsiste plus aucun lien logique. Chez le psychasthénique, l'action est souvent perturbée ou rendue très difficile par des aboulies, des scrupules ou des ruminations mentales, mais elle est désirée ou redoutée. Elle est pour lui un idéal ou un objet de crainte. Elle ne lui est jamais indifférente. Le

psychasthénique sent cruellement son impuissance. Le schizophrène, au contraire, est dominé par le désintérêt affectif. La dissociation psychologique qui résulte de la perte du tonus émotionnel normal et la rupture des liens idéo-affectifs qui existent normalement entre les perceptions, les sentiments et les désirs, cette dissociation et cette rupture constituent le noyau, l'histologie pathologique, en quelque sorte, de la psychose. La perte du contact vital qui résultera de ce mécanisme présentera donc des caractères psychologiques qui permettent de comprendre comment le malade est vraiment isolé dans sa maladie et ne peut construire en lui une vie intérieure digne de ce nom. Sa personnalité, réduite à des éléments anarchiques, qu'aucun lien vital ne pourra jamais réussir à coordonner, ne peut échafauder qu'une caricature de vie intérieure, dans laquelle se projeteront les éléments dissociés d'une personnalité qui se défait.

DISCUSSION

M. JANET. — Le problème de la pensée intérieure est à l'ordre du jour. Je l'ai traité dans le deuxième volume « De l'angoisse à l'extase » et j'ai montré, comme vient de le soutenir M. Sengès, que l'autisme est différent de la vie intérieure. La vie intérieure n'est pas essentiellement différente de la vie extérieure. Les phénomènes dits internes sont constitués par les mouvements de nos membres, de notre corps, de notre bouche, etc. La pensée intérieure est composée surtout de langage qui est une sorte de mouvement. La différence capitale entre la vie externe et la vie interne est que cette dernière est inaccessible aux autres. Nos actions se font par étapes avec de lents progrès. Quand elles commencent à se former, elles ne sont pas résistantes et seraient vite annihilées par les obstacles extérieurs. Les hommes ont éprouvé le besoin de faire d'abord les actions externes sous une forme invisible. Les projets, les entreprises futures commencent par se former à l'intérieur. C'est ce que j'ai appelé les *conduites du secret* et les *conduites du mensonge*. S'il n'y avait que

cela, la vie intérieure serait en contact avec le réel. Il y a une autre loi d'après laquelle nos actions ne servent pas uniquement au résultat matériel mais elles nous procurent par elles-mêmes une jouissance intérieure (action de jeu). Nous pouvons nous déplacer pour aller à un endroit déterminé ou danser sur place pour éprouver du plaisir. Mais pour l'action de jeu il est utile de dépenser le moins possible d'activité. Dans les jeux des enfants, les coups, les blessures sont supprimés, même quand il s'agit de jeux guerriers ou violents. Cette activité de jeu est le point de départ de la littérature et des arts.

En pratique, un équilibre est nécessaire entre la pensée intérieure et le monde extérieur et notre pensée garde un rapport avec le réel.

Des conditions malades sont nécessaires pour que la vie intérieure évolue sans rapport avec le réel. Ce sont des phénomènes d'asthénie, de faiblesse qui conduisent les malades à des actions purement internes économiques, demandant peu d'énergie et qui constituent une sorte de réduction de dépenses. Mais les malades ne se réfugient pas dans cette forme économique parce qu'ils le veulent bien mais parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. C'est un signe d'épuisement et d'asthénie.

M. MINKOWSKI. — Comme M. Sengès, j'estime qu'on a tort d'identifier l'autisme à l'intériorisation ou à la rêverie. Cette identification est d'ailleurs compréhensible du point de vue historique ; la notion d'autisme, introduite dans la psychopathologie de la schizophrénie en même temps que celle du complexe, se trouva intimement liée à cette dernière notion et devenait ainsi le synonyme de repliement de l'individu sur ses complexes, c'est-à-dire sur sa vie affective intérieure. Ce n'est que progressivement que se fit sentir le besoin de séparer les notions de l'autisme et du complexe. Dans mon livre sur « La schizophrénie », j'ai insisté à plusieurs reprises sur ce point, en étudiant plus particulièrement les différences essentielles qui existaient entre la rêverie normale et la rêverie pathologique des schizophrènes, et en opposant l'autisme pauvre à l'au-

tisme riche. Il importe — et là aussi je ne puis que m'associer à la façon de voir de M. Sengès — de ne pas baser l'interprétation psychopathologique d'une entité clinique sur un phénomène de la vie normale, comme celui de la rêverie ou de l'intériorisation ; l'entité clinique repose toujours sur un déficit caractéristique et c'est ce déficit qu'il s'agit de préciser du point de vue psychopathologique ; l'autisme peut le faire par rapport à la schizophrénie, à condition justement de ne pas être assimilé à l'intériorisation ou à la rêverie de l'individu normal. La discussion qui s'est déroulée ici-même au sujet de la schizomanie a porté, au fond, sur le même point. Les notions d'autisme et de perte de contact vital avec la réalité peuvent évidemment être jugées insuffisantes ; je ne crois pas pourtant — et là je me sépare de M. Sengès — que cela puisse et doive mettre en jeu la valeur de la schizophrénie en tant qu'entité clinique ; la schizophrénie, issue de la démence précoce de Kræpelin, peut fort bien garder ses droits, même si l'interprétation psychopathologique que nous en donnons était sujette à caution ; il ne faut pas oublier, à ce point de vue, que ce ne furent pas les notions d'autisme et de perte de contact vital avec la réalité qui servirent à former la notion clinique de schizophrénie, mais que, au contraire, ce fut cette dernière notion qui nous mena aux deux notions d'ordre psychopathologique dont nous venons de parler. Je crois également qu'il est préférable, justement pour bien mettre en relief la spécificité du processus schizophrénique, d'éviter de parler à son sujet « d'affaiblissement intellectuel » et de réserver ce terme uniquement aux processus mentaux aboutissant à des états de démence vraie.

Sur certaines modifications du Liquide Céphalo-rachidien dans la Confusion mentale la Démence précoce, la Dépression mélancolique

Par A. COURTOIS (1)

Les modifications du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales sont tenues pour exceptionnelles en dehors des affections syphilitiques du névraxe, de l'encéphalite épidémique, des tumeurs cérébrales (qui se manifestent parfois presque exclusivement par une symptomatologie mentale) ou de la sclérose en plaques, qui est bien plus rare.

La pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien de tous les entrants qui acceptent la ponction lombaire nous a montré que pour être rares les modifications du liquide n'étaient pas si exceptionnelles dans les affections formant encore le groupe des psychoses dites essentielles. Et dans ces seuls cas, en moins de 18 mois, parmi les malades que nous avons pu examiner à l'Hôpital Henri-Rousselle, nous avons plus de 50 fois observé des altérations du liquide. La confusion mentale, la démence précoce, la mélancolie anxieuse fournissent les modifications les plus fréquentes. Et aujourd'hui nous n'apporterons qu'une trentaine d'observations résumées, de malades atteints d'une de ces trois affections.

Tous les examens de liquide ont été effectués dans le laboratoire de sérologie du service que dirige le Dr Mutermilch. Nous n'avons retenu pour ce travail que les liquides ne contenant pas de sang même seulement décelable à l'examen microscopique. D'autre part, nous avons pris soin d'éliminer les cas où les sujets avaient

(1) Communication faite à la Société Médico-psychologique, séance du 29 avril 1929.

été déjà ponctionnés récemment, car l'on connaît les modifications habituelles du liquide consécutives à une simple ponction.

Il reste encore à établir, pour parler de liquide pathologique, quelles sont les caractéristiques d'un liquide céphalo-rachidien normal.

Le taux de l'albumine oscille, d'après les auteurs, entre 0,18 et 0,22 (échelle de Mestrezat employée dans le service et qui est plus précise que l'albuminimètre de Sicard et Cantaloube). Avec la majorité des auteurs, nous tenons pour pathologiques les taux d'albumine dépassant 0,30 0/00. Pour ce travail, nous n'avons retenu que des chiffres atteignant et dépassant 0,40 0/00.

Les réactions dites des globulines : Pandy (à l'acide phénique) et Weichbrodt (au sublimé) passent pour être toujours négatives dans un liquide normal. Aussi toute positivité de l'une ou de l'autre des deux réactions peut être tenue pour pathologique. Disons d'ailleurs que lorsqu'elles ne paraissent pas concorder avec les autres résultats, ces deux réactions sont recommencées plusieurs fois et vérifiées, ce qui doit leur faire accorder toute valeur.

Un liquide céphalo-rachidien normal ne contient d'habitude guère plus de 0,5 à 1 leucocyte par millimètre cube, 2 est le chiffre maximum qu'admettent la plupart des auteurs ; de 2 à 5 leucocytes il s'agit déjà d'une lymphocytose légère. Ajoutons que nous n'avons conservé pour ce travail aucun liquide qui présentait comme unique altération appréciable cette seule lymphocytose légère.

Un liquide normal ne donne pas de précipitation du benjoin colloïdal dans les tubes de la zone dite syphilitique, ni dans les cinq derniers tubes, zone dite méningitique. La précipitation se fait habituellement dans les tubes 7, 8 et 9 de la réaction à 15 tubes.

Normalement aucune précipitation ne se produit dans les trois tubes de la réaction à l'élixir parégorique.

Dans aucun de nos cas, les réactions de la syphilis Bordet-Wassermann et Meinicke ont été positives dans le sang. Nous avons de même soigneusement éliminés les malades dans les antécédents de qui était signalée une

infection syphilitique, même non absolument certaine, et muette au point de vue sérologique.

Dans aucun de nos cas non plus, nous n'avons observé un symptôme quelconque permettant de penser à l'encéphalite épidémique. Toutes les fois qu'elle a été recherchée, la glycorachie s'est montrée normale.

**

Quelques cas de lymphocytose rachidienne ont déjà été signalés au cours d'affections mentales aiguës, souvent fébriles, évoluant sous l'aspect clinique de la confusion mentale. Telles sont les observations de Dufour et Brelet (1905) (1), Dufour (1912) (2), Leroy et Cénac (1923) (3), Cénac (1923) (4). Quelques observations signalent des modifications du liquide dans des états mentaux divers et dans les cas qu'il isole sous le nom de « névraxite anxieuse », Targowla en apporte d'autres exemples. Ravaut et Laignel-Lavastine parlent de leucocytose légère ou très légère chez deux mélancoliques (5).

OBSERVATIONS

Confusion mentale. — OBSERVATION I. — Ch. Joséphine, 33 ans, entre dans le service du Dr Marchand, à Villejuif, pour « confusion mentale avec agitation, hallucinations auditives, délire onirique, périodes de stupeur » (Dr Marchand). L'affection remonte à 15 jours environ. Etat demi-stuporeux, lenteur extrême des réponses, le plus souvent : « Je ne sais pas, je ne sais plus », ou mutisme complet. Agitation, refus d'aliments par intervalles. Hallucinations auditives, propos désagréables, entend qu'on va tuer ses

(1) Confusion mentale primitive avec réaction méningée. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Soc. Méd. Hôpitaux* (3 février 1905).

(2) Stupeur avec légère confusion mentale au début de la maladie. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Soc. Méd. Hôpitaux* (17 mai 1912).

(3) Lymphocytose transitoire au début d'une affection mentale récidivante. *Soc. Cl. M. M.* (15 janv. 1923).

(4) Lymphocytose transitoire dans une affection mentale aiguë curable. *Soc. Cl. M. M.* (février 1923).

(5) Les variations en albumine du L. C. R. dans les psychoses. *Soc. Méd. Hôpitaux* (30 juillet 1920).

enfants, qu'on a frappé les siens. Etat narcoleptique diurne avec attitudes catatoniques parfois, surtout la nuit, turbulence, déambulation dans le dortoir, chants.

Basedow léger. Tachycardie. Apyrexie. Pas de troubles des réflexes tendineux. Pas de troubles oculaires, convergence satisfaisante.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Ponction lombaire : albumine, 0,50, Pandy +, Weichbrodt +, leucocytes, 0,8.

Benjoin un peu étendu à droite, 00000.02222.10000. Parégorique, 00-0. Bordet-Wassermann négatif.

L'état confusionnel persiste pendant plusieurs mois, mais avec alternance de périodes d'onirisme avec anxiétés et agitation et de demi-stupeur. 5 mois après l'entrée, la confusion a complètement disparu. C'est alors que s'installe un délire, en partie rétrospectif, de persécution qui avait motivé la présentation de la malade (1).

OBS. II. — V. Elise, 35 ans, arrive le 9 novembre avec le diagnostic d'entrée suivant : bouffée délirante polymorphe avec excitation hypomaniaque.

Depuis un mois environ, confusion, insomnie, hallucinations, dit voir la sainte Vierge, des croix, etc...

Elle achète tout ce qu'elle trouve, emplit ses poches de journaux et d'objets les plus divers. A l'entrée, agitation, délire polymorphe à teinte mystique et érotique, prières, agenouillements. L'agitation augmente rapidement, est continue. Cris, chants, périodes d'anxiété avec pleurs, appels, invocations divines. Ecchymoses sur tout le corps. Violences. Réflexes très vifs. Pas de signes pupillaires. Œdème léger des membres inférieurs.

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang. Liquide céphalo-rachidien : réaction lymphocytaire isolée : 22 éléments par mm³ ; albumines 0,28 ; globulines 0 ; benjoin 00000.01210.00000. B.-W. et Meinicke négatifs. Température : 37°8. Azotémie : 0,52 le 10 novembre.

L'agitation violente et le délire durent 3 jours. Puis la température s'élève à 39°, le refus d'aliments est complet, l'amaigrissement très rapide. Hémoculture : négative. Torpeur le 4^e jour avec cyanose des extrémités, sueurs gluantes, gencives saignantes, lèvres, langue desséchées. La malade meurt le 5^e jour avec une température de 39°3.

(1) L. MARCHAND, J. PICARD et A. COURTOIS. — *Délire de persécution consécutif à une encéphalopathie aiguë.*

222 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

L'azotémie est passée en 4 jours de 0 gr. 52 le 10 à 3 gr. 71 (dans le liquide céphalo-rachidien) le 14, date du décès.

Obs. III. — M. Marguerite, 26 ans, couturière, entre dans le service le 2 novembre pour un état d'agitation anxieuse. Il y a deux ans, elle a présenté une période dépressive avec violentes céphalées et a dû cesser tout travail pendant quelques semaines. Depuis trois jours, elle parle sans cesse et sans suite. Agitation motrice extrême, se roule par terre, chante, crie, appelle au secours. Délire onirique avec zoopsies, fausses reconnaissances, menaces à ceux qui l'approchent. Gestes de défense, dénudation, érotisme, masturbation automatique.

Exagération notable des réflexes tendineux qui sont égaux des deux côtés. 4 ou 5 secousses de clonus du pied. Réflexe cutané plantaire en flexion. Température 38°. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Liquide céphalo-rachidien : tension 38, albumine 0,25, globulines 0, réaction lymphocytaire notable, 12 éléments par mm³. Benjoin : 00000.02220.00000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Azotémie : 0,81.

L'état d'agitation motrice et verbale dure une semaine avec refus complet d'aliments, sécheresse des lèvres et de la langue qui est devenue comme cartonnée. Puis, semi-torpeur avec hypotonie, hyporéflexivité. La température s'élève autour de 39°. L'azotémie est montée rapidement, de 0 gr. 81 le 4, elle atteint 2 gr. 53 le 9, 5 gr. 39 le 12. La malade reste dans un état de torpeur avec sueurs abondantes et visqueuses, pouls incomptable quand, le 13, elle est retirée par la famille. Décès le 15.

Obs. IV. — V. Antoine, 36 ans, entre le 13 octobre 1928 pour un état confusionnel remontant à quelques jours et qui se serait au début accompagné de fièvre.

C'est un blessé de guerre opéré il y a plusieurs années d'une pleurésie purulente consécutive à une plaie de poitrine. Depuis, il présente de temps à autre des périodes fébriles peut-être en rapport avec une bacillose pulmonaire. C'est au cours d'un de ces épisodes actuellement terminé — la température n'a pas dépassé 37°2 pendant tout le séjour du malade — que sont apparus les troubles confusionnels avec délire onirique et hallucinations auditives. Obtusion intellectuelle, semi-mutisme parfois, « je ne sais pas ce qui est arrivé, je ne reconnais plus rien ». On lui dit des

paroles désagréables, on s'intéresse à son sort, on l'encourage. Tantôt on l'empêche de causer ou on l'y oblige. Hostilité, méfiance, craintes d'empoisonnement, réactions violentes, gifle l'infirmière, frappe le personnel. Anxiété, pleurs, idées de suicide, tentatives récentes.

Les réflexes tendineux sont très exagérés. Pas de signes pupillaires, acuité visuelle 10/10, fond d'œil, champ visuel normaux, pas de nystagmus ou de troubles de la convergence.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie, 0,26. Pas de B. K. à l'examen direct des crachats. La ponction lombaire donne un liquide clair : albumine : 0,52 ; Pandy : traces ; Weichbrodt : 0 ; leucocyte : 1. Benjoin : 00000.02222.20000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

L'état mental ne s'améliore pas notablement et le 26 novembre le malade doit être placé ; le certificat signale : obnubilation intellectuelle..., désorientation relative..., onirisme subanxieux... Hallucinations auditives ; violences (Dr R. Dupouy).

Démence précoce. — La démence précoce fournit 14 observations. On remarquera la fréquence de la réaction lymphocytaire, ce qui rapproche du point de vue biologique les deux affections, démence précoce et confusion mentale.

Obs. V. — Ch. Jean, 23 ans, entre le 11 février 1929 dans le service pour un état de dépression chronique installé peu après le retour du service militaire. Incapacité à tout travail depuis deux ans. Instabilité, irritabilité, violences, coups, bris d'objets. Nosophobie : il a toutes les maladies, des douleurs à l'estomac avec digestions pénibles, il a des « globules au cœur », son aorte doit être élargie ; rachialgies, céphalées, crises névropathiques. Idées de persécution. Périodes de mutisme, isolement, opposition, stéréotypies, sourires immotivés. Tentative de suicide. Tics de la face. Apragmatisme sexuel complet. Réflexes tendineux exagérés. Tremblement des doigts. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,15. Ponction lombaire (12 février), tension 35-12, albumine 0,50, Pandy et Weichbrodt : traces, leuco. : 4. Benjoin : 00000.00222.21000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Un traitement arsenical amène une amélioration passagère et le malade peut être rapatrié dans son département.

224 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

OBS. VI. — L. Jean est un jeune homme de 19 ans, entré dans le service le 5 avril 1929 pour mutisme, suggestibilité et stéréotypies (D^r Barbé). Il a toujours été réservé, très doux « comme une fille ». Depuis 3 mois, obnubilation intellectuelle, périodes de mutisme avec opposition et menaces. Attitudes, propos stéréotypés, souvent incohérents. Idées hypocondriaques. Indifférence sexuelle complète. Désintérêt à tout, inactivité, inaffectivité, idées de suicide. Eclats de rire sans motifs. Périodes de torpeur passagère avec cata-tonie. Réflexes exagérés. Pas de signes oculaires, sauf une légère dilatation veineuse à l'examen du fond d'œil. Azotémie : 0,31. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Liquide céphalo-rachidien : tension 37-27, albumine 0,30, globulines 0, lymphocytose isolée : 18 éléments à la cellule de Nageotte (lymphocytes). Benjoin : 00000.00211.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs.

Après 15 jours, une seconde ponction ne révélait plus rien d'anormal. Pas de modifications de l'état mental.

OBS. VII. — D. Charles, 31 ans, entre le 16 août 1928 avec le diagnostic de schizophrénie. Il a toujours préféré la solitude, mais a pu tenir son métier de comptable pendant 10 ans. Depuis quelques mois, il est devenu progressivement incapable de travailler. Il présente des idées de persécution, on lui en veut, tout le monde est changé, on le regarde, on se moque de lui. Tendance à l'isolement, il passe son temps à lire et à des rêveries imaginatives. Il a rompu des fiançailles parce que sa fiancée était changée. Inaffectivité vis-à-vis des siens ; indifférence sexuelle. Inquiétude avec périodes passagères d'anxiété. Quelques idées hypocondriaques. Pâleur, amaigrissement, hyperhydrose palmaire. Hyperréflexivité tendineuse. Pas de signes oculaires. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Urines normales. Azotémie : 0,93 à l'entrée.

Liquide céphalo-rachidien : tension 41-31 ; albumine 0,42 ; globulines : 0 ; leucocytes : 22 ; benjoin : 00000.12222. 00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Après un séjour de 4 semaines, le malade sort légèrement amélioré.

OBS. VIII. — H. Benjamin, 20 ans, est un jeune Russe, chassé par la révolution, qui finissait en France des études de chimie lorsqu'il y a un an environ il est devenu petit à petit incapable de tout effort intellectuel. En même temps, il est taciturne, se tient à l'écart de ses anciens camarades et des membres de sa famille. Bientôt l'état d'inertie avec

indifférence s'accuse, il passe la majeure partie du temps au lit. Il rit sans motif, s'alimente gloutonnement, « comme une bête », nous dit son oncle qui l'héberge, ou bien refuse toute nourriture.

Il a des idées délirantes, croit qu'on le poursuit dans la rue, qu'on lui en veut, que la police est à ses trousses, et des idées hypocondriaques, se plaint constamment de maux de tête, de douleurs dans les yeux. Manœuvres d'onanisme répétées.

A l'examen, on le trouve opposant, ne répondant qu'à voix basse et à côté aux questions qu'on lui pose. Il sourit sans motif, a des tics de la face. Il reste au lit tout le temps et ne s'intéresse en rien à ce qui l'entoure. Réflexes tendineux vifs.

Azotémie : 0,39. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. La ponction lombaire montre une très importante lymphocytose : 64 lymphocytes par mm³, albumine 0,28, globulines 0, benjoin : 00000.02200.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs ; la tension est à 40, initiale ; 26, après 10 cc.

Obs. IX. — Maz. Lucien, 23 ans, entre dans le service le 19 mai 1928 parce que depuis plusieurs semaines il « n'a plus la tête à lui ». Son caractère a changé, il est devenu taciturne, aimant à s'isoler, préférant la solitude, la lecture aux distractions extérieures. Il ne travaille plus depuis plusieurs semaines. A son entrée, il ne cesse de répéter « salaud » pour chasser, explique-t-il, les idées qui lui viennent. On note un état dépressif avec inertie, désintérêt, propos hypocondriaques. Dissociation psychique, sentiment d'infériorité : « J'ai un affaissement neurasthénique, je me sens devenir idiot. » Périodes de mutisme alternant avec de courts épisodes d'hyperactivité sans but. Maniérisme. Rires immotivés, tics, hémage nerveux. Colères faciles, indifférence affective, apragmatisme et désintérêt sexuel. Fatigabilité rapide sans affaiblissement intellectuel.

Les réflexes tendineux sont exagérés. Pas de troubles des réflexes pupillaires ni de la motilité des globes (Mme Schiff-Wertheimer).

Urobilinurie. Azotémie : 0,36 ; Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Ponction lombaire (21 mai) : tension : 37-22 ; albumine : 0,40 ; Pandy : traces. Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 2. Benjoin, précipitation allongée dans la zone méningitique : 00000.12222.21000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Octobre 1929. 3. 15

226 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Antécédents : rien de notable à signaler. Père et mère bien portants ; deux sœurs normales.

Après un mois d'observation, le malade fut interné avec le diagnostic de démence précoce en évolution (D^r Dupouy).

Obs. X. — G. Geneviève, 19 ans, entre pour la seconde fois dans le service le 25 août 1928. Elle est entrée déjà en juillet 1927 parce qu'elle était devenue incapable de travailler. Elle riait constamment sans motif. Un premier internement fut motivé par un épisode anxieux avec idées et tentatives de suicide, tentatives d'auto-mutilation. Dans le service du D^r Capgras — que nous remercions des renseignements qu'il a bien voulu nous transmettre — s'installe une période de mutisme avec opposition, parfois violente, puis indifférence avec stupeur et catatonie. Suspension des règles. Cet état persiste pendant plusieurs mois. Après un traitement au nucléinate de soude, amélioration de l'état général, retour des règles et sortie de quelques mois. A la seconde entrée, on note un état discordant, avec autisme, alternatives d'excitation et de dépression, idées d'auto-accusation. Idées énoncées de suicide « avec un revolver ou avec le tonnerre parce que cela fait du bruit ». Elle s'est coupé ras les cheveux ; a fait une tentative de section de la langue avec des ciseaux. Indifférence affective. Rires et pleurs sans raison.

Réflexes tendineux vifs. L'examen oculaire (Mme Schiff-Wertheimer) montre une légère déformation sans modifications des réflexes des pupilles. Il n'y a ni troubles de la convergence, ni nystagmus. Il existe une surdité presque totale à droite avec destruction du tympan.

Le Bordet-Wassermann et le Meinicke du sang ont été deux fois négatifs. L'azotémie, à 0,71 lors de la deuxième entrée, est tombée en quelques jours à 0,49. La ponction lombaire a donné au premier séjour les résultats suivants : albumine : 0,40 ; globulines : 0 ; leucocytes : 2 par mm³. Benjoin, Parégorique, Bordet-Wassermann négatifs.

Antécédents : convulsions du jeune âge. Scarlatine. Père bronchiteux. Mère bien portante, 3 fausses couches dont une accidentelle, 7 enfants normaux, un mort de broncho-pneumonie à 22 mois.

Cette jeune malade a de nouveau été internée le 4 septembre 1928.

Obs. XI. — P..., 20 ans, entre dans le service le 8 janvier 1929.

Il a eu des convulsions au cours d'une broncho-pneumonie grave à l'âge de 4 mois. Il est resté débile, sachant un peu

lire, à peine écrire. Mais il était docile, son caractère doux, il travaillait dans sa famille. Depuis 6 mois, il présente des idées de persécution, des hallucinations auditives, insultes, moqueries, on répète ce qu'il fait, ce qu'il pense. Il devient violent, blesse des personnes de l'entourage. Inactivité, indifférence affective et sexuelle. Marmottements incompréhensibles, sourires immotivés. Réflexes rotuliens polycynétiques sans clonus, ni signe de Babinski. Pas de signes oculaires. Azotémie : 0,35. Bordet-Wassermann et Meinicke plusieurs fois négatifs et après réactivation.

Ponction lombaire : tension : 45-28 ; albumine : 0,60 ; Pandy : traces ; Weichbrodt : + ; leuco. : 24. Benjoin : 00000.02222.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Une deuxième ponction, après un traitement antisypilitique violent, donne les mêmes résultats : albumine : 0,64 ; Pandy : traces ; Weichbrodt : + ; leuco. : 2. Benjoin : 00000.02221.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Depuis, le malade a été interné avec le diagnostic de démence précoce.

OBS. XII. — L. Pierre est un instituteur de 29 ans entré le 29 décembre 1928 dans le service. Il a eu des convulsions dans l'enfance. Son développement intellectuel n'a pas été entravé. Il était même spécialement bien doué puisqu'en ses heures libres, il apprit un peu de latin, fut très brillamment reçu au baccalauréat et préparait une licence. 2 ou 3 mois avant l'entrée, incapacité à tout effort mental. Idées de persécution, de mort, de ruine, de culpabilité, d'énormité, de transformation corporelle. Indifférence affective et sexuelle. Conscience partielle de sa déchéance et idées de suicide. Refus d'aliments, violences, tentatives de suicide. Signes neurologiques. Hyperréflexivité aux membres et à la face. Abolition de la convergence de l'œil gauche. Pas d'autres signes oculaires (Mme Schiff-Wertheimer). Azotémie : 0,20 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Ponction lombaire : tension 35-28 ; albumine 0,50 ; Pandy + ; Weichbrodt + ; leuco. 0,8. Benjoin : 00000.01221.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Après un mois d'un traitement anti-infectieux (salicylate, urotropine), tension 45-35, albumine 0,80, Pandy +, Weichbrodt +, leuco. 1,2. Benjoin : 00000.02222.21000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Glycorachie, 0,70 0/00. Depuis, le tableau de démence précoce est stabilisé et le malade a été interné (1).

(1) E. TOULOUSE et A. COURTOIS. — Syndrôme de démence précoce d'origine infectieuse. Soc. C. I. M. M., février 1929.

228 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Obs. XIII. — Mar. Louis, 17 ans, entre dans le service le 15 novembre 1927 pour un état d'excitation atypique qui remonte à quelques semaines seulement. Il est depuis plusieurs mois d'un caractère renfermé, casanier, taciturne. Il a des peurs, craint d'être attaqué par des gens dans la rue ; il se plaint de céphalées, se fâche pour un rien ; coups, violences. Insomnie. Courtes périodes d'excitation motrice avec hypermimie alternant avec un état habituel d'inactivité, d'inertie et d'indifférence. Gestes bizarres dont il ne peut expliquer la signification. Grimaces, reniflements, tics. Réponses moqueuses parfois hostiles, stéréotypées. Réactions violentes contre l'entourage. Hyperréflexivité tendineuse importante. Convergence imparfaite de l'œil droit, sans modifications des réflexes pupillaires. Hypertrophie légère du corps thyroïde.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs à deux examens successifs. Azotémie : 0,57, à l'entrée. Liquide céphalo-rachidien clair, tension 42-30 ; albumine 0,40 ; Pandy 0 ; Weichbrodt + ; leucocytes 1,6. Benjoin : 00000. 01210.00000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann négatif.

Antécédents : il aurait marché un peu tard. Père et mère bien portants. 5 frères et sœurs vivants et bien portants, 4 décédés jeunes de troubles pulmonaires.

Après un mois d'observation, le malade est emmené par sa famille.

Obs. XIV. — Maug. René, 23 ans, entre le 7 janvier 1928. Il a été normal jusqu'à il y a 5 ou 6 mois. A ce moment, inquiétude, insomnie. Puis il s'est aperçu qu'on « parlait mal » de lui, que les conseils donnés par ses chefs étaient faux ; le syndicat lui en voulait. Il entendait chez lui des acoustiques. Sa mère est une fausse mère ; elle veut l'empoisonner. Il se sent mal à l'aise, « en train de faire une mort lente ».

Il est devenu amoureux de la fille de son patron qui par sous-entendu lui propose sa main. Un matin, il arrive avec un bouquet et fait une demande de mariage en règle. On finit par le renvoyer. Un autre patron lui donne à faire une impression ; à son grand étonnement, il s'aperçoit que l'image proposée ressemble à la jeune fille. On l'a hypnotisé, c'est un médecin qui lui a ainsi fait croire que la fille de son ancien patron s'appelle Sarah alors que son nom est Madeleine, c'est lui qui lui a donné l'ordre de demander sa main. Quelques idées de puissance, de grandeur. Il se sent très supérieur à ses camarades, ne parle que sur un ton

hautain et dédaigneux. Il fait agir tout le monde, malades et médecin, selon sa pensée. Il va inventer un procédé nouveau de lithographie.

Dans le service, inactivité complète, fume et feuillette toute la journée des revues pour enfants. Inertie, indifférence, inactivité. Par moments, bouderie, refus d'aliments et de traitement, réactions coléreuses. Pas de température. Exagération très importante de tous les réflexes tendineux sans clonus ni signe de Babinski. Pas de trouble des autres réflexes cutanés. Pupilles égales, réflexes lumineux et à l'accommodation normaux, fond d'œil normal. Convergence très déficiente, quasi-nulle de l'œil gauche, mais ce trouble peut être dû uniquement à la myopie (Mme Schiff-Wertheimer). Tension artérielle : 14 1/2-9 (Pachon). Urines normales. Azotémie : 0,44 à l'entrée. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang restent négatifs après réactivation. L'examen hématologique (Dr Weissmann) donne : globules rouges : 4.100.000 ; leucocytes : 9.600, et la formule blanche est la suivante : lympho. : 18 ; moyens mono. : 5 ; grands : 1 ; polynucléaires neutrophiles : 76 ; pas de basophiles ni d'éosinophiles. A l'entrée, une ponction lombaire donne les résultats suivants : tension 48-33 ; albumine 0,40 ; Pandy : traces ; Weichbrodt + ; leucocytes : 1 par mm³. Benjoin : 00000.02221.00000. Parégorique et Bordet-Wassermann négatifs. Pendant tout le séjour, on alterne urotropine et salicylate en injections intraveineuses. Le 20 mars, une nouvelle ponction indique : tension 55-25 ; albumine 0,30 ; globulines 0 ; leucocytes 0,2.

Antécédents : « congestion pulmonaire » grave à 4 ans. Mère, 52 ans, bien portante. Père mort à 31 ans, albuminurique. Une sœur morte à 3 ans de broncho-pneumonie. Deux sœurs et un frère normaux.

Le malade sort légèrement amélioré le 23 mars, mais s'il l'exprime moins, il n'a pas rectifié son système délirant.

Obs. XV. — G. Roger est un jeune Italien de 18 ans, entré le 11 juillet 1928. L'an dernier, il a déjà été interné deux mois pour un épisode d'excitation. Depuis, il fait du spiritisme, tient de temps à autre des propos extravagants et fait un nouvel accès d'excitation quelques jours avant l'entrée. Agitation anxieuse, idées de persécution, d'auto-accusation, d'indignité alternant avec des propos mégalomaniaques et mystiques. Hostilité, puérilisme, gestes stéréotypés, négativisme, violences. Mutisme complet après quelques semaines avec opposition, refus d'aliments et d'examen.

230 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Inaffectivité. Gâtisme. Mauvais état général. Escarres. Réflexes exagérés. Pas de signes pupillaires. Azotémie : 0,26. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Liquide : tension 35-17, albumine 0,26, Pandy 0, Weichbrodt +, leucocytes 1,6. Benjoin : 00000.02222.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Le malade est placé en octobre avec le diagnostic de démence précoce (D^r Schiff).

Obs. XVI. — P. Jacques, 21 ans, entre le 3 juillet avec le diagnostic : « stupeur avec mutisme ». Depuis 6 mois, troubles du caractère, a pris son entourage « en grippe », répondait par des grimaces. Idées hypocondriaques, puis de persécution : on le suit dans la rue, on l'insulte. Peu à peu, incapacité à tout travail, bris d'objets, colères puis périodes de mutisme. Tentatives de fuite, opposition à toute investigation. Négativisme. Violences. Stupeur avec catatonie. Refus d'aliments. Gâtisme. Il a fait une tentative de suicide quelques semaines avant l'entrée. Les réflexes tendineux sont vifs. Lésions pulmonaires non évolutives. Azotémie : 0,15. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang plusieurs fois négatifs. Liquide : tension 48-28 ; albumine 0,40 ; Pandy 0 ; Weichbrodt + ; leuco. 8,4. Benjoin : 00000.02222.10000. Parégorique et Bordet-Wassermann négatifs.

Après une période d'excitation violente, le malade est repris par la famille. Il a été interné depuis.

Obs. XVII. — Mlle M. Olga, 30 ans, entre dans le service en janvier 1928. Depuis plusieurs mois, craintes multiples, enfantines, phobies, superstition. Idées de transformation corporelle, d'inertie mentale, de destruction de sa personnalité. Idées d'indignité, de persécution. Attitude dépressive avec reproches continus sur sa conduite antérieure. Elle va être enfin punie, on prépare son supplice.

Interprétations multiples des faits qui l'entourent. Refus partiel d'aliments. Gémissements, pleurs, plaintes stéréotypées, opposition par moments. Idées de suicide.

Azotémie : 0,62. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Liquide : albumine 0,25 ; globulines 0 ; leucocytes 12. Benjoin : 00000.01100.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann négatifs. Fin janvier, la malade est placée avec le diagnostic d'état schizophrénique avec anxiété (D^r Dupouy).

Obs. XVIII. — D. Robert, 20 ans, entre le 31 janvier 1929. Depuis quelques semaines, il est incapable de tout travail. Sa capacité d'effort baisse d'ailleurs depuis près d'un an.

Il n'a pu continuer les cours d'une école supérieure. Des idées hypocondriaques avec nosophobie et craintes de mort sont apparues. Il a des hallucinations auditives, on « le siffle », on l'insulte, on le menace, on le persécute « en dessous ». Le thème est puéril, la systématisation presque nulle. Il a fait une tentative de suicide en présence des siens. Une autre fois, il prend un couteau, disant qu'il veut en finir, ou il tente de se jeter sous un train. Désintérêt affectif et sexuel. Anxiété, propos incompréhensibles. Dans la nuit, il se précipite sur un infirmier qu'il prend pour un agresseur. Réflexes exagérés.

Azotémie : 0,48 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Liquide : tension 55-45 ; albumine 0,30 ; Pandey + ; Weichbrodt + ; leucocytes 0,2. Benjoin : 00000.02110.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Le malade est placé avec le diagnostic de schizophrénie (D^r Vurpas).

Mélancolie. — Dans les états mélancoliques, c'est d'habitude l'hyperalbuminose qui est la modification la plus importante. En voici quelques exemples :

Obs. XIX. — S. Sylvain, 46 ans, entre pour la deuxième fois au service de prophylaxie mentale le 24 avril 1928 pour un état mélancolique. En mai 1927, il est déjà entré pour les mêmes troubles. Ils étaient consécutifs à des ennuis de ménage et à la perte de sa situation. Idées d'indignité, d'auto-accusation, de ruine, tentatives répétées de suicide. Nosophobie. Incapacité à travailler depuis 18 mois. Depuis mai 1927, persistance avec des oscillations de ces idées délirantes. Le malade se dit incapable de rien entreprendre, s'accuse continuellement d'avoir trompé sa femme, brisé sa situation. Céphalées, insomnie, réflexes exagérés. Azotémie normale.

Première ponction lombaire (8 juin 1927) : alb. 0,70 ; Pandey + ; leuco. 4,4. Benjoin : 00000.02222.00000. Sucre : 0,67. La ponction est suivie d'une paralysie totale des MOE avec strabisme convergent qui dure plusieurs semaines, le fond d'œil est normal (Mme Schiff-Wertheimer).

Deuxième ponction (octobre 1927) : alb. 0,50 ; Pandey et Weichbrodt 0 ; leuco. 0,2. Benjoin : 00000.12222.10000. Parégorique : 00-0.

Troisième ponction (25 avril 1928) : tension 40-25 ; albumine 0,45 ; globulines 0 ; leuco. 0,6. Benjoin : 00000.02222.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke : 0. Les

232 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

réactions de la syphilis ont toujours été négatives dans le sang, même après réactivation. Le malade, sorti en juillet 1928, a été interné en province.

Obs. XX. — Ch. Joseph, 39 ans, est un facteur des postes entré le 9 juillet 1928. Depuis quelques jours, il a remarqué que ses camarades se moquaient de lui, qu'on l'évitait. Puis il a cru que les lettres chargées qu'il distribuait avaient été décachetées, qu'on allait l'accuser, le prendre pour un voleur, le faire passer en justice. Les gens le regardaient comme un criminel, la concierge ne le salue plus et baisse la voix à son passage. Anxiété, tentatives répétées de suicide (strangulation, empoisonnement, asphyxie). Dans le service, persistent les mêmes propos mélancoliques avec idées de ruine, d'auto-accusation. Refus d'aliments. Réflexes exagérés. Aucun signe oculaire. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Ponction lombaire (10 juillet) ; tension 32-21 ; albumine 0,90 ; Pandy + ; Weichbrodt : traces ; leuco. 0,4. Benjoin : 00000.22222.22100. Parégorique : 22-2. Bordet-Wassermann négatif. Meinicke positif.

Après un mois de traitement salicylé intraveineux, disparition de toute la symptomatologie liquidienne, albumine : 0,30, globulines : 0, leucocytes : 0,8. Benjoin à peine allongé : 00000.02222.10000. Parégorique, Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs.

Malgré la disparition si rapide des modifications du liquide, l'état mélancolique persiste et le malade doit être placé à l'asile en novembre 1928.

Obs. XXI. — Br. Victor, 55 ans, entre le 10 octobre 1928. Etat dépressif remontant à quelques semaines. En 1914, il a été interné pour un épisode analogue. Depuis plusieurs semaines, idées de persécution, illusions auditives, interprétations de bruits réels. Croit que tout le monde l'accuse, se sent incapable d'un effort physique ou psychique. Dégoût de la vie. Tentative de suicide récente, a tenté de se jeter sous un taxi. Réflexes vifs. Pas de signes oculaires. Azotémie : 0,29. Urobilinurie, glycosurie : 4 gr. 50. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Ponction lombaire (11 oct.) : tension 31-25 ; albumine 0,40 ; globulines 0 ; leuco. 0,4. Benjoin allongé dans la zone méningitique : 00000.02222.21000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Rapidement l'état s'améliore et un mois environ après le malade est rapatrié dans l'Indre-et-Loire.

OBS. XXII. — D. René, 40 ans, entre dans le service pour un état mélancolique. Déjà, en 1915, il a présenté un épisode analogue pour lequel il a dû être interné. Depuis 15 jours, il se croit gravement malade, ou bien renvoyé de son travail, s'accuse de vol, demande qu'on vienne l'arrêter, veut aller se livrer au commissaire de police. Craint les pires malheurs, l'incendie, l'inondation. Dans le service, il reste prostré avec des idées de persécution, dit qu'on le tue à petits feux, refuse de s'alimenter. Idées actives de suicide, sans tentative. Tension artérielle : 15-9. Urines normales. Azotémie : 0,36. Ponction lombaire (30 septembre) : albumine : 0,52. Globulines : 0. Benjoin allongé : 00000.22222.21000. Parégorique, Bordet-Wassermann négatifs.

Au bout d'un mois et demi, le malade qui reste déprimé sort sur la demande de sa famille.

OBS. XXIII. — P. Marcel, 36 ans, entre dans le service pour la deuxième fois le 26 juin 1928. L'année précédente, il avait été soigné déjà pour un épisode dépressif. A l'entrée, il se sent la tête vide, croit qu'il va mourir, qu'il est perdu, idées hypochondriaques, ne peut plus uriner, aller à la selle, ne digère plus. Il va perdre sa place, il est ruiné, il devra vendre ses meubles, abandonner son logement. Il ne peut plus rien faire. Frigidité sexuelle complète depuis le début des troubles (15 jours). Idées énoncées de suicide. Réflexes très exagérés, abdominaux existent. Pas de signes oculaires, sauf quelques secousses nystagmiques constantes dans le regard latéral (Mme Schiff-Wertheimer). Bordet-Wassermann et Meinicke du sang 2 fois négatifs. Urobilinurie. Azotémie : 0,16. Ponction (27 juin), tension : 38-23, albumine : 0,60, Pandy +, Weichbrodt : traces ; leuco. : 1,3. Benjoin : 00000.22222.21000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Comme le premier accès, le second s'atténue rapidement, et, après moins d'un mois, le malade part en convalescence.

OBS. XXIV. — A. Jacques, 38 ans, entre dans le service le 18 décembre. Il est malade depuis un mois environ, ayant quitté ses parents après une dispute. Idées de ruine, croit qu'il va rester sans ressources, que sa femme et son enfant vont mourir de faim.

Il se sent incapable de tout travail, il est un homme fini, il va perdre sa situation, sa femme perdra aussi sa place. Il va lui arriver un grand malheur. Céphalées. Anxiété

234 MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

avec gémissements, sueurs, plaintes continues, idées actives de suicide. Pas d'éthylisme. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Urobilinurie, traces de sucre dans l'urine. Ponction lombaire, albumine : 0,40. Pandy : traces. Weichbrodt : 0. Leucocytes : 10 par mm³. Benjoin : 00000.22222.10000. Parégorique, Bordet-Wassermann négatifs.

Après deux mois de traitement, pas d'amélioration notable et le malade est interné avec le diagnostic de dépression mélancolique (D^r Dupouy).

Obs. XXV. — M. Joseph, 48 ans, entre dans le service le 18 juin 1928 pour un état de dépression mélancolique évoluant déjà depuis plusieurs semaines et qui s'est aggravé rapidement. Les premiers troubles sont rapportés à la vente de son fonds de coiffeur qu'il a dû faire, il y a un an, par suite de l'établissement d'un concurrent voisin.

Depuis plusieurs semaines, il est triste, tout l'ennuie, il n'a plus de goût à rien, n'a plus rien à faire sur la terre. Il a tout perdu, il est ruiné, il est un homme fini. De plus, il est devenu emporté, facilement en colère. Céphalées. Insomnie. Anxiété, crises de désespoir. Idées très actives et continues de suicide. A fait une tentative récente par strangulation.

Dans le service, même tableau clinique, dépression anxieuse, avec idées de ruine, de mort, certitude qu'il est désormais incapable de rien faire d'utile.

Réflexes exagérés aux membres supérieurs, plutôt faibles aux inférieurs. Pas de troubles des réflexes cutanés, ou pupillaires. Acuité visuelle normale. Légère hyperhémie papillaire à l'entrée, sans apparence de stase même légère.

Exagération des réflexes de la face, réflexe palmo-mentonnier des deux côtés. Pâleur.

Traces de sucre dans les urines. Azotémie : 0,42. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang : négatifs. Anémie légère : 4.000.000, globules rouges : 9.600, globules blancs, dont la formule est : lympho. : 22 ; moyens mono. : 15 ; grand : 1 ; polynucléaires neutrophiles : 58 ; éosinophiles : 4.

Le 19 juin, la ponction lombaire donne un liquide clair un peu hypertendu : 50 (assis), albumine : 0,40, globulines : 0, leuco. : 1,2, benjoin nettement étendu dans la zone méningitique : 00000.22222.21000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Pas d'antécédents syphilitiques. Furonculose. Abscès froid anal.

Au bout de 3 semaines, après un traitement arsénical, le malade sort amélioré et part en convalescence.

OBS. XXVI. — A. Emile, 34 ans, entre dans le service le 28 juin 1928, pour un état dépressif avec idées obsédantes d'homicide et de suicide. Incapacité à travailler. Craintes constantes de tuer sa femme, s'approche-t-elle d'une fenêtre, il est tenté de la pousser ; voit-il un couteau, il craint de s'en emparer et de frapper. Idées de persécution, on parle mal de lui, on lui en veut. Malgré plusieurs sorties d'essai, les idées obsédantes reparaissent et s'installent et il redoute les visites de sa femme qu'il craint d'étrangler, il ne peut plus voir un objet pouvant servir d'arme. Anxiété. Idées de suicide actives. Azotémie : 0,52 puis 0,39. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Liquide : tension : 45-28. Albumine : 0,50, globulines : 0. Leucocytes : 1,6. Benjoin : 00000.22222.10000. Bordet-Wassermann négatif.

Le malade doit être placé à l'asile avec le diagnostic d'état mélancolique et anxieux (Dr Pactet).

OBS. XXVII. — Marg. Louis, 32 ans, entre dans le service en juin 1928 pour un état dépressif avec idées de suicide. Les troubles qui remontent à quelques semaines sont rapportés à la mort récente d'une petite fille. Il est devenu incapable de tout travail, le moindre effort est impossible, il craint d'être nommé à un poste supérieur qu'il se dit incapable de tenir et qu'il brigue depuis longtemps. Idées d'autoaccusation, il n'a pas soigné sa fille, c'est sa faute si elle est morte, il est un misérable, il a tué son enfant, lamentations douloureuses, anxiété. Tentatives de suicide. Réflexes très exagérés. Exophtalmie légère avec quelques secousses nystagmiformes inconstantes. Azotémie : 0,39, urobilinurie légère. Bordet-Wassermann et Meinicke plusieurs fois négatifs dans le sang. Liquide : tension 45-25, albumine : 0,50, globulines : 0 ; leucocytes : 1,2. Benjoin : 00000.22222.20000. Parégorique, Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs. Après un traitement anti-infectieux, deuxième ponction : albumine : 0,40, globulines : 0, leucocytes : 2,4, benjoin : 00000.22222.21000. Bordet-Wassermann, Meinicke, parégorique négatifs.

OBS. XXVIII. — S. Jacques, 49 ans, entre dans le service pour mélancolie. Il n'a pas eu d'accès antérieurs. Les troubles remontent à deux mois. Idées de culpabilité, d'indignité, d'auto-accusation, il ne peut plus nourrir sa famille, il est indigne de vivre, tous les malheurs viennent par sa faute, il a mis tout le monde dans la misère. Idées hypochondriaques. Il est bouché, rien ne passe, « ni par en

236. MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

haut, ni par en bas ». Scrupules, il est venu se faire hospitaliser et ne pourra rien payer. Agitation anxieuse, angoisse. Idées très actives de suicide. Refus d'aliments et de traitement. Réflexes exagérés. Pas de signes pupillaires, fond d'œil normal. Azotémie : 0,42 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang. Liquide : tension faible : 10-5 (couché), albumine : 0,52, globulines : 0, leucocytes : 3. Benjoin : 00000.02222.20000. Parégorique, Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs.

Le malade est placé avec le diagnostic de mélancolie anxieuse (D^r Pactet).

OBS. XXIX. — D. Lucien, 48 ans, professeur de lettres, entre dans le service en avril 1929. Il a déjà eu, depuis dix ans, deux accès dépressifs légers, guéris rapidement après un repos relatif. En janvier 1929, grippe ayant laissé à sa suite une asthénie qui aboutit rapidement à un état mélancolique avec incapacité à tout effort intellectuel, idées de ruine, de mort. Nosophobies, se croit paralytique général, cancéreux, tuberculeux, etc... Accidents névropathiques, d'ordre convulsifs, suspendus par la psychothérapie. Craintes continues, sent ses doigts, regarde sa langue, ses organes génitaux. Ses articulations ne fonctionnent plus, il ne peut plus parler, il est mort. Anxiété, on médite de le tuer, on va venir le couper en quatre, on l'empoisonne. Idées actives de suicide sans essai de réalisation. Apyrexie. Réflexes tendineux exagérés. Pas de signes oculaires. Hémoptysie dans l'enfance, pas de signes pulmonaires actuels d'auscultation, ni radioscopiques. Urobilinurie. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang plusieurs fois négatifs. Azotémie : 0,36. Liquide céphalo-rachidien (10 avril), tension : 42-37, albumine : 0,58, globulines : 0, leucocytes : 3. Benjoin : 00000.02220.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Si l'on parcourt le tableau, on est frappé par le fait que la réaction lymphocytaire est beaucoup plus fréquente et plus importante dans les cas de confusion mentale et de démence précoce que dans ceux de dépression mélancolique. Dans les deux premières affections, en effet, on trouve, dans 7 cas sur 19, une réaction lymphocytaire indiscutable et souvent isolée (22, 12, 18, 22, 64, 8, 12 éléments par mm³). Alors que sur 11 cas de dépression mélancolique, une seule fois le taux des leucocytes s'élève à 10, accompagnant une hyperalbuminose à 0,40 et une réaction de Pandy positive.

NUMÉROS	TENS.	ALB.	PANDY	WEICHB.	LEUCO	BENJOIN	E. P.	B.-W.	MEIN.
CONFUSION MENTALE									
I		0,50	+	+	0,8	00000.02222.10000	00-0	0	0
II		0,28	0	0	22	00000.01210.00000	00-0	0	0
III	38	0,25	0	0	12	00000.02220.00000	00-0	0	0
IV		0,52	tr.	0	1	00000.02222.20000	00-0	0	0
DÉMENCE PRÉCOCE									
V	35-12	0,50	tr.	tr.	4	00000.00222.21000	00-0	0	0
VI	37-27	0,30	0	0	18	000.0.00211.00000	00-0	0	0
VII	41-31	0,42	0	0	22	00000.12222.00000	00-0	0	0
VIII	40-26	0,28	0	0	64	00000.02200.00000	00-0	0	0
IX	37-22	0,40	tr.	0	2	00000.12222.21000	00-0	0	0
X		0,40	0	0	2	00000.02221.00000	00-0	0	0
XI	45-28	0,60	tr.	+	2,4	00000.02222.10000	00-0	0	0
		0,64	tr.	+	2	00000.02221.10000	00-0	0	0
XII	35-28	0,50	+	+	0,8	00000.02222.21000	00-0	0	0
		0,80	+	+	1,2	00000.02222.21000	00-0	0	0
XIII	42-30	0,40	0	+	1,6	00000.01210.00000	00-0	0	0
XIV	48-33	0,40	tr.	+	1	00000.02221.00000	00-0	0	0
		0,30	0	0	0,2	00000.02220.00000	00-0	0	0
XV	37-17	0,26	0	+	1,2	00000.02222.10000		0	0
XVI	48-28	0,40	0	+	8,4	00000.02222.10000	00-0	0	0
XVII		0,25	0	0	12	00000.01100.00000	00-0	0	0
XVIII	55-45	0,30	+	+	0,2	00000.02110.00000	00-0	0	0
DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE									
XIX	40-25	0,70	+		4,4	00000.02222.00000		0	0
		0,50	0	0	0,2	00000.12222.10000	00-0	0	0
XX	32-21	0,45	0	0	0,6	00000.02222.00000	00-0	0	0
		0,90	+	tr.	0,4	00000.22222.22100	22-2	0	+
XXI	31-25	0,30	0	0	0,8	00000.02222.10000	00-0	0	0
		0,40	0	0	0,4	00000.02222.21000	00-0	0	0
XX.I		0,52	0	0	1	00000.22222.21000	00-0	0	0
XXIII	38-23	0,60	+	tr.	1,3	00000.22222.21000	00-0	0	0
XXIV		0,40	tr.	0	10	00000.22222.10000	00-0	0	0
XXV	50	0,40	0	0	1,2	00000.22222.21000	00-0	0	0
XXVI	45-28	0,50	0	0	1,6	00000.12222.10000	00-0	0	0
XXVII		0,50	0	0	1,2	00001.22222.20000	00-0	0	0
		0,40	0	0	2,4	00.00.22222.21000	00-0	0	0
XXVIII	10-5	0,52	0	0	3	00000.02222.20000	00-0	0	0
	(couc.)								
XXIX	42-37	0,58	0	0	3	00000.02220.00000	00-0	0	0

Il nous paraît encore intéressant de signaler dans ces deux premières affections un autre point, surtout précis dans les cas de démence précoce, c'est la fréquence de la positivité de la réaction de Weichbrodt (8 fois sur 19) qui, à l'inverse de ce que l'on observe en particulier dans les altérations syphilitiques du liquide céphalo-rachidien, est souvent plus nettement indiquée que la réaction de Pandy, ou bien existe même seule, en l'absence de cette dernière. Une fois, une réaction de Weichbrodt positive fut, avec une précipitation à peine allongée du benjoin dans la zone méningitique, la seule indication d'altération du liquide et, si l'on en croit M. Perisson, Pollet et Bréant (1), une réaction de Weichbrodt positive « même avec une hyperalbuminose modérée » indique « certainement un processus inflammatoire ».

Dans les cas de dépression mélancolique, c'est l'hyperalbuminose, souvent isolée aussi, qui est l'élément le plus notable. Elle varie dans nos cas de 0,40 à 0,90. Malgré ce taux élevé d'albumine, la réaction de Pandy est le plus souvent négative ou légère. Une réaction de Weichbrodt positive est encore plus rare. L'absence de réaction lymphocytaire est la règle ou bien elle est à peine indiquée.

D'autre part, l'étude de la réaction du benjoin permet encore des constatations intéressantes. La précipitation est très souvent complète dans les 5 tubes du milieu ; mais surtout la courbe s'allonge habituellement jusque dans la zone dite méningitique (10 fois sur 11), 6 fois une précipitation partielle atteint le 12^e tube, 1 fois le 13^e. Dans ce seul cas, la réaction du parégorique fut positive et la précipitation complète dans les trois tubes ; la réaction de floculation de Meinicke fut également positive. En moins d'un mois, toutes les altérations appréciables du liquide avaient disparu (après traitement salicylé et urotropine).

Et à ce propos, nous dirons que ce qui caractérise également toutes ces modifications du liquide (hyperalbuminose comme hypercytose), c'est la fréquence de

(1) *Soc. de Biol.*, p. 1266, 1925.

leur régression rapide, parfois en une ou deux semaines, comme nous avons pu le vérifier. Cette fugacité des modifications liquidiennes explique, à notre point de vue, pour une grosse part, leur rareté apparente.

C'est en effet la précocité de l'examen des malades et de leur liquide céphalo-rachidien qui a permis de rassembler en quelques mois un nombre relativement important d'observations. Et si dans la psychose hallucinatoire, par exemple, les modifications du liquide sont si peu fréquentes — pourtant nous en avons rencontré quelques cas — c'est surtout sans doute parce que l'affection ne provoque pas, comme dans la mélancolie anxieuse, de réactions violentes (suicide) qui rendent immédiatement impossible le séjour du malade dans le milieu familial.

Si, comme nous le pensons, ces modifications du liquide sont les manifestations, le témoin, d'une atteinte infectieuse méningo-encéphalique, c'est au début de l'affection qu'elles doivent être les plus intenses. Plus tard, le processus reste sans doute exclusivement encéphalique. Et ceci n'est pas qu'une hypothèse puisque l'encéphalite épidémique chronique, qui reste cliniquement et histologiquement une maladie évolutive, ne donne plus d'habitude d'altération appréciable, avec nos moyens actuels d'investigation, du liquide céphalo-rachidien. Et sur 18 cas d'encéphalites spéciales accompagnées d'une augmentation rapide de l'urée sanguine que nous avons, avec MM. E. Toulouse et L. Marchand, désigné sous le nom d'« Encéphalites azotémiques », deux fois seulement (obs. 2 et 3) une réaction lymphocytaire a été relevée. Ce qui apporte la preuve qu'un processus infectieux authentique peut léser exclusivement l'encéphale sans toucher ses enveloppes ou du moins sans que ces altérations s'inscrivent en des modifications du liquide.

Ce travail apporte une contribution d'ordre biologique à l'étude des psychoses d'origine infectieuse. Ces faits s'ajoutent aux constatations anatomiques de mon maître le D^r Marchand qui, le premier, décrivit depuis longtemps des lésions d'allure infectieuse dans l'encéphale de malades atteints de psychoses aiguës ou chro-

niques, « Encéphalites psychosiques », « Encéphalites azotémiques », certains cas de démence précoce.

A la lumière des faits anatomiques, le clinicien cherche dans les antécédents une infection connue à quoi pourraient être rattachés les symptômes mentaux ultérieurs ou dans des signes neurologiques concomitants l'indice d'une atteinte infectieuse disséminée du névraxe (névraxite anxieuse de Targowla, myélo-encéphalite psychosique observée avec J. André Thomas).

Dans tous ces cas, le liquide céphalo-rachidien apporte souvent des éléments de première importance et sans doute des méthodes d'examen perfectionnées, des cultures, des inoculations à l'animal apporteront — en indiquant le germe, le virus en cause — la solution du problème. Et l'intérêt de cette étude n'est pas seulement dogmatique, elle a une utilité pratique puisque nous avons pu voir un malade chez qui le diagnostic de tumeur cérébrale avait été posé, en raison surtout des modifications du liquide et de la dissociation albumino-cytologique ; il s'agissait d'un état mélancolique que confirma la guérison.

Quelles que soient les imperfections de ce travail et son caractère encore fragmentaire, nous pensons que l'étude systématique du liquide céphalo-rachidien doit apporter dans les maladies mentales des éléments importants pour un diagnostic étiologique et un traitement rationnel.

*(Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri Rousselle.
Médecin-Directeur : D^r Toulouse)*

M. GUIRAUD. — Il est utile de rappeler ici que le benjoin colloïdal peut être parfois trop sensible, ce qui peut, en partie, modifier les résultats obtenus.

M. COURTOIS. — A ce point de vue les résultats ont été contrôlés, de sorte que cette source d'erreur peut être considérée comme écartée.

Documents Cliniques

MÉDECINE LÉGALE

UN CAS DE SIMULATION PROLONGÉE DE TROUBLES MENTAUX

(15 mois : novembre 1920 à janvier 1922)

par L. LAGRIFFE et N. SENGES

(Fin) (1)

DEUXIÈME RAPPORT.

L'histoire des antécédents de Forçard est inscrite tout au long dans le rapport que l'un de nous a rédigé au mois de mars 1921. Rappelons que les conclusions de ce rapport étaient les suivantes :

- 1° Forçard simule l'aliénation mentale, mais en réalité n'est pas actuellement aliéné.
- 2° Forçard est responsable de ses actes.

Quand un inculpé ou un condamné est soupçonné de simuler des troubles mentaux et que l'expert conclut à la simulation, deux choses sont possibles : 1° L'intéressé fatigué ou confondu cesse de simuler, il avoue sa supercherie ou reprend une attitude normale qui est un aveu tacite de sa simulation. De toutes façons, il renonce à continuer son jeu, essayant parfois, en avouant son acte à l'expert, d'obtenir de lui une atténuation de responsabilité en invo-

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, juillet 1929, p. 127.

quant une prédisposition familiale ou des troubles névropathiques plus ou moins définis. 2° Dans l'autre cas, le simulateur persévère dans son attitude et peut jeter un doute dans l'esprit des magistrats ou de l'expert lui-même, en faisant intervenir de nouveaux éléments dans sa simulation. Forçard rentre dans cette catégorie et paraît justement fait pour illustrer en quelque sorte les difficultés de l'expertise mentale et la nécessité, dans des cas de ce genre, d'une longue observation dans le milieu spécialisé qu'est l'Asile d'aliénés. On verra que, malgré cette dernière condition, Forçard nous a présenté un problème assez difficile, et que, malgré les apparences d'une simulation à certains égards très grossière, il s'est comporté de telle façon pendant plusieurs mois, que nous nous sommes un moment demandés s'il n'avait pas franchi le seuil de l'aliénation mentale après avoir commencé par la simuler. Nous allons continuer son histoire au point où l'a laissée le rapport précédent. Déclaré un simulateur en mars 1921, Forçard persévère dans l'attitude qu'il avait montrée jusque-là. En avril et les mois suivants, il oppose le même obstacle à l'instruction, il se présente aux interrogatoires ou aux confrontations avec les témoins avec le même air égaré, la même apparence de stupidité que précédemment. Il paraît étranger à la réalité qui l'entoure, à cette réalité judiciaire qu'il connaît bien et à laquelle il a dû déjà rendre des comptes. Deux fois condamné pour des crimes, il se voit interrogé cette fois sur le plus grave de tous, l'assassinat. Mais cette fois il ne répond pas, il fait en quelque sorte défaut, moralement, il s'évade d'une réalité qu'il voudrait sans doute abolir, et il continue à jouer son rôle de personnage étrange et étranger au drame qu'on essaye de reconstituer et dont il serait l'auteur. Notons, avant de continuer, ce fait très important qui a fait l'objet d'un rapport du surveillant-chef de la prison de Brest le 27 avril 1921 : « Mis à l'isolement et entravé dès son arrivée, Forçard a aussitôt projeté de se débarrasser de ses entraves pour tenter de s'évader, et pour cela il s'est mis en relation avec certains détenus qui lui étaient favorables dans le but de se procurer une scie à métaux, mais son projet a été découvert. A partir de ce moment, il a complètement changé de tactique pour simuler la folie, se disant le neveu de l'empereur de Tartarie » (cote 67 K). S'il est vrai que les premières manifestations d'une tentative de simulation soient très antérieures à cette date, Forçard n'a pu trouver dans l'échec de la tentative dénoncée par le surveillant-chef, que de nouveaux et puissants motifs de persévérer

dans la simulation de la folie, puisque cette dernière restait sa seule ressource pour essayer de sortir de la prison ; nous savons d'autre part, par un propos rapporté par la fille Callens, qu'il espérait s'évader plus facilement d'un asile d'aliénés.

Au cours de l'interrogatoire définitif du 26 avril 1921, Forçard apprend du juge d'instruction que l'expert a déposé son rapport et qu'il conclut formellement à la simulation. A cette communication, dit le procès-verbal, l'inculpé se contorsionne et prononce des paroles sans suite. Dans les mois qui suivent, aucun changement n'est signalé dans l'état de Forçard ; la simulation paraît fixée dans sa formule et persiste. A l'instruction, en avril, mai, juin, ses réponses sont l'absurdité même : il continue d'être un personnage irréel, à état civil imaginaire et absurde, un personnage de roman ou de cinéma ; ses réponses ne paraissent avoir pour but que d'éluder toute question embarrassante ou toute reconnaissance qui faciliterait l'instruction. Au mois d'août, l'état présenté par Forçard subit un changement important. En effet, le gardien-chef de la prison fait connaître dans son rapport du 22 août que : « non seulement Forçard ne cesse de tenir des propos incohérents, mais il mange ses excréments après les avoir mélangés à sa soupe et cela sans sourciller. Le fait a été observé par le surveillant qui l'observait sans être vu de l'intéressé ».

Pour apprécier ce fait, notons d'abord que, peu de temps après sa condamnation par la Cour d'assises de St-Brieuc (20 octobre 1920), le gardien-chef de la prison signale dans un rapport du 4 novembre que Forçard donne des signes d'incohérence..... « Il a pris un bain de pieds dans sa tinette, répandu des matières fécales et de l'urine dans sa cellule. » L'examen mental de l'intéressé avait été ultérieurement ordonné. Si nous ne nous trompons, ces manifestations répugnantes avaient cessé par la suite très rapidement et ne s'étaient pas reproduites. Nous assistons, à dix mois d'intervalle, au mois d'août 1921, à la réapparition de manifestations encore plus répugnantes ; nous n'oserions cependant affirmer leur vérité absolument littérale, sachant combien l'observation exacte et traduite d'une façon absolument conforme aux faits nécessite l'habitude de l'observation. Quoi qu'il en soit, l'état présenté par l'inculpé paraissant évoluer et revêtir des apparences assez troublantes, et toute information judiciaire étant plus que jamais impossible, la Cour de Rennes a ordonné un complément d'expertise pour laquelle nous avons été désignés.

C'est dans ces conditions que nous avons commencé à prendre communication du dossier et que nous nous sommes rendus à la prison de Brest pour constater l'état de Forçard. Voici résumée la première impression que les deux experts qui n'avaient pas encore vu l'inculpé ont recueilli de cette visite (16 septembre 1921).

Forçard est accroupi dans sa cellule, les entraves aux pieds. Il a déchiré son pantalon et sa vareuse et n'est revêtu que de sa chemise. Le contenu de la tinette a été répandu sur le parquet et Forçard qui a marché dans les matières fécales en a les pieds complètement souillés. Il a également des matières sur les mains mais beaucoup moins que sur les pieds. Pendant que nous le regardons, Forçard tourne sur lui-même, s'accroupit, marche à quatre pattes et inspecte les rainures du parquet, réunissant la poussière avec ses mains d'une manière simiesque. Voici un spécimen de ses réponses : « Je ne vous ai pas vu, Monsieur, je ne vous dirai rien parce que le ripolin ne vaut rien. Je suis ici depuis 3 ans 1/2. » Q. : Vous vous trouvez bien ici ? R. : Ça fait 6 ans 1/2, je ne vous conseille pas de faire comme moi. Un petit Porto avec du sel dedans.

Q. : Où êtes-vous ici ? R. : Ah, ah..... grimaces, ricane-ments. Q. : Avez-vous été incarcéré à la prison de la Santé à Paris ? R. : La pression atmosphérique, avec la vinaigrette....., etc. Le gardien nous donne les renseignements suivants que nous transcrivons à titre documentaire : Forçard ne dormirait pas depuis 8 ou 10 jours. On l'entendrait marcher la nuit, rouler sa tinette dans sa cellule, pousser des sortes de grognements. Il mange sa nourriture avec les mains ; une fois on l'aurait vu mettre des matières fécales dans sa gamelle vide. En dehors des repas, on l'aurait vu mettre des matières fécales roulées en boulettes dans la bouche. Cet ensemble nous paraît évidemment très suspect ; ces manifestations ne ressemblent guère à ce que l'on voit chez les aliénés et dénotent chez son auteur une volonté peu commune s'il les simule. Notons cependant que celui d'entre nous qui a déjà examiné l'inculpé à plusieurs reprises, il y a plusieurs mois, a l'impression que son état physique est au moins égal à ce qu'il était lors des précédents examens. Forçard est encore revu à deux reprises par le Dr Artur, à la prison de Brest, le 19 et le 23 septembre. Ce dernier ne constate aucune modification importante dans son état. Cependant il note que depuis la précédente visite Forçard est volontiers violent ; la veille il s'est livré à une suite de gestes désordonnés durant la journée et une partie de la soirée et a lancé sa gamelle sur le vitrage de la fenêtre

où il a cassé un carreau. Cette agitation succédant à la visite des experts est à retenir, soit que Forçard ait voulu les impressionner, soit que la perspective d'un nouvel examen par trois experts ait eu le don de l'émouvoir. Quoi qu'il en soit, prévoyant la nécessité d'une longue observation, nous obtenons le transfert de l'inculpé à l'asile d'aliénés de Quimper où il entre le 28 septembre 1921.

Nous diviserons l'observation de Forçard à l'asile en deux périodes qui contrastent complètement entre elles : la première période du 28 septembre 1921 au 25 janvier 1922 ; la deuxième depuis le 25 janvier jusqu'au jour de sa sortie de l'asile, le 25 mars, pour réintégrer la prison.

La première période elle-même présente quelques variations : d'une façon générale nous avons assisté à un renforcement progressif du tableau présenté par Forçard, à une sorte d'évolution d'une forme clinique étrange dans laquelle, à côté d'éléments évidents de simulation, apparaissaient des signes qui commandaient une certaine réserve ; mais arrivé à son acmé en quelque sorte, cet état a cessé brusquement pour faire place à l'état actuel. Nous avons assisté à une transformation radicale de la personnalité et de la manière d'être de son auteur. Forçard, revenu à son état normal, n'allègue plus qu'une amnésie dont les caractères providentiels laissent dans la nuit tout le passé qu'il a intérêt à faire disparaître de ses souvenirs.

Commençons par la première période. Le jour de son arrivée à l'asile, nous procédons à l'examen de Forçard ; il se présente la tête basse, les yeux regardent en bas, les bras croisés sur la poitrine. Le regard n'est pas éteint comme chez les confus ou les déprimés, il ne se fixe pas, il s'écarte mais sans brusquerie. La position de la tête inclinée sur la poitrine facilite à l'intéressé cette absence de regard. Si on essaye de lui relever la tête, il faut vaincre une résistance assez forte ; on sent la tonicité musculaire qui veille et qui résiste. Il est cependant difficile de lire sur cette physionomie qui paraît concentrée toute en dedans, où l'on ne voit passer aucun étonnement, aucune impatience. Les réponses du sujet nous fixent immédiatement par leur rapidité et leur absurdité persistante sur l'éveil de son esprit et sur l'invariabilité de son attitude. C'est la réédition des réponses que l'on connaît déjà et dont l'un de nous a rapporté de nombreux exemples dans son rapport. L'histoire racontée par Forçard est invariable dans ses grandes lignes, seules les réponses de détail sont imprévisibles : elles ont le don de dérouter à chaque instant par leur caractère invraisemblable ; c'est une sorte de parti pris dans l'absurde, une

conception de l'insanité absolument puérile, tellement invraisemblable et puérile qu'on s'étonne de voir son auteur persévérer dans un système de réponses qui semble signer immédiatement le diagnostic de simulation.

Voici quelques exemples : il se nomme Tarados Tardis, né en Circassie, ne parlant et ne comprenant que la langue tartare. Il est ici depuis 3 ans, dans une caserne de pompiers, chez son ami le capitaine Courtis. Q. : Avez-vous voyagé en chemin de fer hier ? R. : Ça fait 3 ans et demi, j'ai couché chez moi ici, ça fait 6 ans 3 mois ; nous sommes mercredi, en mars voyons 1920. — Il ne connaît aucun de nous, il n'a pas eu l'honneur de faire notre connaissance. On l'invite à regarder la pièce où il se trouve. Connaissez-vous cette pièce ? R. : C'est l'antichambre du capitaine. Q. : Est-elle meublée ? R. : Il y a un bidet (lampe électrique). On lui montre l'ampoule. R. : Il n'y a pas de lampe. Le lit est un piano, la casquette du Dr Artur un panier en fil de fer ; une montre est une burette pour mettre de l'essence, une montre-bracelet un pansement, une troisième montre « une talonne » pour visser la fenêtre, puis une savonnette. — Asseyez-vous sur la chaise. R. : Il n'y a pas de chaise, c'est un réchaud qui brûle, etc.

Nous avons vu, d'autre part, que l'inculpé se présentait à la prison de Brest comme un sujet malpropre et agité, capable, disait-on, de mélanger des matières fécales à sa soupe et de les manger. Or, dès le lendemain de son arrivée à l'asile, le 29 septembre, le changement à cet égard est subit et surprenant. Forçard est propre, urine et va à la selle dans un vase, il ne le renverse pas dans sa cellule, il ne se salit pas. Le sommeil ? Il a parfaitement dormi la nuit et le matin à la visite nous le surprenons dormant profondément dans son lit. Les repas ? Forçard mange très proprement tout ce qu'on lui donne sans en laisser une miette. Il semble qu'on soit sur le point de confondre un simulateur qui se trahit lui-même dès le premier jour. Forçard qui pesait 55 kilos le jour de son arrivée s'améliore physiquement et pèse à la quinzaine, le 15 octobre, 57 kilos. Mais cette attitude nouvelle, qui a été sans doute la conséquence d'une défaillance de sa volonté et de sa résistance physique, ne devait pas tarder à se modifier. Au bout de quinze jours environ, Forçard urine sur le parquet de sa cellule ; peu à peu il devient sale et commence à faire ses besoins sur le parquet ; il persévère malgré toutes les observations et menaces d'être renvoyé en prison. Au début de son arrivée à l'asile, il mange comme tout le monde sa soupe avec sa cuillère ; maintenant il mange sa nourriture

avec les mains. Jamais cependant il n'a souillé ses aliments comme à la prison de Brest, jamais il n'a refusé de manger, il a toujours mangé tout ce qu'on lui donnait de très bon appétit. Il n'adresse jamais spontanément la parole aux surveillants, mais il leur répond si ceux-ci lui posent des questions, sans se départir jamais de sa manière d'être, disant qu'il est le neveu de l'empereur de Tartarie, que le ministre lui a volé 300.000 francs, etc. Si on l'interpelle sous le nom de Forçard, il ne répond pas ou il déclare ne pas connaître ce Monsieur. Nous voyons tous les jours Forçard à la visite mais le plus souvent nous nous bornons à faire ouvrir la cellule sans lui adresser la parole, ou nous l'examinons à travers le guichet. Nous ne l'avons jamais trouvé en défaut dans ces conditions, ni surpris dans une attitude ou une mimique qui aurait été en contradiction avec son allure habituelle.

Nous interrogeons Forçard le 6 et le 12 octobre, sans que ses réponses nous apportent un élément nouveau. Il n'a jamais été en prison, il ne comprend pas ce que l'on veut dire avec la Cour d'assises de St-Brieuc ; il n'a jamais été condamné, il ne connaît pas ce Forçard ; il demande si Brest est en France. Il est ici à Paris. Puis il raconte ce qu'il faisait à Bakoust où il est né et où il a été élevé chez son oncle. Il a fait son éducation au Tardis Collège ; il a appris la géographie. Voici comment il répond à quelques questions : Paris est la capitale de la France, mais ce n'est pas si grand que Bakoust. Il ne connaît ni Marseille ni Grenoble ; les principaux fleuves de la France sont : la Manche ; la Seine. Il n'y a pas de montagnes en France. 10 novembre : Forçard présente un othématome à l'oreille droite sans que nous sachions comment il s'est produit. Il garde la même attitude, la tête à moitié baissée sur la poitrine, ne regardant jamais franchement en face. Il continue à répondre de façon absurde. Des pièces de monnaie sont..... de la résine. Invité à écrire, il répond qu'il n'a pas de porte-plume. On lui présente alors un crayon, mais il dit que c'est un cure-dents. On lui met en main un porte-plume ; il le pose sur la table et ne fait aucun essai pour écrire. Il fait entendre de temps à autre une sorte de claquement de la langue et des sons incompréhensibles. Il est ramené dans sa cellule. Nous pratiquons une ponction lombaire le 10 novembre. Très docile, absolument indifférent en apparence, Forçard paraît tout à fait insensible à la piqure et n'a pas la moindre contraction de défense. Après la ponction, il reste debout dans la salle, en chemise, le pantalon baissé sur les souliers, les bras croisés sur la poi-

trine et la tête basse. Il ne fait aucun geste pour remonter son pantalon et conserve cette attitude plusieurs minutes en sursautant plusieurs fois sur place. Le pouls est à 84. Il se laisse amener passivement sans rien dire. L'examen du liquide est négatif : ni lymphocytose, ni réaction du benjoin colloïdal. Ce fait est à retenir, Forçard nous ayant parlé ultérieurement d'une syphilis qu'il aurait contractée en 1917.

23 novembre : Forçard se présente les bras croisés, poussant des sortes de grognements et faisant claquer sa langue. De temps en temps, il frappe le sol avec ses sabots dans une sorte de trépignement saccadé. Q. : C'est bien vous Gaston ? R. : Gaston c'est moi, je m'appelle Tarados Yvan. Il est venu ici se promener, il est chez lui dans une chambre. Assis sur une chaise, il dit : je ne suis pas assis, je suis à genoux, il n'y a pas de chaise, je suis debout. Il part ce soir pour la Tartarie en ballon, le ballon est chauffé à blanc. Il dit qu'il ne nous a jamais vu, à moins qu'il nous ait rencontré au cercle ou au théâtre. On lui montre l'en-tête d'une feuille d'observation : il répond : il n'y a rien d'écrit. Nous lui présentons une feuille blanche en lui demandant si c'est un porte-plume. R. : C'est une feuille de chou. Immédiatement après nous lui faisons énumérer des objets au hasard. Un stylo est une règle, un crachoir devient un plumier ; notre blouse blanche est mauve, le lit est une cuisinière, la lampe une hache. Dans sa cellule, Forçard continue de se comporter comme précédemment. Il urine et va à la selle sur le parquet, il paraît étranger à tout ce qui l'entoure et n'adresse jamais spontanément la parole aux médecins ou aux surveillants. Il mange toujours de la même façon mais sans malpropreté spéciale. Les nuits sont tranquilles. Cette situation menaçant de se prolonger sans changement, nous décidons de placer Forçard au milieu d'autres malades, espérant qu'à leur contact il se modifiera et subira peut-être leur influence, bref, que nous assisterons peut-être à des variations intéressantes propres à contre-signer le diagnostic de simulation. Contrairement à notre attente, Forçard ne s'est pas laissé influencer, son attitude a été invariable ; il s'est comporté au milieu de malades calmes comme un étranger indifférent, il a paru ne rien voir, ne rien entendre, il n'a rien rectifié dans ses réponses ; il n'a jamais adressé la parole à aucun d'entre eux pas plus qu'aux surveillants, paraissant aussi indifférent à ce qui l'entourait qu'un catatonique.

1^{er} décembre : Forçard est assis sur le banc à côté des malades. Il tient toujours la tête inclinée sur la poitrine

et fait entendre de temps en temps un claquement de la langue et une sorte de grognement. A toutes les questions qu'on lui pose, il répond de la même façon fantaisiste et absurde, il invente les réponses les plus saugrenues, les plus opposées au bon sens, il accumule les contradictions les plus grossières, nie à l'instant ce qu'il vient de dire, donne aux mêmes questions les réponses les plus différentes à quelques instants d'intervalle et prend systématiquement le contrepied de l'évidence ou des notions les plus simples. « Il va partir ce soir à 4 heures pour Bakoust en ballon, de la place de l'Opéra. Pour arriver en Tartarie, il survolera la Chine, le Turkestan, la Suisse, la France ; le ballon a mille hommes d'équipage. — Il est ici chez son ami, il est très bien nourri, il mange de tout : du poulet, du lapin, des lézards, il boit du Pomard, des liqueurs, du vermicelle. Nous sommes au mois de mars 1920, en été. » Depuis son arrivée dans cette section de malades, Forçard fait toutes les nuits ou le matin ses besoins sur le parquet à côté de son lit ; ce fait s'est reproduit sans exception pendant des semaines ; aux observations qu'on lui adresse à ce sujet, il répond qu'il est très propre ou bien il garde le silence. A intervalles assez rapprochés, il fait entendre le grognement ou le claquement buccal déjà signalé et cela dans tout le courant de la journée. C'est une sorte de croassement assez bruyant et que l'on entend facilement de l'extérieur, quand il se promène dans la cour. Il a également l'habitude de sauter sur place assez souvent, produisant avec ses sabots une sorte de trépignement saccadé très sonore. Croassement, trépignement des pieds se reproduisent monotonement et invariablement des heures entières à la manière d'une stéréotypie. Pendant des heures entières également, il fait le tour de la cour, les bras croisés sur la poitrine, le dos légèrement voûté, la tête basse. Il est toujours isolé et n'adresse jamais la parole à personne. Tantôt il s'accroupit sur un banc situé sous une galerie couverte mais orientée vers le Nord ; il conserve cette attitude des heures entières paraissant insensible au froid. Si on l'appelle, jamais il n'obéit à l'injonction de la voix ; si on le prend par le bras, il se laisse conduire docilement mais il s'éloigne aussitôt quand on ne le retient pas par les vêtements, même si on lui pose des questions. Au moment des repas, il ne suit pas spontanément les malades qui rentrent dans la salle. Si on paraît l'oublier, il ne rentre pas seul. Arrivé dans la salle, Forçard ne paraît pas remarquer que les malades sont attablés et il traverse la salle dans toute sa longueur parallèlement aux tables sans s'asseoir à sa

place et se tient debout dans son attitude habituelle. On le conduit à table et quand il est assis devant son assiette, on constate que si Forçard nomme toutes choses d'une manière absurde, il sait bien que la soupe qui est sur la table est de la soupe et il se met à manger, mais il ne mange pas comme tout le monde. Le plus souvent, il baisse la tête vers l'assiette et se met à manger directement avec la bouche, lapant ses aliments à la manière d'un chien. Si on lui met une cuillère dans la main, il la laisse tomber, si on lui en représente une, en lui disant de la prendre, il ne le fait pas en répondant : ce n'est pas une cuillère, c'est un thermomètre. Il saisit cependant le pain avec les mains pour le porter à la bouche ainsi que le gobelet pour boire. S'il mange d'une façon bizarre, il ne mange pas malproprement, à la manière, par exemple, de certains déments précoces qui bavent dans leur soupe ou retirent les aliments de leur bouche pour les replacer dans leur assiette. Il mange tous ses aliments, complètement et lèche même son assiette. Jamais il n'a refusé ou oublié de manger. Son appétit a toujours été excellent. Il ne se met pas au lit spontanément et reste accroupi ou debout, à côté de son lit, sans faire aucun effort pour se déshabiller. Il se laisse enlever ses vêtements et mettre au lit ; sans cela on le trouve encore à minuit accroupi, en chemise, près de son lit.

3 décembre : Forçard a uriné dans son lit. Il est assis sur le banc, dans la salle, au moment de la visite. Il nous voit arriver et ses yeux, dirigés vers la porte, se détournent immédiatement de notre regard pour reprendre leur position habituelle sous les paupières, la tête inclinée sur la poitrine. Les yeux de Forçard sont très éveillés et nous avons été frappés, à la fois, par la vivacité du regard et par la promptitude avec laquelle ses yeux se sont détournés. Nous relevons sa tête et, aujourd'hui, il conserve cette position (la veille nous lui avions fait maintenir de force la tête droite), mais le regard a tendance à se porter en bas et à s'abriter sous les paupières. « Il ne nous a pas encore vu. Nous sommes un homme du monde, vêtu d'un smoking. Le surveillant tient sous le bras un oreiller (cahier de visite) et a sur la tête une serviette. Il attend son argent pour partir en ballon, à midi, de la place de l'Opéra. Le ballon a tantôt 150 mètres, tantôt 3 ou 4 mètres de long : il a un moteur à air, il marche par le courant d'air. Pour se rendre à Bakoust, il traverse l'Amérique (il n'y a qu'une Amérique), le pôle sud, la France, l'Espagne, puis il sera arrivé.

5 décembre : Mêmes réponses avec quelques variantes. Nous lui demandons quels sont les gens qui sont autour de lui. R. : Il y a des gentlemen, des artisans, des ouvriers. Il ne leur parle pas parce qu'il ne les connaît pas. On lui montre un malade accoudé sur la table ; il répond : il n'est pas accoudé, il n'y a pas de table. Jusqu'ici Forçard était sale, systématiquement sale et d'une saleté bien étrange et qui ne ressemble guère aux habitudes de malpropreté qu'on constate chez les vrais malades. Le 3 décembre et les jours suivants, il urine au lit, mais il n'avait pas encore complètement souillé son lit ou son pantalon ; on n'avait rien constaté qui ressemblât au gâtisme. C'est ce qui se produit pour la première fois à la fin du mois de décembre. Un quart d'heure avant la visite, Forçard a fait ses besoins dans son pantalon. Or, la veille, nous avions paru particulièrement sceptique devant ses réponses et nous lui avions dit qu'il était beaucoup moins fort qu'il ne pensait et qu'il n'arriverait pas à nous tromper. Le lendemain, il recommence à faire dans sa culotte, et à partir de ce jour il se comportera comme un gâteux..... jusqu'à la transformation subite à laquelle nous allons bientôt arriver. Dans la journée il se conduit comme précédemment ; il tourne autour de la cour, fait entendre les mêmes bruits qui se reproduisent à intervalles variés mais sans interruption. Son allure générale, sa mimique sont invariables et témoignent d'une persévération remarquable. Objectivement il fait penser à un dément précoce.

11 janvier 1922 : Forçard a fait ses besoins dans son lit et sans doute dans la nuit ; les matières sont en partie sèches et étalées sur sa chemise et sur son corps. Le visage est un peu souillé. Conduit au bain, nu dans la baignoire, il prétend qu'il a sur lui un caleçon de bain ou un pantalon. La baignoire n'est pas une baignoire, il n'y a pas d'eau. Forçard a marché pour aller au bain, il ne présente aucun signe de parésie des membres inférieurs.

12 janvier : Les réponses sont promptes, vives, il n'existe évidemment ni ralentissement psychique ni confusion, mais les réponses conservent le même caractère d'absurdité : le personnage qu'il prétend être est invariable ; son histoire est fixée depuis longtemps et ne subit aucune retouche. Il nous répond la tête et les yeux baissés : il ne sait pas ce que nous voulons dire en lui parlant de Brest, de la prison, de la Cour d'assises de St-Brieuc. A la fin, nous lui montrons une montre-bracelet en lui demandant quel est cet objet : il répond brusquement : c'est une queue de lapin. Le poids de Forçard se maintient à 55 kilos (15 janvier). La légère aug-

mentation de poids signalée dans la première quinzaine ne s'est pas maintenue, ce qui n'est pas surprenant, mais en somme l'état général n'a pas sensiblement souffert puisque le poids est égal à celui de l'entrée (28 septembre):

16 et 17 janvier : Forçard a continué de souiller son lit. Dans l'après-midi du 17 nous le revoyons. Il est toujours semblable à lui-même. 18 : Il salit encore son lit. Nous lui présentons un paquet de cigarettes en lui offrant d'en prendre une. R. : Il n'y a pas de cigarettes. Dans l'après-midi, il s'affaisse brusquement dans la cour. On le met dans son lit ; le soir il ne veut pas manger.

19 janvier : Nous le voyons au lit, la tête enfouie sous le drap, dans un lit complètement souillé de matières fécales. Forçard s'est couché sur elles, car le dos de la chemise est complètement barbouillé, mais le corps est relativement indemne, sauf les mains qui sont très souillées. Dès qu'on enlève le drap, Forçard se laisse tomber sur le parquet et reste étalé sans bouger sur le sol. On le replace dans son lit et il suffit de lui recouvrir la tête avec le drap pour qu'il reste immobile et ne fasse aucun effort pour sortir du lit. Le surveillant affirme que le lit était souillé au réveil et que Forçard a conservé sa position sous le drap, au moins à partir de ce moment jusqu'au moment où nous l'avons découvert. Relevé du parquet où il s'est laissé tomber, Forçard ne se tient pas debout, ses jambes plient sous lui et il se laisserait tomber brutalement s'il n'était retenu. Soutenu par un aide, il avance cependant les jambes mais ne les soulève pas ; il les traîne contre le parquet. Dans son lit il n'exécute aucun mouvement volontaire. Il ne réagit pas à la piqure non seulement des membres inférieurs, mais des mains et de la face. On peut diriger vers l'œil la pointe d'une épingle et l'approcher presque au contact sans qu'il manifeste un mouvement de recul et sans qu'il se produise du clignement des paupières. Le contact de l'épingle avec la conjonctive produit le clignement des paupières mais un mouvement de faible amplitude : le réflexe cornéen est faible, il n'est pas aboli. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont un peu vifs, le chatouillement plantaire produit le retrait du pied. Forçard est fatigué, presque abattu. Comme on lui propose du lait, il répond : pourquoi faire ? donnez-moi du champagne, si j'étais malade, je le saurais.

21 : Changé de quartier et placé dans un lit de gâteaux à bords élevés, Forçard continue à souiller son lit. Il est enfoui sous les draps, paraissant dormir. Mis debout, il s'affaisse et se laisse traîner, les jambes complètement fléchies, tout le corps inerte.

22 : Il est couché, la tête posée sur le traversin dans une attitude de résolution musculaire, la face un peu pâle, paraissant très fatigué ; il ne fait plus entendre le claquement de la langue. L'impotence des membres inférieurs est totale, il se laisserait tomber comme un corps inerte ; si on essaie de le faire marcher, il se laisse traîner, les jambes râclant le parquet.

Sensibilité. — On peut traverser la peau au niveau des cuisses sans qu'il manifeste de la douleur ou qu'il se produise des mouvements de défense, mais en réalité il paraît anesthésique à peu près sur tout le corps, sauf au niveau de la région inguinale et de la fosse iliaque qui sont sensibles ainsi qu'en témoignent les mouvements du sujet. La piqûre de la voûte plantaire ne produit pas le retrait du pied, mais seulement la contraction du tenseur du fascialata ; les réflexes rotuliens sont sans changement (sans exagération ni clonus). Forçard répond à nos questions d'une voix faible avec moins d'assurance, comme un homme épuisé de fatigue. « Il est dans un gazomètre. S'il était malade, il le saurait et il se mettrait au lit ; il est toujours chez son ami, le capitaine Courtis. »

23 janvier : Il fait entendre encore quelques grognements et claquements de la langue, mais beaucoup plus faiblement et à de rares intervalles. Il n'est plus dans un gazomètre, on ne peut pas vivre dans un gazomètre, mais dans un rocking-chair. Il n'est pas malade. Son faciès est pâle, fatigué, les conjonctives sont un peu injectées. L'impotence des membres inférieurs est sans changement. 24 : Conjonctivite bilatérale assez intense. On croit voir au méat une goutte purulente, mais le prélèvement n'ayant pu être effectué immédiatement on ne retrouve plus la goutte. On prélève du suintement urétral et de la sérosité conjonctivale : il n'y a pas de gonocoque mais des microbes d'infection secondaire en petit nombre. Forçard nous répond qu'il est dans un tronc d'arbre ; il est nuit ; il est 3 heures de l'après-midi. Comme nous lui disons qu'il nous fait des réponses de simulateur et qu'il a intérêt à nous tromper, il nous répond : vous êtes fou, vous êtes un imbécile, avec une grande vivacité. Il vient de gâter au lit. On le place sur une pailleasse pour le nettoyer ; couché en chien de fusil, immobile, les yeux injectés, il a un aspect assez lamentable. Nous disons familièrement à haute voix, à côté de lui, que s'il continue ainsi, il finira par y rester.

DEUXIÈME PÉRIODE

Le matin du 25 janvier, Forçard, cherchant à sortir de son lit qui est un lit de gâteaux protégé par un côté élevé, tombe ou se laisse tomber de la hauteur du lit sur le carrelage, et reste à terre immobile. On le replace dans son lit où il continue à garder l'immobilité. Au bout d'un quart d'heure environ, il sort de cet état, paraît se réveiller et demande au surveillant dans quel endroit il se trouve. Il manifeste un grand étonnement quand on lui dit qu'il est à l'asile d'aliénés et dit que ce n'est pas possible. Dès que nous arrivons, nous apercevons Forçard assis dans son lit, les yeux complètement ouverts, dans une attitude que nous ne lui avons jamais connue ; il nous demande immédiatement de lui expliquer ce qui lui arrive ; il prétend qu'il ne comprend pas et porte à plusieurs reprises sa main à la tête en disant : oh ! ma tête, ma tête ! Il nous donne une demi-heure après les renseignements suivants sur son état civil et son passé :

Il s'appelle Forçard Gaston, né à Plombières en janvier ou février 1896 ; son père est mort quand il était jeune, il ignore ce qu'est devenue sa mère. Il a fréquenté l'école de Plombières jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans. Il a ensuite quitté Plombières avec sa mère mais il ne sait pas pour quel endroit. Après c'est vague. Il se revoit ensuite à la maison de correction mais il ne peut dire où, il avait 16 ou 17 ans. Il ignore combien de temps il est resté à la maison de correction et comment il en est sorti. Il se revoit ensuite soldat dans un régiment de l'Ouest qu'il ne peut préciser ; puis il est blessé (il ignore comment et où il l'a été) dans un petit village, aux environs de Bordeaux, où il y a des pèlerinages. C'était l'année dernière en 1916. Il ne sait pas combien de temps il est resté là, ni comment il en est parti. Il voit tout trouble : il se retrouve dans une ambulance, non, en permission chez sa tante à Plombières. Ensuite c'est l'ambulance du fort de Frouard où il a été évacué pour blennorragie et chancre ; c'était en 1917. Il ne sait pas comment il avait rejoint son régiment, c'était dans l'infanterie. Il ne se rappelle plus rien ensuite, tout est noir. C'était au mois de mars 1917, ce mois-ci, puis il se retrouve dans le lit où il est en ce moment. Il pense qu'on l'a évacué de l'ambulance ici. Ce matin on lui a dit qu'il était tombé de son lit, il s'est brusquement vu dans un lit et il a demandé où il se trouvait. On lui a posé toutes sortes de questions et fait nommer des objets, puis on lui a dit qu'il se trouvait à l'asile. Il a cru qu'on se moquait de lui. Maintenant il voit bien que c'est

vrai puisque le médecin le lui affirme, mais que fait-il ici, il n'est pas fou et on n'a qu'à le renvoyer à son corps. « Je m'endors à Frouard et je me réveille à Quimper ; je crois que loin d'être fou, je vais le devenir. Et ma mère, qu'est devenue ma mère ? (ici une ébauche de claquement de la langue et de grôgnement). Mais je suis guéri, vous allez me faire partir. » Il ne nous a pas vu hier puisqu'il n'était pas encore ici, mais pour la première fois, il y a une demi-heure. Il sent ses jambes très lourdes, comme s'il y avait un poids de 100 k., mais il peut les remuer un peu, la gauche plus difficilement ; il ne peut les soulever au-dessus du lit. Quand on les touche, prétend qu'il ne sent rien ; si on le pince ou bien qu'on le pique, dit qu'on le touche mais ne sent pas la douleur ; mêmes réponses pour les membres supérieurs et le ventre. Il ne peut se soutenir sur ses jambes, il se soulève avec peine sur les bras, disant qu'il n'a pas de force. Pour la première fois, il a mangé sa soupe avec une cuillère et a demandé le vase pour uriner.

A partir de ce moment, l'amélioration de l'état physique fera des progrès très rapides ; ces phénomènes que nous considérons comme des manifestations d'épuisement vont décroître en l'espace d'un petit nombre de jours. Dès le 1^{er} février, Forçard demande s'il pourra bientôt se lever car le lit le fatigue. Quant aux souvenirs ils se précisent non moins rapidement, à l'exception toutefois d'une longue période « amnésique » qui restera telle jusqu'à la fin. Dans l'après-midi du premier jour (25 janvier), il complète les renseignements donnés le matin, mais il y a encore beaucoup de lacunes ; Forçard cherche, réfléchit. Nous lui montrons un journal du mois de janvier. En voyant la date il dit : alors je suis couché ici depuis 1917 ? Qu'est devenue ma vie durant cette époque ? Je ne comprends pas. Entre l'ambulance du fort de Frouard et ce lit..... rien, tout noir. Si j'avais été fou, j'aurais reconnu les gens. Comment ai-je été envoyé ici ? Est-ce que je vais rester longtemps ici ? Pendant quelques jours il joue l'étonnement et paraît supposer que, maintenant qu'il est guéri, il ne va pas tarder à sortir. Il demande si sa mémoire reviendra bientôt. L'appétit est formidable, c'est une véritable boulimie. Il nous réclame un supplément de pain qui s'ajoute à un litre de lait que nous lui avions octroyé deux ou trois jours auparavant. Il mange plusieurs assiettes de soupe et accepte ou quémande le reste de pain des malades. A la lettre, il mange comme quatre ; d'ailleurs l'augmentation de poids est démonstrative. Forçard, qui pesait 55 kil. le 15 janvier, atteint le 24 février 64 kil., soit 9 kil. d'augmentation en 5 semaines. Le 26 et les jours sui-

vants, il ne complète pas encore les souvenirs qu'il avait commencé à nous donner. Il se comporte comme quelqu'un qui tâtonne et qui aurait besoin de se rééduquer. Il paraît se considérer comme un soldat qui est appelé à rentrer bientôt à son corps. Il est d'ailleurs encore à moitié impotent, ne peut s'asseoir facilement dans son lit.

Le 27 janvier, il « s'exerce » à écrire, disant que s'il peut copier, il est incapable d'assembler spontanément les lettres. Il a oublié la date que nous lui avons apprise la veille et prétend même que nous ne lui avons pas montré de journaux ; il nous répond que nous sommes en mars 1917. Devant cette attitude, nous lui disons qu'il est loin d'être guéri et qu'il gardera le lit aussi longtemps que les troubles de la mémoire persisteront. Nous l'engageons à faire effort et à réfléchir. A partir du 31 janvier, les souvenirs de Forçard se précisent très rapidement. Le 2 février, il complète les renseignements donnés antérieurement, mais jusqu'à son service militaire seulement ; il y a encore quelques imprécisions mais il assure que ça reviendra. En revanche, il n'a retrouvé absolument aucun souvenir après le mois de mars 1917. Il ne sait absolument rien de sa vie pour les années 1917 (après le mois de mars), 1918, 1919, 1920, 1921 et les 25 premiers jours de 1922.

Le 10 février, il écrit à sa tante à Plombières et lui demande de le renseigner sur cette période obscure de sa vie. Le 11 février, il a retrouvé ? tous les souvenirs de sa vie jusqu'au fatidique mois de mars 1917. Sur ce point, il reste et est resté invariable et irréductible. Cependant sa curiosité est éveillée et il essaye de nous faire parler. Il voudrait connaître sa véritable situation : nous devons savoir d'où il vient, il n'est pas venu, sans doute, sans papiers, il n'est pas tombé du ciel. Est-il venu comme civil ou comme militaire ? Il réclame avec insistance à quitter son lit et paraît manifestement ennuyé de notre refus. Le 13 février, nous entrons dans la salle avec le D^r Artur. Forçard nous voit arriver et à deux reprises tourne les yeux vers nous. Le D^r Artur affecte de ne pas connaître Forçard qui ne bronche pas, mais notre confrère nous demandant si ce « malade » vient d'arriver de Brest, la physionomie de Forçard prend une expression ennuyée et même franchement hostile et il paraît faire effort pour se tenir calme. Il nous remet une note que nous lui avions demandé de nous écrire sur les souvenirs qu'il a retrouvés : elle est la confirmation écrite de ce que nous savions déjà. Forçard ne veut rien dire de sa vie à partir du moment où il commence, pendant la guerre, à avoir à faire avec la justice. L'observation se poursuit pendant les mois

de février et mars sans que nous en obtenions davantage ; mais il a largement refait son état physique et pèse, le 8 mars, 68 kil.

Résumons l'état actuel et l'évolution très rapide de sa transformation depuis le 25 janvier. Immédiatement après « son réveil » brusque, Forçard a pu nous dire les grandes lignes de son enfance et nous conduire d'emblée jusqu'au mois de mars 1917, ses données sont conformes à ce que nous connaissons de lui et témoignent d'une capacité d'évocation normale. Le 10 février, il écrit sa première lettre à sa tante de Plombières. « Je suis à l'hôpital des fous à Quimper où je suis soigné. Mais je ne suis pas fou, j'ai seulement une perte de mémoire, mais je suis presque guéri et je compte bientôt aller te voir. Je me souviens jusqu'en mars 1917, depuis rien. Ecris-moi vite, dis-moi si tu sais ce que je suis devenu pendant ce temps et si j'ai quitté Plombières. » Il reçoit le 16 une lettre de sa tante qui ne répond pas à ses questions et se borne à lui dire : nous n'avons eu que d'affreuses nouvelles de toi.

Il écrit à nouveau à sa tante pour lui demander ce qu'elle veut dire : « C'est vague et pourtant cela me donne bien à penser surtout après quelques paroles échappées à un malade. J'aurais tué un commandant ? Est-ce vrai ? » Dans une nouvelle lettre, il écrit : « Tu me dis que j'ai déserté, juge de mon étonnement, moi qui aimais tant la vie du front. Pour moi aucun changement. Je me sens l'esprit et les idées nets, mais toujours l'obscurité pour ma vie depuis 1917. Tout m'est revenu très bien jusqu'en mars 1917, puis aucun souvenir. C'est ce qui m'étonne et quand j'y songe j'ai grand'peur que cela ne revienne jamais, car si les souvenirs devaient revenir ça serait fait depuis un mois tandis que c'est toujours le néant ; pas la moindre notion de rien. »

Nous arrêtons là l'observation de Forçard. Il peint lui-même mieux que nous ne pourrions le faire la nouvelle attitude qu'il a adoptée. Il a retrouvé brusquement sa vraie personnalité, quand, à bout de forces, il a pu penser que sa vie était menacée. Instantanément, peut-on dire, il a repris l'usage normal de ses facultés intellectuelles. « Réveillé » dans des conditions si étranges, il n'est ni affaibli mentalement, ni égaré, ni délirant. Il atteint d'emblée toute sa lucidité, mais, chose étonnante, une nuit de cinq ans est venue fort à propos recouvrir tous les souvenirs de sa vie qu'il a un intérêt capital à supprimer, et il se présente désormais à nous comme le héros inconscient d'événements qui lui seraient totalement inconnus.



Que devons-nous penser de cette brusque transformation, du retour quasi-instantané de Forçard à son état normal et de son allégation presque immédiate qu'il a perdu tous les souvenirs de sa vie depuis le mois de mars 1917 ? Le champ des hypothèses est très circonscrit par le « Réveil » de Forçard et par l'intégrité aujourd'hui évidente de ses facultés mentales. Si on excepte l'amnésie qu'il allègue encore, Forçard reconnaît lui-même qu'il est complètement sain d'esprit. L'a-t-il toujours été, autrement avons-nous vraiment à faire à un cas de simulation de la folie d'une durée exceptionnelle ?

C'était la conclusion à laquelle l'un de nous était arrivé précédemment alors que Forçard s'efforçait de jouer le rôle d'un personnage imaginaire et le compliquait étrangement d'une transformation variable et fantaisiste du monde extérieur, pensant, en jouant la pure absurdité, imiter la folie. Pendant la période où nous l'avons observé à l'asile, Forçard a continué à se présenter à nous sous les mêmes apparences, mais il a ajouté à la transformation psychologique de sa personne et à l'absurdité de ses réponses, un ensemble mimique, une série de manifestations corporelles dont la persévérance et la perfection tout à fait remarquables commandaient une certaine réserve, et dont le véritable caractère ne pouvait être scientifiquement démontré qu'à force de patience et de temps. Tout était anormal, éminemment suspect dans les apparences présentées par Forçard ; la cessation brusque d'un état aussi accentué que celui qu'il montrait depuis le mois de novembre 1920, complète et démontre le caractère artificiel et volontaire du tableau qu'il a admirablement joué pendant de longs mois. En effet, la guérison immédiate, soudaine, n'est pas du tout dans le caractère des maladies mentales même les plus simples et les plus courtes. Ces surprises évolutives rappellent étrangement l'hystérie et la simulation.

L'un de nous a fait allusion dans son rapport au dédoublement de la personnalité, à ce problème obscur qui à l'époque héroïque de l'hystérie a passionné certains milieux scientifiques et attiré des chercheurs qui n'ont pas toujours su éviter dans son étude l'écueil de la supercherie ou de l'insincérité. Et bien cette « transformation » de la personnalité déjà si difficile à contrôler, même dans le cas où un puissant motif de simulation ne vient pas la rendre suspecte *à priori*, s'accompagnait de plus chez Forçard d'une

transformation invraisemblable des données du monde extérieur et d'un ensemble de réponses où l'absurdité était érigée en règle. Une « transformation » de la personnalité ainsi comprise accumule comme à plaisir toutes les impossibilités. Elle ajoute à une des données les plus mystérieuses de la psychologie pathologique, aux ténèbres de la vie inconsciente, une sorte de fantasmagorie étrange qui se joue de toutes les lois logiques et psychologiques, pour transformer le monde extérieur dans un sens toujours imprévisible. Pas une perception de Forçard, pas un objet, pas une couleur qui ne fussent transformés dans un sens toujours nouveau et fantaisiste. La mémoire elle-même qui aurait dû assurer à Forçard dans sa période de pseudo-transformation, l'unité de sa vie psychologique en reliant entre eux les souvenirs de la veille à ceux du lendemain, cette mémoire dont ne sont guère privés que les déments, était inexistante chez Forçard, puisque d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre, il niait ce qu'il venait de dire et prétendait toujours nous voir pour la première fois. Ce phénomène d'amnésie était donc bien étrange et n'était pas en réalité autre chose qu'un phénomène d'opposition, opposition volontaire, comme nous allons le démontrer ? En effet, si Forçard, quand il se disait Tarados, a toujours opposé à nos tentatives, pour essayer de contrôler ses souvenirs, une attitude invariable en niant sa personnalité réelle, cependant il s'est trahi au moins une fois. Le détail que nous rapportons a une grande importance et montre que les souvenirs de Tarados et de Forçard se confondaient quelquefois. Nous lui avons demandé un jour ce que signifiaient les mots « stéréotypie et stéréotyper », Forçard qui a été apprenti typographe à Cannes à l'âge de 14 ans (environ en 1910) et qui a fréquenté au moins quelques semaines un atelier, nous a répondu que c'étaient des termes d'imprimerie et nous en a donné l'explication. Cette réponse faite par l'intéressé quand il jouait le rôle imaginaire de Tarados a été, en quelque sorte, l'irruption fugace et involontaire des souvenirs propres à Forçard, jeune dans sa personnalité d'emprunt. Ce simple détail est significatif. Forçard a beaucoup imaginé ou bien il s'est souvenu pour échafauder son histoire, de cinéma ou de roman-feuilleton, il y a ajouté beaucoup d'absurdités pensant ainsi jouer la folie. Il a été assez habile pour éluder, grâce à sa personnalité fictive, tout interrogatoire embarrassant, mais le détail que nous citons est la démonstration que la mémoire du pseudo Tarados ne faisait qu'un avec celle de Forçard, qu'il jouait la comédie quand il prétendait ne rien connaître de ce dernier. Forçard était conscient, éveillé, sur ses gardes,

bref, sa prétendue transformation était une fiction grossière qui est absolument à rejeter.

En dehors du diagnostic de simulation, on aurait pu penser à un syndrome de Ganser. On désigne ainsi un ensemble symptomatique rentrant dans la catégorie des états « de rêve » ou des états crépusculaires. Il est constitué en particulier par un ensemble de réponses absurdes ou « à côté », s'accompagne de signes d'hystérie et d'une période amnésique qui embrasse une période plus ou moins grande de la vie du sujet. Cet ensemble qui a toutes les apparences de la simulation, peut cependant être quelquefois avant-coureur d'un état morbide, en particulier de la démence précoce, mais tous les auteurs qui l'ont signalé ont insisté sur ce fait que ce syndrome s'apparente de très près à la simulation et ne serait autre chose que la simulation des délinquants ou des prisonniers. Dans ces conditions, on comprend qu'il appartient à l'évolution seule de juger en dernier ressort la signification d'apparences aussi suspectes. Quand ces apparences se manifestent chez un condamné qui a manifesté l'intention de simuler la folie et qui a tenté de s'évader de la prison, comme l'a fait Forçard, il y a de grandes chances pour la simulation pure et simple. Mais, de plus, l'évolution a été décisive et nous a permis d'éliminer absolument un syndrome de Ganser qui aurait été avant-coureur d'un état de dissociation psychique du genre « démence précoce ». La durée vraiment exceptionnelle de la simulation pourrait y faire penser.

Quant aux états crépusculaires de l'hystérie, nous pensons qu'ils sont tout différents ; de plus, ces états ont pour caractéristique d'être de durée beaucoup plus restreinte et de faire suite à des crises ou à des manifestations d'hystérie. Ces explications n'ont qu'une valeur et un intérêt rétrospectif en quelque sorte, puisque Forçard est sorti de cet état et qu'il ne présente après sa transformation aucun signe d'affection mentale. « Réveillé », il est très lucide, très maître de lui, il oppose à toutes nos questions un sang-froid parfait et il proclame lui-même qu'il est guéri. Mais cette guérison est aussi étrange que l'était la période précédente, c'est une guérison limitée, c'est la cessation de manifestations exténuantes, d'un rôle qui exigeait de son auteur une volonté, une ténacité, une force de résistance peu communes..., mais aussitôt survient ou persiste une amnésie qui permet à Forçard de retrancher de ses souvenirs, non seulement la période de simulation, mais toute la période de sa délinquance. Ceci est un argument décisif contre les hypothèses théoriques que nous avons envisagées pour essayer de nous

rendre compte de la nature des manifestations présentées par lui depuis le mois de septembre 1920. En effet, nous allons démontrer que cette amnésie est également simulée et que la transformation de Forçard n'est qu'un changement de simulation, la cessation d'une simulation très difficile et son remplacement par une simulation facile et de tout repos.

On pourrait comprendre à la rigueur que Forçard prétende avoir perdu le souvenir d'une période crépusculaire dans laquelle il se serait trouvé depuis novembre 1920, réalisant ainsi une sorte de personnalité seconde, étrangère au véritable Forçard. Cette amnésie serait encore très suspecte, mais elle aurait un semblant de logique et cadrerait théoriquement avec l'hypothèse d'un état second ou d'un syndrome de Ganser. Pour nous, ces dernières hypothèses étaient impossibles à admettre : le dédoublement était illusoire, le syndrome de Ganser était une manifestation de simulation, mais à cette impossibilité fondamentale, Forçard ajoute une impossibilité nouvelle, une preuve nouvelle : le caractère de l'amnésie qu'il allègue au moment de son prétendu réveil. Forçard prétend avoir tout oublié de sa vie depuis le mois de mars 1917. Ainsi l'amnésie qu'il invoque aujourd'hui a infiniment débordé la période de pseudo-transformation pendant laquelle Forçard Tarados a prétendu ne rien connaître de l'existence de Forçard. Cette amnésie recouvre, non seulement les souvenirs du faux Tarados, mais encore les souvenirs de la période la plus grave de la vie de Forçard. Cependant c'est bien Forçard qui a comparu, le 20 octobre 1920, devant la Cour d'assises de St-Brieuc ; il s'est défendu avec intelligence, il a donné, si l'on se reporte aux journaux de l'époque, des renseignements précis sur ses exploits. Donc, quand Forçard a comparu devant la Cour d'assises, il connaissait tout son passé. C'est pourquoi, quand Forçard retrouve brusquement sa véritable personnalité, il devrait retrouver, s'il n'avait pas simulé, les souvenirs de Forçard jugé et condamné le 20 novembre 1920 et tous les souvenirs antérieurs qu'il avait à ce moment-là.

D'ailleurs que pourrait être cette amnésie si elle n'était pas simulée ? A quel type clinique pourrait-on la rattacher, comment pourrait-on la comprendre ? Une amnésie post-infectieuse, une amnésie toxique, mais Forçard n'a jamais présenté des signes d'une toxi-infection ; jamais nous n'avons constaté chez lui de signes de confusion mentale ou de psychose infectieuse. De plus, dans les cas de ce genre, les caractères de l'amnésie sont tout différents ; les souvenirs du malade ne sont pas détruits complètement, ils sont

vagues, flous, imprécis, mal localisés, l'amnésie est moins étroitement cantonnée à une période de la vie nettement délimitée, à arêtes vives comme chez Forçard. Le malade fait effort pour se souvenir et y parvient peu à peu ; il y a des imprécisions, des confusions, des inexactitudes, ce n'est pas le néant, comme l'a écrit Forçard. Au point de vue somatique, il y a enfin des signes indiquant la convalescence d'un état aigu ou subaigu. Ici, dans le cas de Forçard, la lucidité de l'intelligence s'est révélée d'emblée et d'emblée l'amnésie a atteint ses caractères définitifs et invariables. Toutes les autres variétés d'amnésie prêteraient à des considérations analogues.

Il ne reste plus que les amnésies fonctionnelles, les amnésies purement psychologiques. Dans ce groupe nous ne voyons que deux catégories de faits : l'amnésie d'un état second ou l'amnésie simulée. L'amnésie d'un état second ? Mais pour nous il n'y a pas eu d'état second et dans cette hypothèse la perte de mémoire ne devrait intéresser que la période crépusculaire, c'est-à-dire la période pendant laquelle il y aurait eu une sorte de suspension de la conscience normale. Il n'en est pas ainsi : Forçard « éveillé » allègue une amnésie qui recouvre toutes les années de sa délinquance, une amnésie qui débute au mois de mars 1917 pour se terminer à la fin du mois de janvier 1922 ! Ce qu'ont été ces années de délinquance et de criminalité est longuement inscrit à son dossier. Son ingéniosité, son aptitude à changer de nom, à se cacher, tous les détails de sa vie relevés au cours de l'instruction ou par la police judiciaire, les tentatives faites au cours de sa détention même pour s'évader, tout cet ensemble est la démonstration que Forçard possédait pendant cette longue période un sens très précis du monde extérieur et de sa véritable situation.

Nous concluerons donc que si Forçard allègue aujourd'hui l'oubli, s'il prétend ne rien connaître des événements de sa vie entre le mois de mars 1917 et le mois de janvier 1922, cette amnésie ne peut être qu'une amnésie volontaire, une fausse amnésie, une amnésie simulée.

CONCLUSIONS

1° Forçard Gaston-Marie qui simulait la folie depuis le mois de novembre 1920 a cessé de simuler et actuellement revenu à son état normal. Il n'est atteint et n'a été atteint d'aucune maladie mentale.

2° Il prétend cependant avoir perdu le souvenir de sa vie

depuis le mois de mars 1917, mais cette amnésie est elle aussi une amnésie simulée.

Quimper, le 31 mars 1922.

Traduit devant la Cour d'Assises du Finistère en juillet 1922, F... complètement lucide répondit normalement aux questions qu'on lui posait sur son état civil, mais prétendit avoir tout oublié de sa vie depuis 1917. Il restait ainsi fidèle au système qu'il avait adopté à l'Asile après la transformation subite de sa personnalité. Ce système commode lui permit de rester étranger en quelque sorte à la discussion du meurtre dont il était accusé. Il se borna à dire qu'étant sujet à des actes inconscients, il était possible qu'il eut commis un meurtre dans une période d'inconscience complète mais qu'il en avait perdu le souvenir. Cette attitude qu'il conserva jusqu'au bout ne troubla aucunement les jurés qui rapportèrent un verdict de condamnation.

F. fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUILLET 1929

Présidence de M. DUPAIN, ancien président

MM. Paul Abély, Blondel, Collet, membres correspondants, assistent à la séance.

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

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique en réponse à celle que je lui ai adressée pour l'avertir que nos collègues, retenus par des engagements antérieurs, se trouvaient dans l'impossibilité de se rendre à Londres.

Le 2 juillet 1929.

MONSIEUR,

Je suis chargé par l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique d'accuser réception de votre lettre du 26 juin, par laquelle vous avez bien voulu exprimer à Son Excellence les regrets de la Société Médico-Psychologique de ne pouvoir être représentée à la réunion annuelle du « Royal Medico-Psychological Association » qui aura lieu à Londres du 9 au 12 juillet.

2. Copie de votre lettre a été envoyée au Principal Secrétaire d'Etat de Sa Majesté Britannique aux Affaires Etrangères.

Veuillez agréer...

En septembre prochain doit se réunir, à Vilna, le Congrès Polonais de Médecine générale et des sciences naturelles. Ce Congrès comporte une section de Psychiatrie. Je vous propose de déléguer à ce Congrès notre collègue M. le D^r Minkowski, qui représentera la Société Médico-psychologique (*adopté*).

Délire mystique chez deux jumeaux

par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

Le 31 janvier 1929, entrainé à Ste-Anne, venant du Dépôt, un jeune homme pâle, amaigri, agité, Gab. Camille, avec le certificat suivant : *Débilité mentale, gémellarité ; bouffée délirante récente avec idées mystiques. Etat psychopathique simultané de deux jumeaux : son frère et lui ont lu la Bible, ont cru avoir reçu une mission de Dieu, parle de fluide magnétique, illumination. Prédit « qu'on va tous mourir dans le feu éternel ». Il tuera le dragon, etc. Suggestibilité, se met à genoux, embrasse le parquet sur commandement. Phase d'agitation violente, criait, mordait, se débattait ; a voulu dans la rue hypnotiser des agents qui l'ont arrêté. Lutte forcenée, confusion de l'œil gauche et du nez. Chétivité, pâleur.* (Logre).

Le 4 février 1929, son frère Gab. Robert venait le rejoindre, venant de l'hôpital Henri-Rousselle : *Excitation atypique vraisemblablement symptomatique d'une démence précoce. Incapacité professionnelle. Actes extravagants ; scandales sur la voie publique ; violences à domicile. Mutisme avec opposition, refus d'examen et violences, bris de glace. Réponses à côté, pleurs, hurlements ou rires sans raisons. Idées délirantes, propose de transmettre la force supérieure que renferme sa poitrine. « Je suis le violon dans la maison du Seigneur ». Réflexes exagérés. Impulsions violentes imprévisibles le rendant dangereux pour l'entourage. Frère jumeau interné le 30 janvier pour troubles analogues.* (Courtois).

Les deux malades, de ressemblance physique remarquable, arrivés dans le service dans le même état mental : agitation confusionnelle extrême, violences, mutisme, refus d'aliments, et dans le même état de chétivité et de fièvre, sont décédés d'infection grippale fébrile, l'un, Camille, le 9 février et l'autre, Robert, le lendemain 10 février.

Nous désirons retracer l'histoire pathologique de ces

deux jumeaux, tant au point de vue psychiatrique que social. Elle nous montrera à quelles conséquences peuvent arriver les élucubrations mystiques de certaines sectes protestantes jouissant, surtout en Angleterre et en Amérique, d'une vogue extraordinaire.

Camille et Robert Gab., célibataires, âgés de 21 ans, sont nés jumeaux le 12 juin 1907 d'un père mort de P. G. en juin 1921, à Ville-Evrard, et d'une mère paraissant normale mais, en tout cas, singulièrement suggestible. Ils vinrent au monde après 8 ans de mariage, pas de fausse couche. La réaction de B.-W. du sang, recherchée chez la mère et chez les enfants au commencement de 1921, a été trouvée négative.

Les deux enfants naquirent frêles et délicats ; pas de convulsions ; aucune maladie infantile, sauf la rougeole. Ils reçurent une bonne instruction moyenne, obtinrent le certificat d'études et suivirent pendant 2 ans les cours de l'Ecole Estienne. Leur intelligence était médiocre, ils gagnaient cependant leur vie dans l'industrie et n'offraient aucune particularité mentale à signaler. Bien élevés par leur mère, de bonne conduite, donnant toute satisfaction, les deux frères s'aimaient beaucoup et rien ne faisait prévoir leur malheureuse destinée. Toute la famille était catholique, sans suivre avec zèle les pratiques religieuses.

En novembre 1928, Robert va un soir au Cinéma. En passant rue St-Martin, il lit sur une affiche l'annonce d'une conférence religieuse pour le lendemain. Il s'y rend et en revient tellement enthousiasmé qu'il y entraîne, le mardi suivant, sa mère et son frère. Ils deviennent tous les trois les disciples ardents et convaincus d'une secte protestante qui explique l'histoire humaine entière par des symboles tirés de la Bible et fixe à une date très rapprochée le jugement de Dieu et la fin du monde. La mère et ses deux fils vécurent dorénavant sous l'influence directe du pasteur X... et de Mlle R... sa collaboratrice.

Celle-ci nous dit textuellement dans une lettre :

« Ces deux jeunes gens ont suivi depuis le mois de novembre, une fois par semaine, une série de conférences. Ces conférences publiques expliquent les merveilleuses prophéties des Saintes Ecritures. Certaines sont écrites depuis 6.000 ans et se sont toutes accomplies avec une exactitude

remarquable. Les avant-dernières s'accomplissent actuellement sous nos yeux et nous voyons déjà se dessiner les dernières. Nous vivons dans les derniers temps de ce monde, nous pouvons le prouver par les prophéties que Jésus-Christ a données lui-même et je vous supplie, avant de nous traiter peut-être d'« illuminés », d'ouvrir le livre de Dieu et de vous rendre compte par vous-même que l'Histoire est venue tout accomplir.

Les prophéties qui annoncèrent le 1^{er} avènement de Christ sur la terre se sont accomplies avec une exactitude merveilleuse : le lieu, la date, les circonstances de la naissance du Christ étaient révélées des siècles à l'avance et Pascal, qui en parle dans ses *Pensées*, et Newton, qui les étudia, les admirèrent profondément et leur donnèrent avec raison une origine divine. Or, celles qui annoncent son deuxième retour en gloire ne sont pas moins précises, pas moins extraordinaires, pas moins nombreuses. Il y a 4 fois plus de prophéties concernant ce 2^e retour et elles sont, à l'exception des toutes dernières, dans le passé. Eh bien, ces choses ont été traitées à fond dans nos conférences et je vous assure qu'elles donnent à ceux qui les approfondissent une paix parfaite et l'attente paisible de l'Avènement de Notre-Seigneur Jésus-Christ et l'établissement prochain de son règne sur cette terre.

Mais me direz-vous peut-être, c'est cela qui a frappé ces jeunes gens ! Je ne le pense pas. Ils étaient surtout étonnés et peïnés que ces choses ne soient pas expliquées par la Chrétienté en général et que celle-ci remette à des siècles dans le futur un événement qui doit se passer dans notre génération et pour lequel le monde entier est appelé à se préparer. Ils ont pris la chose très à cœur, cela est vrai, mais doit-on les en blâmer. Jésus-Christ a dit : « Sondez les Ecritures, car c'est par elles que vous aurez la vie éternelle », et Il ajoute : Ta Parole est la Vérité ; l'étude de ta Parole éclaire, dit-Il, elle donne de la sagesse aux simples (Jean 17 : 17, Psaumes 119 : 151). D'autre part, Jésus dit : Je vous donne la Paix et vraiment ces deux jeunes gens, ainsi que leur chère mère, se réjouissaient beaucoup de connaître enfin la Volonté de Dieu telle qu'elle est annoncée dans son Livre, sans altération. A tous leurs amis et connaissances ils parlaient de leur foi, de ce Message pour notre époque qui fait connaître indiscutablement par les Saintes Ecritures que l'heure du Jugement de Dieu est venue, qu'il a commencé en 1844 et que la fin de toutes choses est proche. Mme Gab. pour-

ra vous dire elle-même sa joie de connaître ces choses qui sont pour elle une vraie révélation, malgré la grande épreuve qui la frappe et je prie Dieu qu'Il la soutienne et la fortifie.

Mais voici où je veux en venir. Nous sommes persuadés que ces jeunes gens ont été les victimes de Satan, de l'Ennemi de Dieu, de l'ennemi de nos âmes. Ils ont été des possédés des démons. Mais nous savons que la Puissance de Christ est supérieure à celle de Satan et qu'au nom de Christ ceux qui croient chasseront les démons et qu'ils guériront des malades. Ce sont les dernières paroles du Christ (Marc 16 : 20). »

Le lundi 28 janvier 1929, Camille et Robert Gab. sortent à 9 heures du matin de la gare de la Bastille, venant à Paris de Champigny, pour se rendre à leur travail journalier. Ils sont frappés tous deux de l'attitude à leur égard des agents « qui leur font de gros yeux ». Le comportement de Robert semble si bizarre que ceux-ci l'emmènent au Commissariat de police où sa mère vient le chercher à midi. Revenu à la maison, il se montre lucide, travaille un peu et déclare qu'il avait lutté avec les forces du mal et avait vaincu. Nuit calme ; le lendemain matin, il dit aux siens : « C'est merveilleux, j'ai communiqué avec Dieu toute la nuit, j'aurai une bonne place au Ciel, je serai assis avec les Prophètes ».

Le lendemain matin mardi, les jeunes gens retournent à Paris avec leur mère et vont à pied rue Michel-Bizot. Robert entre chez un bijoutier, achète une montre 100 fr., donne 10 fr. de pourboire et laisse ses gants sur le comptoir, en disant « il faut se dépouiller et donner ce que l'on possède ». Tous deux sont surexcités, veulent s'hypnotiser. Camille essaie d'évangéliser la foule, énonce des prophéties, se sauve et est arrêté dans la rue St-Martin par les agents qui le conduisent au Commissariat de la rue Beaubourg. Robert rassure sa mère, en lui disant que tout va s'arranger, que Dieu vient de lui faire savoir que Camille reviendra.

Un agent vient chercher la mère : « Si tu y vas, s'écrie Robert, tu seras avec le diable ». Celle-ci, rendue au Commissariat, trouve Camille à terre, poussant des cris épouvantables : « Scélérats, vous serez jetés dans l'étang de soufre ». C'est ainsi que le malade a été amené au Dépôt.

L'après-midi à 4 heures, Robert va à la salle de conférences, saute au cou du pasteur, en s'écriant : « Nous avons vaincu le dragon », et l'embrasse ainsi que Mlle R... Le pasteur intrigué ne comprend rien à cette scène, lui trouve l'air égaré et le voit pleurer. Il le reconduit chez sa

mère alors qu'il prononçait des paroles incohérentes, en chantonnant par intervalles : « Maman, n'aie pas peur ».

Le mercredi 31 janvier se passe sans incident, le jeune homme se trouve très fatigué et incapable de travailler.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, il s'excite, parle de la divinité, prétend que le démon cause en lui, chantonne, répète à chaque instant : « Tu m'aimes bien, maman, tu me protèges, maman ».

Le jeudi, le pasteur vient le voir à 4 heures, le trouve toujours agité, lui impose les mains, en même temps que la mère et Mlle R... font des prières. Robert, délivré des démons, se calme, cause aimablement et prend quelques aliments ; mais l'esprit du mal était toujours là, le jeune homme le sentait, criant « entre Satan ». La nuit du jeudi au vendredi fut tragique. Mlle R... et la mère étaient rompues de fatigue à force de prier et de lire la bible, et s'endorment. A 1 heure du matin, Robert se dresse sur son lit, les mains en l'air, envoyant des souffles glacés. C'était le démon lui-même, selon le mot de la mère ; il grinçait des dents pour ne pas prononcer le nom de Jésus. Les deux femmes crient : « Retire-toi, Satan, Jésus est ressuscité ». Elles avaient l'impression que leurs prières ardentes avaient vaincu le démon. Le jeune homme délivré, se calme et s'endort en disant « Jésus, fais-moi dormir ».

Le vendredi au matin, Robert se jette à bas du lit comme un démoniaque, une jambe en l'air, très agité jusqu'au moment où l'arrivée du pasteur le calme. En présence de cette situation, on décide de conduire le malade à Ste-Anne. On doit employer la force pour l'habiller et le mettre dans un taxi ; il criait, hurlait.

Tel est le roman délirant de ces deux jumeaux qui entrèrent à Ste-Anne et moururent presque en même temps. La mère, qui nous a donné tous ces détails, partageait et partage encore leur délire mystique. Elle s'est montrée devant l'adversité d'une grandeur d'âme admirable, en s'écriant devant ses fils morts : « Les desseins de Dieu sont mystérieux, il a repris mes enfants pour leur bien, que son saint nom soit béni ! »

Auto-mutilations pittoresques d'une analgésique algophobe

par le Docteur Paul COURBON

La mutilation étant définie une atteinte à l'intégrité du corps, la simple transfixion des organes par morsure ou même par piquûre en est une au même titre que leur excision. Et si cette transfixion est la moins mutilante des auto-mutilations, elle n'en est pas forcément la moins douloureuse, puisque, suivant son point d'application, elle peut ou non léser les régions les plus riches en terminaisons nerveuses.

L'observation suivante est intéressante par la coexistence apparente chez un individu d'une anesthésie et d'une hyperesthésie extrêmes.

Il s'agit d'une imbécile de 40 ans, incapable de vivre en liberté, qui pour se guérir ou pour éviter des maladies se livre, sur les régions les plus sensibles du corps, à des piquûres et des morsures, sans manifester la moindre douleur et qui, au contraire, présente toutes les réactions de la plus intense souffrance lorsqu'on panse ou même simplement lorsqu'on examine les plaies ainsi produites.

Un matin, l'infirmière, intriguée par la fréquence des inspections et des manipulations auxquelles elle se livre sur son sein, lui en demande raison. Elle répond y chercher une aiguille perdue il y a quelques jours, alors qu'elle se piquait pour se guérir la tête, « car ça dégage le cerveau de se faire saigner ou suppurer ». On regarde et l'on constate la présence d'un abcès si étendu qu'il fallut débrider largement avec contre-ouverture et installation d'un drain. L'opération, bien que pratiquée sous anesthésie locale, et les pansements qui suivirent provoquèrent des hurlements et toutes les manifestations de la douleur : tachycardie, pâleur, pleurs, sueurs, tremblement, regard angoissé, claquement des dents, etc... Or, malgré toutes ces réactions d'une souffrance sincère, la malade continuait sournoi-

sement à se piquer l'autre sein qu'il fallut opérer à son tour, et à bourrer ses plaies de papiers et de chiffons, toujours pour entretenir la suppuration souhaitée. De plus, quand son pansement glissait pendant la nuit, au lieu d'appeler à l'aide, elle le fixait avec une précision parfaite, agrafant ses épingles directement sur la peau.

Une autre fois, elle se plaint d'avoir avalé une épingle avec laquelle elle se piquait la gencive pour un but thérapeutique identique. L'examen de la dent au niveau du collet de laquelle elle avait appliqué ses piqûres lui arrache les cris les plus douloureux : elle sue d'angoisse dès qu'on touche sa mâchoire.

A quelque temps de là, elle prie une infirmière de l'aider à rattraper un bout de fil qu'elle vient de se passer à travers la chair des quatre premiers orteils du pied gauche. Elle voulait se coudre les cinq orteils ensemble pour empêcher que leur frottement réciproque produise un intertrigo analogue à celui de son pied droit, dont on voit en effet que la peau interdigitale desquame réellement. La recherche et l'enlèvement du fil déterminent presque une syncope, tellement elle en éprouve de douleur. Chaque fois qu'on effleure un de ses orteils, elle pantelle. Mais si, sous prétexte de la soutenir, on lui pince et lui pique les bras ou le tronc, elle ne réagit pas.

Même conduite paradoxale à propos d'une magnifique morsure à quatre profondes empreintes qu'elle se fait à la face externe du bras gauche pour « se vacciner contre la maladie ».

L'intérêt de ces auto-mutilations est à la fois pittoresque et psychologique.

L'intérêt pittoresque réside moins dans leur inspiration thérapeutique ou prophylactique que dans la solution parfaite de certains menus désagréments de la vie pratique qu'elles suggèrent aux gens normaux. Quelle simplification n'apporterait pas l'usage de l'épinglement sur chair non seulement pour assurer la fixation des pansements, mais encore pour garantir les décorés contre l'oubli de leurs insignes !

L'intérêt psychologique réside dans l'association de l'insensibilité et de l'appréhension de la douleur. Cette femme ne sent pas les excitations dolorifiques qu'elle

s'inflige elle-même : morsure des bras, piqûres des seins, couture des orteils, ou qu'on lui inflige à son insu, pincements, égratignements, piqûres. Mais elle croit souffrir quand elle constate l'application sur elle d'une excitation dont la nature douloureuse lui est connue, et elle souffre même alors réellement, car elle pâlit, s'évanouit et transpire. C'est une analgésique algophobe, c'est-à-dire une femme qui, malgré des organes insensibles aux impressions physiques douloureuses, éprouve néanmoins de la douleur. Elle fournit un bel exemple du rôle capital des représentations mentales dans la perception.

DISCUSSION

M. Charles BLONDEL. — La conduite de cette femme se piquant et se mordant sans paraître éprouver de douleur, alors qu'elle paraît souffrir intensément lorsqu'autrui la panse et l'opère, est à rapprocher de celle de bien des gens normaux qui, atteints de carie dentaire, préfèrent se charger eux-mêmes de l'extraction de la dent, sous le prétexte qu'ils se feront moins de mal que le dentiste ne leur en ferait. Il se peut fort bien qu'un tel raisonnement ne soit pas l'effet d'une illusion et que l'état psychique de l'individu qui consent à s'infliger un traumatisme soit de nature à rendre ce traumatisme réellement moins douloureux.

M. Henri COLIN. — L'insensibilité de cette malade, non seulement à l'égard de ses auto-mutilations, mais encore à l'égard des piqûres qu'on lui infligeait sans qu'elle en fût prévenue, prouve qu'elle avait une anesthésie réelle. Le fait qu'elle était sensible aux pansements et à l'examen pourrait s'expliquer par la variabilité de cette anesthésie, variabilité qui est de règle dans l'anesthésie hystérique, et à laquelle vient s'ajouter ici l'appréhension consciente des manœuvres médicales auxquelles le sujet va être soumis.

L'auteur a raison d'insister sur le rôle des représentations mentales dans la production de cette douleur. Et il est tout à fait exact que, comme le dit M. Blondel, le simple consentement du sujet à une opération ait un effet sédatif sur la douleur qu'elle produit. L'influence de l'état psychique va même au delà de la simple sensi-

bilité, pour agir sur les processus réactionnels de l'organisme lui-même. On sait qu'en chirurgie les opérations auxquelles le sujet ne se résigne qu'à contre-cœur sont non seulement les plus douloureuses mais encore les plus meurtrières. Vers 1884, au moment où on se préoccupait des accidents dus à l'anesthésie par le chloroforme, un homme de 40 ans, qui devait subir le matin même une opération insignifiante (hygroma du genou), me faisait part de ses appréhensions. Je le rassurai de mon mieux et je l'ai vu mourir sur la table d'opération, après l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme et bien que l'anesthésie eût été pratiquée par le professeur de clinique chirurgicale lui-même.

Qui ne se souvient des médecins suédois du XVIII^e siècle qui, voulant étudier l'influence du moral sur le physique, se firent livrer un condamné à mort ? Ils lui annoncèrent qu'on allait le saigner aux quatre veines et, après lui avoir bandé les yeux, lui firent mettre les pieds dans un bain de pied rempli d'eau chaude et pratiquèrent quatre incisions insignifiantes en même temps qu'ils mettaient en action quatre petits robinets d'eau. Le sujet mourut au cours de l'expérience.

M. COURBON. — Le non consentement du sujet à une opération qu'on lui inflige détermine en lui un état émotionnel intense. Ce sont les perturbations physiques de l'émotion ainsi produite, notamment les spasmes vasomoteurs et les hypersécrétions endocriniennes, qui rendent ces opérations forcées plus douloureuses et graves chez des gens aux organes sains, et meurtrières chez des gens aux organes déjà malades. La mort par émotion est possible mais généralement on trouve à l'autopsie quelque méïopragie organique : témoin ce malfaiteur cité par Chavigny qui tomba foudroyé à la vue du gendarme qui venait l'arrêter et dont l'autopsie montra la récente rupture d'une artère cérébelleuse sclérosée.

Chez ma malade, il est incontestable que les représentations mentales s'accompagnaient d'un état émotionnel extrême.

La séance est levée à 17 h. 15.

Un secrétaire des séances,

E. MINKOWSKI.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Les amyotrophies systématisées dans l'encéphalite épidémique chronique, par le Prof. Aug. WIMMER et M. Axel-V. NEEL. (Travail du laboratoire psychiatrique de l'Université et de la Clinique neuro-psychiatrique de Copenhague. 47 pages, in *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague 1928, fasc. 4, p. 319).

Dans cet important travail, accompagné de 20 figures, MM. Aug. Wimmer et Axel-V. Neel insistent sur l'intérêt des amyotrophies *systématisées* au cours de l'encéphalite épidémique. Ces auteurs en rapportent vingt observations personnelles, dans lesquelles il faut signaler la rareté du syndrome parkinsonien et la très grande fréquence d'association d'hypercinésies, surtout sous forme de myoclonies.

Le plus souvent, les amyotrophies encéphalitiques affectent une topographie distale et bilatérale, débutant par les petits muscles des mains. Dans quelques cas rares, l'amyotrophie débute au niveau des muscles des racines des membres. Dans les cas curieux d'allure hémiplegique, les amyotrophies finissent par devenir bilatérales.

Il existe généralement de l'hyperréflexivité tendineuse, quelquefois de l'hypertonie musculaire, parfois aussi du signe de Babinski. Dans un tiers des cas, il existe des troubles de la sensibilité.

Le tableau symptomatique total est, le plus souvent, celui de la sclérose latérale amyotrophique. L'évolution du syndrome amyotrophique présente des variations considérables.

Dans les cas de MM. Aug. Wimmer et Axel-V. Neel, il s'agit d'une affection combinée de la moelle épinière frappant les cornes grises antérieures comme aussi les faisceaux pyramidaux.

Les auteurs insistent en terminant sur la ressemblance frappante de leurs cas d'amyotrophies encéphalitiques avec la maladie de Charcot, la sclérose latérale amyotrophique.

René CHARPENTIER.

L'épilepsie dans l'encéphalite épidémique chronique, par le Prof. Aug. WIMMER. (Travail du laboratoire psychiatrique de l'Université et de la Clinique neuro-psychiatrique de Copenhague. 41 pages, in *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague, 1928, fasc. 4, p. 367).

De ce travail, basé sur 21 observations personnelles, le Prof. Aug. Wimmer conclut que l'épilepsie encéphalitique peut apparaître immédiatement après la maladie, ou après un intervalle variable qui, dans l'un de ces cas, atteint 8 ans. La crise épileptique est quelquefois du type jacksonien mais, le plus souvent, même les cas qui débutent ainsi, finissent par des convulsions toniques et cloniques, bilatérales et généralisées.

Il est très intéressant de constater, ajoute le Prof. Aug. Wimmer, que, contrairement à ce que l'on observe dans l'épilepsie « organique », il est rare de rencontrer des paralysies post-paroxystiques, des troubles du langage analogues à ceux qui suivent par exemple les états épileptiques de la paralysie générale. Mais l'auteur a souvent observé, après les crises, des états confusionnels plus ou moins marqués. Dans quelques cas, il a noté des absences.

Le pronostic est très réservé, étant donné en particulier la coexistence d'autres symptômes encéphalitiques.

L'épilepsie doit être, en premier lieu, considérée comme l'expression d'une inflammation du cerveau encore en activité, c'est-à-dire d'une encéphalite épidémique chronique progressive. Si, dans certains cas, on est tenté de rattacher l'épilepsie, associée à des monoplégies ou des hémiplégies, et souvent de type jacksonien, à des troubles corticaux, dans d'autres cas, l'absence de lésions du cortex et la coïncidence de symptômes choréiques, myocloniques, hypertoniques, parkinsonniens, d'obésité, de somnolence, de polydipsie, d'hyperthermie, etc., font penser que l'épilepsie est due à une lésion primaire des ganglions de la base. Cette épilepsie « striée », « extrapyramidale », « subcorticale » a été décrite par divers auteurs et les cas de cette espèce sont généralement de type tonique pur.

Dans les cas de crises toniques et cloniques, le Prof. Aug.

Wimmer, même en l'absence de signes corticaux et alors qu'il existe des symptômes « striés », estime qu'il y a une association de troubles des centres corticaux et sous-corticaux (1).

René CHARPENTIER.

Les limites de la croyance morbide, par le Dr Eugène GELMA.
(Contribution à l'étude du diagnostic de l'état délirant).
72 p. Les Editions Universitaires de Strasbourg, 1929.

L'auteur, dans un mémoire antérieur (Eugène Gelma: *Les hallucinations auditives sont-elles entendues par les malades comme des sons perçus par un sujet normal?* Strasbourg, Goeller, 1923), s'était efforcé de montrer que les troubles psycho-acoustiques restaient très différents des auditions sonores des personnes normales. Dans la présente étude, il aborde du même point de vue les délires. Le délire est au fond, aussi éloigné de l'idéation normale que le phénomène psycho-sensoriel l'est de la véritable perception ; les états de conscience pathologique ne gardent que des similitudes verbales avec les nôtres, le malade traduisant dans le langage courant ce qu'il perçoit dans sa conscience troublée. Le symptôme délire doit donc posséder, en lui-même, des caractères propres qui en font une manifestation morbide. Contrairement à ce qui a été si souvent admis en psychiatrie, un délire n'est pas un phénomène pathologique parce qu'il exprime une erreur de fait ; autrement il n'y aurait pas de différence entre le délire et l'erreur et le délirant ne resterait pas insensible, comme il le fait toujours, à l'argumentation entreprise pour le convaincre de son erreur. En réalité, la pensée délirante est une pensée à part et son anomalie est encore autre chose que sa désharmonie avec le réel.

C'est surtout dans le domaine des délires à thème religieux qu'apparaît la nécessité de dégager les caractères propres de la pensée délirante ; la justification par la confrontation avec le réel ne vaut plus ici, car la croyance religieuse, elle-même, ne saurait trouver sa confirmation dans l'expérience ; et pourtant croyance et délire restent deux termes qui s'opposent, même lorsque la croyance, d'une façon générale, a pour objet quelque chose d'inexistant ou de contraire

(1) Voir aussi Prof. Aug. WIMMER. — *Chronic Epidemic Encephalitis*. 1 vol., 335 p., Londres, 1924.

à l'évidence des faits réels. Cette nécessité de s'attacher à l'étude des caractères spécifiques du délire devient encore plus impérieuse là où il s'agit d'un délire collectif d'ordre mystique, car ici il existe tous les degrés entre la foi mystique parfaitement légitime et la psychopathie.

En confrontant les observations de deux malades qu'il a eu à examiner du point de vue médico-légal, et après avoir rappelé que la théologie elle-même reconnaît une différence foncière entre les états d'âme religieux, les hérésies et les troubles psychopathiques qui empruntent aux croyances religieuses leurs thèmes délirants, l'auteur cherche à préciser cette différence du point de vue psychiatrique. À la base du délire religieux il existe, dans un des deux cas reconnu franchement pathologique, un état passionnel permanent entretenant une idée prévalente morbide ; cette idée, contrairement à la croyance religieuse qui est une pensée collective, est une idée « désocialisée », « autistique », menant à des actes antisociaux ; le délire religieux n'apparaît, dans ces conditions, que comme un des éléments du tableau clinique dont il fait partie.

Si les conclusions pratiques auxquelles aboutit l'auteur, surtout en ce qui concerne la responsabilité du premier malade, peuvent donner lieu à des controverses, il n'en reste pas moins vrai qu'il a su mettre en relief, dans son étude, un problème d'une importance primordiale, à savoir l'étude des caractères spécifiques de la pensée délirante, tout à fait indépendamment de son contenu, indépendamment de son invraisemblance ou même de son absurdité apparente par rapport au réel. Le problème ainsi posé est tout à fait conforme aux tendances de la psychopathologie contemporaine, pour laquelle, comme le dit très justement l'auteur, le délire ne constitue en général que la traduction en surface, et parfois de valeur secondaire, des troubles mentaux en profondeur.

E. MINKOWSKI.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Schizophrénie et schizoïdie, par le D^r Fernando GORRITI, *La Semana Médica*, 3 janvier 1929. — C'est une revue générale de la question de la schizophrénie. Le docteur Gorriti rappelle, qu'en 1918, le professeur Austregesilo développait, — en parlant des cataphrénies à la clinique de Cabred, — des idées qui se rencontrent en de nombreux points avec celles du professeur Henri Claude. L'auteur de l'article est d'accord avec Minkowski pour considérer la schizomanie comme une forme atténuée de la schizophrénie de Bleuler ; il montre de quel recours ces notions et les techniques d'examen qui y sont liées, peuvent être en médecine légale et, passant de ces conceptions aux méthodes d'investigation de la psychanalyse, il signale que le D^r Juan-Ramón Beltrán a été le premier à les appliquer avec succès à l'étude de la criminologie.

P. CARRETTE.

La tension artérielle et rachidienne chez les épileptiques, par le D^r V. DIMITRI, *La Semana Médica*, 24 janvier 1929. — Les épileptiques seraient, en dehors des crises, le plus souvent hypotendus et, dans quelques cas, l'adrénaline a diminué le nombre des attaques ; ceux qui n'ont pas d'hypotension artérielle ont, ou bien une grande tension différentielle, ou bien des troubles du rythme. Il n'y a aucun rapport entre les tensions artérielle et rachidienne ; celle-ci est élevée ; la ponction lombaire peut être répétée périodiquement pour diminuer le nombre des attaques.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Malaria et neurosyphilis, par le D^r Carrasco MARTINEZ, *Arch. de Méd. Cir. y esp.*, 2 février 1929. — Après avoir cité quelques cas favorables de traitement de syphilis nerveuse par le paludisme, l'auteur formule une hypothèse sur le mécanisme. Tout se passe, dit-il, comme si l'impaludation

rompait l'état anergique de l'individu à la faveur duquel le tréponème a pu coloniser dans le cerveau et annuler les réactions de défense de l'organisme.

P. CARRETTE.

Recherches sur le liquide céphalo-rachidien de paralytiques et de tabétiques impaludés, par les D^{rs} Vicente DIMITRI et Pereira KAFER, *La Semana Medica*, 21 février 1929. — Cet article est illustré d'un tableau où sont résumées 14 observations. Les modifications du L. C.-R. sont très variables et sans rapport avec les variations cliniques. Dans 3 cas de P. G., on remarque que le Wassermann est devenu négatif ; dans le 1^{er}, le syndrome humoral a disparu en entier ; dans le 2^e, les autres réactions n'ont pas sensiblement été modifiées ; dans le 3^e, le résumé clinique indique des symptômes de lésions cérébrales en foyer.

P. CARRETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine

Séance du 2 juillet 1929

Le surmenage Scolaire

M. Lesage, rapporteur de la Commission, présente sur cette question un rapport dont voici les conclusions :

L'Académie considérant :

1° Que dans les conditions actuelles, l'enseignement à tous ses degrés a souvent une influence nuisible sur la santé, la croissance, le développement physique des élèves, et prédispose à certaines maladies et notamment à la tuberculose.

2° Que cette influence nuisible est la conséquence pour une bonne part des heures de classe et d'études trop nombreuses.

3° Que les horaires trop chargés entraînent pour certains élèves un surmenage intellectuel, et pour tous les élèves une réduction trop grande du temps nécessaire à la vie au grand air, à l'éducation physique, au jeu, au repos, aux repas, au sommeil.

4° Que les programmes et les horaires doivent être établis moins d'après les matières qu'il serait désirable d'enseigner, que d'après les capacités des élèves, en tenant compte de leur âge, de leur sexe, des nécessités d'une existence bien équilibrée et de leur état de santé.

5° Que le nombre d'heures consacrées au travail en classe, à l'étude, à la maison, doit varier selon l'âge des élèves et être au maximum (sous réserve d'un repos complet, l'après-midi du jeudi et la journée du dimanche) :

2 heures, à 6-7 ans.

3 heures, à 8-9 ans.

4 heures, à 10-11 ans.

5 heures, à 12, 13 et 14 ans.

6 heures, à 15 ans.

7 ou 8 heures, à partir de 16 ans.

6° Qu'il est désirable de placer dans l'après-midi les heures réservées à l'éducation physique, aux jeux de plein air, aux disciplines qui n'exigent pas l'immobilité.

Emet le vœu :

1° Que les programmes et les horaires des enseignements à tous les degrés soient revisés dans le sens indiqué par les considérations ci-dessus ; c'est-à-dire d'un allègement notable des programmes, d'une restriction des heures consacrées au travail intellectuel, d'une augmentation du temps réservé à l'éducation physique, à la vie en plein air, etc..., en tenant compte des âges et du sexe.

2° Que des dispositions soient prises pour assurer la réalisation effective du vœu précédent, notamment par l'organisation de terrains de jeux.

3° Que les commissions chargées de l'élaboration des programmes et des horaires comprennent, parmi leurs membres, des délégués de parents d'élèves et des médecins appelés par leurs fonctions ou leur spécialisation à s'occuper plus particulièrement de l'enfance et de la jeunesse.

Le prof. Pinard s'élève contre une conception accordant un certain rôle au surmenage scolaire dans l'étiologie de la tuberculose. « L'Académie, dit-il, est bien le dernier endroit où de telles choses devraient être dites ! » M. Vaillard appuie la critique du prof. Pinard. Après avoir demandé au rapporteur sur quels éléments s'est basée la commission pour déclarer que le surmenage scolaire avait un rôle à jouer dans l'étiologie de la tuberculose, l'orateur montre toute la gravité d'une telle opinion formulée par l'Académie.

« Ça n'est pas tant le surmenage, ajoute-t-il, que le séjour quotidien et prolongé dans les locaux insalubres, où il y a souvent des malades qui risquent d'engendrer la tuberculose. »

M. Barrier affirme que le rôle de l'encombrement est à cet égard plus important que le surmenage.

La discussion porte ensuite sur le sens qu'il faut attacher à celui-ci. Le prof. Léon Bernard ne lui trouve pas un sens suffisamment défini ; d'après le prof. Hartmann, on s'occupe trop de donner aux enfants des connaissances multiples et pas assez de leur former l'esprit.

M. Lopicque appuie cette façon de voir et ajoute que les 3/4 des matières imposées aux candidats au baccalauréat sont absolument inutiles ; dans ce sens il y a véritablement surmenage des enfants dans les écoles.

C'est l'avis de Mme Curie qui affirme que le surmenage existe et qu'il convient d'y remédier.

A la suite de cette discussion, l'Académie, sur la proposition de son président, décide de renvoyer à la commission les observations formulées afin qu'elle puisse élaborer un nouveau rapport. A cette commission sont adjoints, sur la demande du prof. Marfan : MM. G. Dumas et Lopicque.

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 22 juillet 1929

Une consultation écrite d'Esquirol en 1835, par SEMELAIGNE.
— Présentation du manuscrit et considération sur l'ordonnance ayant trait aux conditions d'un voyage à pied devant durer plusieurs semaines pendant la convalescence d'une psychopathie.

Manies pré et post-nuptiales, par MM. P. COURBON et MENER. — Les auteurs communiquent le cas de 2 malades ayant présenté chacune, l'une 2 jours avant la date de son mariage, l'autre deux jours après, une crise d'excitation maniaque. Il s'agit dans le premier cas d'une simple coïncidence chez une intermittente. Dans le 2^e cas, la crise atypique, semble avoir été déclenchée chez une déséquilibrée alcoolique par l'émotion due au mariage. Une certaine crainte l'inquiétait ; elle n'avait pas avoué à son fiancé la perte déjà ancienne de sa virginité et son état de contagiosité blennorrhagique.

Fétichisme chez un anormal sexuel, par MM. LEROY et MIGAULT. — Il s'agit d'un ancien employé des postes de 36 ans, interné à la suite d'un rapport médico-légal pour vols de lettres dans les boîtes postales. Cet homme, impuissant au point de vue sexuel, a vainement essayé d'avoir des rapports normaux avec une femme. Fiancé avec une jeune fille à laquelle il a dû renoncer, il se masturbait avec les lettres de celle-ci. Après le mariage de la jeune fille, il prenait, dans les boîtes, dont il avait les clefs, les lettres à écriture féminine et à odeur agréable. Il mettait ces lettres sur ses organes génitaux, se masturbait, puis les remplaçait dans les boîtes.

Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien chez des alcooliques après un accès convulsif, par E. TOULOUSE, A. COURTOIS et H. PICHARD. — Observations de deux malades atteints d'alcoolisme subaigu qui, après une crise convulsive, présentent l'un une réaction méningée clinique, tous les deux des modifications importantes (lymphocytose, hyperalbuminose) du liquide, disparues en quelques jours. Les auteurs opposent ces résultats à ceux d'un travail antérieur qui montre que le liquide des alcooliques est d'habitude normal, sauf une extension fréquente de la précipitation du benjoin dans la zone dite méningitique.

Tumeur cérébrale métastatique d'un cancer du sein. Récidive, 7 ans après la première intervention, par A. COURTOIS et J.-A. THOMAS. — Grosse tumeur protubérantielle avec extension au cervelet. Diagnostic clinique et humoral. La tumeur cérébrale réalise le même type histologique que la récurrence locale du cancer anéphaloïde du sein.

Tumeur du 3^e ventricule chez un syphilitique (observation anatomo-clinique), par M. CHATAGNON, Mlle DEMAY, MM. POUFFARY et TRELLES. — La tumeur cérébrale longtemps bien supportée s'est traduite à la période terminale par des phénomènes de claudication intermittente des membres inférieurs, de l'obnubilation psychique avec troubles confusionnels. Les auteurs montrent la difficulté du diagnostic puisque le sujet était atteint d'une tumeur cérébrale, et de lésions de la moelle vraisemblablement de nature syphilitique.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

CHAIRES D'HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE ET DE CLIMATOLOGIE

Par application du décret créant une chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie dans les Facultés de Lille et de Nancy, notre collègue M. le Professeur agrégé Sante-noise, Inspecteur général des services administratifs, est nommé titulaire de la chaire de Nancy.

Toutes nos félicitations à notre distingué collègue et ami.

LES ASSURANCES CONTRE LA RESPONSABILITE CIVILE

Les Asiles de Clermont-de-l'Oise, de Blois et de Montde-vergues viennent de prendre une initiative intéressante au point de vue de la responsabilité civile en matière d'accidents ou de dommages causés à des tiers. Nous reproduisons ci-dessous le texte des conditions particulières intervenues entre l'asile de Clermont et la Compagnie d'assurances tel qu'il a été publié par l'*Aliéniste Français* (n° de juillet 1929).

Entre :

1° L'ASILE PUBLIC DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (OISE) représenté par son Directeur, M. Gabriel TOURNAIRE.

2° LA SOCIÉTÉ « LA PARTICIPATION », représentée par M. Michel ZÈGRE, assureur-conseil à Clermont (Oise).

Il a été convenu qu'aux conditions générales qui précèdent et à celles particulières qui suivent et conformément aux statuts, la Société « LA PARTICIPATION » garantira jusqu'à concurrence de *cinq cent mille francs* par victime corporelle ou matérielle et *un million de francs* par accident, quel que soit le nombre des victimes, la responsabilité civile du Sociétaire, à l'occasion d'accidents corporels et matériels causés involontairement à des tiers. Il est stipulé que les dégâts matériels s'ajouteront aux dommages corporels pour le calcul de l'indemnité, dans le cas d'une seule victime — étant précisé toutefois que la garantie maxima est de un million de

francs par accident, quels que soient le nombre des victimes et les dommages occasionnés.

La présente assurance est consentie moyennant le prix annuel à forfait de *huit mille francs*...

ANNEXES :

Par dérogation à toutes conditions contraires, les garanties de la présente police s'appliquent exclusivement :

1° à toutes demandes de dommages-intérêts provenant des malades ou de leurs familles, des tierces personnes étrangères à l'asile, du personnel, dans les cas énumérés plus loin, formulées contre l'asile public d'aliénés de Clermont et le département de l'Oise, pour tous les cas où ceux-ci seraient reconnus même civilement et personnellement responsables, en cas de mort, lésions corporelles, suicides ou autres perturbations de santé, ainsi que de tous dommages matériels, destructions, explosions, incendie, empoisonnements causés par les malades, le personnel ou de toute autre manière, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ou au cours d'évasion.

Il est entendu que les membres composant le personnel seront considérés comme tiers à l'occasion des dommages corporels ou matériels pouvant les atteindre, du fait de l'asile ou de ses malades, en dehors du service de l'asile ; les membres composant le personnel, logés par l'asile dans des bâtiments lui appartenant, seront considérés comme tiers, à raison des dommages matériels qu'ils pourraient subir, du fait de l'asile ou de ses malades, sauf les dommages résultant de l'eau, du feu, de la fumée, à raison des dommages corporels qui les attendraient, du fait de l'asile ou de ses malades, en dehors de leur service à l'asile ; en résumé, aux réparations civiles auxquelles l'asile pourrait être tenu, à raison des cas ci-dessus, en vertu des articles 1382 à 1386 du code civil et de l'article sept de la loi du 9 avril 1898 et, en général, de tous textes de lois en vigueur au moment de la souscription du présent.

Il est précisé que :

a) les malades en consultation ou en traitement seront considérés comme les malades hospitalisés, ainsi que les malades au travail ou en promenade ;

b) sont garantis également les accidents causés à un aliéné par un autre aliéné, du fait de la négligence ou d'une erreur du personnel (médecins, infirmiers, fonctionnaires ou autres) et même du simple fait d'un aliéné ;

c) les garanties s'étendent, notamment, aux conséquences

d'erreurs ou de négligence dans l'exécution des prescriptions, des ordres, ou résultant de la vétusté ou du mauvais entretien du matériel ;

d) les garanties s'étendent également aux dommages causés par les bâtiments ou résultant des travaux qui y sont effectués ;

e) les prescriptions du paragraphe 3 de l'article 2 des conditions générales sont abrogées (1) ;

f) la Société renonce à tous recours civils contre le personnel ou contre l'Asile public d'Aliénés de Clermont ou le département de l'Oise, en tant que personnes morales ; cependant, elle conserve son recours contre les auteurs de dommages causés par la malveillance ;

2° aux recours exercés par les malades ou leurs familles concernant les objets précieux et valeurs, déposés, au nom des malades, chez le receveur, ou dans les locaux affectés à cet usage pour les autres objets, et ce, jusqu'à concurrence de cent mille francs par sinistre ;

3° à la responsabilité professionnelle et personnelle du directeur, des médecins, des internes, du chirurgien, du pharmacien, du dentiste, des fonctionnaires, des infirmiers, des employés, des préposés, ouvriers et apprentis de l'Asile et de ses dépendances à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions au service de l'établissement ; cette énumération est indicative et non limitative ;

4° aux accidents causés du fait des chevaux, bestiaux, voitures hippomobiles, moteurs, tracteurs, instruments aratoires et, en général, du matériel fixe ou mobile employé à l'exploitation de tout l'établissement, à l'exception des voitures automobiles.

Le sociétaire déclare être assuré à la Compagnie l'« Urbaine et La Seine », pour les réparations civiles auxquelles il pourra être tenu en vertu des articles 1382 à 1386 du code civil et de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898, et, en général, de tous textes de lois en vigueur au jour de la souscription du présent contrat, par suite d'accidents corporels et matériels causés aux tierces personnes et provenant :

A. du fait de ses fonctionnaires, employés, ouvriers, agents, cochers, infirmiers, domestiques des exploitations agricoles et de la portion centrale, des deux sexes, dans l'exercice du

(1) Le § 3 de l'art. 2 des conditions générales est ainsi libellé : « Sont exclus de l'assurance les accidents causés intentionnellement ou dans un état de dérangement cérébral ou d'ivresse ».

travail rétribué par lui, en quelque lieu que ce soit, cette énumération étant indicative et non limitative ;

B. du fait de l'exploitation de l'établissement principal et de ses dépendances, sis à Clermont, et de deux colonies agricoles, sises à Fitz-James et Villers-Saint-Aubin, d'une contenance de 535 hectares environ à ce jour, mais susceptible d'augmentation, des ateliers, du moulin, de la boulangerie, de l'abattoir, de la boucherie, de la brasserie, de la blanchisserie et autres ;

C. du fait des chevaux, bestiaux, voitures hippomobiles, instruments aratoires, locomobiles, moteurs, tracteurs et, en général, du matériel fixe ou mobile, employé à l'exploitation de tout l'établissement, à l'exception des voitures automobiles ;

D. du fait des bâtiments et de leur entretien ;

E. du fait des sapeurs-pompiers recrutés parmi le personnel de l'asile et ce, jusqu'à concurrence de *cent mille francs* par victime et *trois cents mille francs* par accident corporel et matériel, quel que soit le nombre des victimes.

Il est entendu que, dans le contrat ci-dessus de la Compagnie l' « Urbaine et La Seine », ne sont pas considérés comme tierces personnes : les domestiques, préposés et salariés, ainsi que les personnes hospitalisées dans l'établissement.

En conséquence, en ce qui concerne les risques déjà garantis par la Compagnie l' « Urbaine et La Seine », le présent contrat garantira le Sociétaire jusqu'à concurrence d'un complément de *quatre cent mille francs* par victimes et *sept cent mille francs* par accident, quel que soit le nombre des victimes, comme il est dit ci-dessus.

LE LANGAGE HERMETIQUE DE LA FACULTE

Le docteur Maurice Lebon écrit dans l'*Œuvre*, 14 juillet 1929 :

« Les médecins se mettent à parler une langue effroyable. Nous comprenions encore M. Purgon lorsqu'il menaçait Argon de l'abandonner à « l'intempérie de ses entrailles, à la corruption de son sang, à l'âcreté de sa bile et à la féculence de ses humeurs ». Aujourd'hui, il faut être initié pour comprendre le langage hermétique de la Faculté.

« Je viens d'assister à une conférence où l'orateur usa d'un jargon diabolique que les médecins eux-mêmes, nombreux dans l'assistance, ne comprenaient pas.

« La « réaction de floculation et de turbidité » a laissé béante une partie de l'auditoire. Des sourires accueilleront la « dyschésie » et « l'eccoprose ». Mon voisin se pencha à mon oreille :

« — Qu'est-ce que c'est ?

« Je lui répondis dans la langue de Voltaire :

« — Cela veut dire constipation et diarrhée.

« — ?...

« — Oui... Savez-vous le grec ? Dyschésie (de *dus*, difficilement, et *keitzein*, déféquer).

« — Et eccoprose ? me demanda-t-il, en rigolant doucement.

« — De *ec*, hors de, et *copros*, excrément.

« Les médecins aliénistes détiennent le record. Voici les conclusions d'un rapport qui réclame l'internement d'une femme de lettres, dont les livres ne présentent, à vrai dire, que quelques étrangetés fort supportables. D'après la Faculté, cette personne est une : « *lypémaniaque avec floraison de tendances hypomaniaques, de richesse mimique, d'euphorie, d'euthymie, d'optimisme déraisonnable, de préoccupations érotiques, outre quelques tendances paranoïaques et revendicantes secondaires* ».

« En vérité, les juges sont sans défense contre la force persuasive de pareils discours et les pauvres gens, ainsi qualifiés et décrits, sont inéluctablement enfermés.

« L'autre jour, je participais aux travaux d'une commission à laquelle un architecte présentait le plan d'un établissement ultra-moderne, destiné à l'internement et au traitement des mortels qui ont perdu l'usage de ce qui leur reste de raison. Je lus, au bas des planches et devis soumis à notre examen : « Plan d'un manicomie moderne ». Comme je me recueillais, navré de ne point comprendre, le président vit mon embarras. Il eut pitié de mon insuffisance et m'expliqua que le mot était tiré du grec : *mania*, folie, et *comeia*, soin. Ainsi, le vocable « asile d'aliénés » a vécu. On ira désormais faire une cure au manicomie. Ce sera, apparemment, moins affligeant.

« J'ouvre, au hasard, un journal et j'y vois un titre alléchant : « Adiadococinésie et hyperdiadococinésie ». Il paraît que ce sont les signes d'une maladie du cervelet. Plus loin, on parle de l'« acrocyanose » et du « syndrome pallidal ». La sécheresse de la bouche s'appelle l'« asialie », le mal de mer, la « naupathie » ; rester au lit, c'est faire de la

« clinothérapie », mot tiré du grec : *cliné*, lit ; avoir des coliques, c'est souffrir de « coelialgie », autre mot tiré du grec : *coïlia*, ventre, et *algos*, douleur ; avoir de l'insomnie, c'est être atteint d'« agrypnie », de *a*, sans, et *upnos*, sommeil.

« Nous sommes, en vérité, complètement ridicules. Il n'est ni nécessaire, ni justifié de créer, à tout propos, des néologismes, pour désigner les phénomènes de la vie et de la maladie. La langue française est assez riche pour fournir des combinaisons nouvelles de mots connus. Ses ressources sont inépuisables. Nous marchons sur les traces des médecins de Molière et nous allons, encore une fois, justifier les traits que la satire avait décochés à nos ancêtres :

- « Affecter un air pédantesque,
- « Cracher du grec et du latin,
- « Tout cela réuni fait presque
- « Ce qu'on appelle un médecin.

« Sans compter qu'il n'est pas un de ces néologismes sur quatre qui soit construit selon les règles. Il est vrai qu'ils n'ont qu'une existence éphémère. Ils sont remplacés par d'autres, chaque fois que le phénomène qu'ils prétendent exprimer reçoit une interprétation nouvelle, ce qui est incessant. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 38.924

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

Chronique

Légitime défense



Dans le dernier numéro des *Annales Médico-Psychologiques*, le Docteur A. Rodiet, au cours d'une intéressante chronique, parlait des risques professionnels du médecin d'asile. Il citait les attentats récents dont ont été victimes plusieurs de nos confrères et il cherchait les moyens de nous protéger utilement contre le péril que représente le contact permanent du psychiatre avec l'aliéné et sa famille.

Mais l'aliéné et sa famille constituent un danger que je qualifierai « d'endogène », il est lié à notre mission, il en est l'obligatoire corollaire. Nous l'acceptons simplement. Il n'en est pas de même d'un

danger que j'appellerai cette fois « exogène » et qui, lui, mérite tout particulièrement notre attention. Il semble qu'il devrait motiver, de notre part, des réactions plus remarquables. Je veux parler des calomnies si fréquentes, déversées sur notre dos, qui envahissent la presse, la littérature et même le cinéma, calomnies qui excitent injustement contre nous le grand public, qui nous donnent figure de tortionnaires d'une moralité incertaine et dont le venin pénètre jusque dans nos services.

Voici un exemple particulièrement significatif : un de nos malades, maniaque revendicateur, persécuté et spécialement dangereux, me proposait, avec une douce ironie, la lecture d'un livre qui circulait librement dans les mains d'autres aliénés. Ce livre, récemment publié par les éditions de la *Nouvelle Revue Française*, se recommandait par son origine et sa présentation correcte et inoffensive. C'était « Nadja », d'André Breton. Le surréalisme y fleurrissait avec sa volontaire incohérence, ses chapitres habilement décousus, cet art délicat qui consiste à se payer la tête du lecteur. Au milieu de dessins bizarrement symboliques, on rencontrait la photographie du Professeur Claude. Un chapitre, en effet, nous était tout spécialement consacré. Les malheureux psychiatres y étaient copieusement injuriés et un passage (marqué d'un trait de crayon bleu par le malade qui nous avait si aimablement offert ce livre) attira plus particulièrement notre attention, il contenait ces phrases : « Je sais que si j'étais fou, et depuis quelques jours interné, je profiterais d'une rémission que me laisserait mon délire pour assas-

siner avec froideur un de ceux, le médecin de préférence, qui me tomberaient sous la main. J'y gagnerais au moins de prendre place, comme les agités, dans un compartiment seul. On me ficherait peut-être la paix. »

On ne peut pas trouver excitation au meurtre mieux caractérisée. Elle ne provoquera que la superbe de notre dédain ou même elle effleurera à peine notre nonchalante indifférence.

En appeler, en des cas semblables, à l'autorité supérieure, nous paraîtrait témoigner d'une turbulence si déplacée que nous n'oserions même pas y penser. Et cependant des faits de ce genre se multiplient tous les jours. Je pourrais citer tel journal de province qui, pendant un mois, publia les articles quotidiens les plus violents et les plus injurieux contre un de nos collègues qui avait eu « le tort » de soigner et de guérir l'auteur de ces articles. Les menaces les plus variées, les calomnies les plus malveillantes défilaient tous les jours sous les yeux amusés de ceux qui auraient dû arrêter cette campagne. Quant à la victime, il était comme nous tous un fonctionnaire discipliné qui ne doit pas créer « d'histoires ».

J'estime que notre torpeur est grandement coupable. Notre silence peut laisser suspecter notre bonne foi et il encourage toutes les audaces.

Pourquoi nos sociétés, notre amicale ne réagiraient pas à des incidents semblables, qu'il s'agisse d'un fait collectif ou d'un cas individuel ? Pourquoi ne pas faire parvenir un envoi de protestation à un éditeur qui publie un ouvrage comme « Nadja »

et ne pas tenter une poursuite contre un journaliste, un auteur, un metteur en scène qui a dépassé à notre égard les limites de la bienséance ?

Je crois qu'il y aurait intérêt (et ce serait notre seul moyen de défense) d'envisager, dans le cadre de notre amicale par exemple, la formation d'un comité chargé spécialement de ces questions.

Le Docteur Rodiet terminait sa chronique en concluant : « Le médecin d'asile peut à juste titre revendiquer le droit d'être protégé sans restriction par la société qu'il défend lui-même... »

Mais cette société semble oublier quelquefois la réciprocité de ses devoirs. C'est à nous de les lui rappeler.

Paul ABÉLY.

FORMES ET TRAITEMENT DE L'ÉTAT DE MAL COMITAL

par Henri DAMAYE

L'Etat de mal est un très grave accident dont le gardénal, par la généralisation de son emploi, a beaucoup diminué la fréquence. Depuis la guerre, la thérapeutique de l'épilepsie a fait un pas énorme. Le gardénal, en deux ou trois comprimés, suffit chez beaucoup de sujets. Mais, chez nombre d'autres, les neurotoniques, il est nécessaire de lui adjoindre des médicaments complémentaires. La séparation en sympathicotoniques et vagotoniques n'est pas absolue : beaucoup de neurotoniques procédant à la fois de l'une et l'autre catégorie. Notre pratique personnelle nous a révélé beaucoup plus de malades à prédominance vagotonique que d'autres à prédominance sympathicotonique (1). Chez les vagotoniques, 10 gouttes de teinture de belladone, pendant dix ou douze jours chaque mois, ou des spécialités telles que la bellafoline, doivent être associés au gardénal quotidien. En notre pratique, il nous a paru que le tartrate borico-potassique (Borosodine), adjoint au

(1) Le dermographisme exclusivement blanc est très rare. Sur une statistique de 900 malades mentaux et névropathes divers, nous ne le trouvons bien net que 12 fois. La raie rouge encadrée d'une marge blanche plus ou moins accentuée (raie de Bouchut), plus fréquente, fut relevée 73 fois. Tous les autres malades présentaient du dermographisme exclusivement rouge, plus ou moins accusé, plus ou moins persistant.

gardénal, réussissait surtout chez les sympathicotoniques. On le donne d'une façon continue, chaque jour, en même temps que le gardénal, à ces malades. Il faut parfois tâtonner un peu pour préciser la dose utile à chacun.

Le gardénal n'est pas, comme les bromures, agent de substitution et transformation. Il l'est néanmoins parfois aussi. Henri Colin a rapporté le cas d'un sujet chez qui le gardénal substitua du déliré, de l'agressivité et des réactions violentes aux crises convulsives.

Les neurotonies ont aussi une importance extrême dans la thérapeutique de l'état de mal.

On a peu étudié ce grave accident et il est encore habituel, bien à tort, de ne penser qu'à sa *forme convulsive*. Jadis, nous décrivîmes, dans l'*Echo médical du Nord* et le *Progrès Médical*, la *forme agitée*, sans convulsions, de l'état de mal. Nous ne reviendrons pas, en cet article, sur les détails alors exposés. Nous avons également décrit une *forme sympathique*, sans convulsions ni agitation (1). Ces trois formes de l'état de mal se combinent parfois en des proportions diverses chez un malade et comportent, si l'on veut sauver l'existence, des indications thérapeutiques particulières.

L'état de mal purement convulsif se traite par le chloral (6, 8, jusqu'à 10 grammes), à la sonde œsophagienne, par le nez, dans un litre de lait. Il faut toujours

(1) DAMAYE. — L'épilepsie, ses lésions méningo-corticales; obnubilation intellectuelle et démence. *Echo médical du Nord*, 10 juillet 1910. — L'agitation maniaque comitiale équivalente de l'état de mal. *Progrès médical*, 28 septembre 1912. — La forme maniaque de l'état de mal comitial; formule leucocytaire et traitement. *Progrès médical*, 18 janvier 1913. — Le traitement de l'épilepsie et de l'état de mal. *Progrès médical*, 23 juillet 1927. — Forme sympathique de l'état de mal épileptique; son traitement. *Progrès médical*, 3 septembre 1927. — Diagnostic du délire aigu et de l'état de mal comitial de forme agitée ou sympathique. *Progrès médical*, 4 août 1928. — *Eléments de neuro-psychiatrie* (Maloine, édit.). — *Education, dégénérescence et prophylaxie* (Alcan édit.). — DAMAYE et AVELLA. Importance de la médication sympathico-vago-sédative dans l'état de mal comitial. *Progrès médical*, 31 août 1929.

alimenter les états de mal, sinon, ils sont perdus. Lavements purgatifs, sinapismes aux membres inférieurs, sangsues aux mastoïdes, doivent être employés concurremment. Pas de saignée générale, qui affaiblit : des moyens révulsifs seulement.

Aujourd'hui, nous utilisons avantageusement, en ces cas, le somnifène intraveineux. Dans la forme agitée, le traitement est le même.

Convulsions et agitation sont vaincus par le somnifène ou le chloral à la sonde œsophagienne. Ces médicaments et moyens suffisent en de nombreux cas.

Mais souvent aussi des phénomènes sympathiques persistent : fièvre à 40° et au delà, langue rôtie, éréthisme artériel prédominant à la tête. Pensons toujours aux formes mixtes, assez fréquentes. Si l'on n'intervient pas autrement, la température continue à s'élever à 41°, 42°, malgré somnifène ou chloral, et le malade meurt infailliblement.

En de telles formes mixtes, à la fois convulsives ou agitées et sympathiques, pour éviter une issue fatale, il est indispensable d'ajouter au traitement ci-dessus des injections de salicylate d'ésérine, ou de génésérine, ou de tartrate d'ergotamine, afin de calmer le système sympathique. La belladone a souvent aussi son utilité : nous en avons rapporté un exemple avec M. Avella.

Il est, enfin, des formes exclusivement sympathiques de l'état de mal comital, où hyperthermie à 40°, 41°, langue rôtie, éréthisme artériel, sont toute la symptomatologie. En ces cas, génésérine ou tartrate d'ergotamine, teinture de belladone, lavement purgatif, sinapismes aux membres inférieurs, sangsues aux mastoïdes, alimentation avec du lait sucré et des œufs battus.

Avec ces moyens appliqués à temps, on sauve le malade.

Il est important, répétons-le, de ne jamais laisser jeûner un malade en état de mal et de toujours le bien alimenter avec du lait. Les moyens révulsifs sont tou-

jours aussi de très utiles adjuvants à ne jamais négliger.

N'oublions jamais, en présence d'un état de mal, que les convulsions ne sont pas tout, que l'agitation n'est pas tout non plus, et que si des phénomènes sympathiques rebelles coexistent, il importé de les combattre simultanément avec énergie. Ils sont aussi dangereux que les convulsions ou l'agitation équivalente.

L'état de mal, quelle que soit sa forme, s'accompagne d'éosinophilie, lorsqu'il va guérir. Dans les cas d'issue fatale, il y a polynucléose et absence complète d'éosinophiles. La formule leucocytaire ressemble à celle des psychoses toxi-infectieuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'épilepsie ne diffère pas non plus des psychoses. Nous avons bien montré, jadis, qu'elle a des cerveaux à méningo-encéphalite lente atrophiante et d'autres sans lésions, tout comme les délires et la démence précoce. Nous ajouterons qu'en Vendée, où nos malades entrants sont, neuf fois sur dix, tuberculeux à quelque degré et en très mauvais état physique, nous trouvons rarement des cerveaux sans lésions macroscopiques méningo-encéphalitiques. Dans le Nord, ces cerveaux-là, de « purs constitutionnels », étaient beaucoup plus nombreux.

Quant à l'état de mal sous ses trois formes, il ne nous a jamais montré qu'un certain degré de congestion encéphalique sans lésions propres, décélables tout au moins par les méthodes actuelles. Nous ne pouvons donc le considérer, en l'état présent, que comme une maladie de « potentiel », de dynamique, une sorte de décharge. A Bailleul, nous vîmes des épileptiques à crises quotidiennes rester deux ou trois ans sans paroxysmes ni équivalents, à la suite d'un grave état de mal guéri par le chloral à la sonde et les révulsifs.

Les lésions véritables de l'épilepsie, des psychoses délirantes, des schizophrénies... sont cellulaires et nous échappent encore : puisque ces affections, dans les

cas constitutionnels existent en l'absence de la banale méningo-encéphalite. Cette dernière produit l'atrophie lente du cerveau, qui, cliniquement, se traduit par un affaiblissement intellectuel progressif.

En résumé, l'état de mal comporte, comme l'épilepsie elle-même, la fréquente indication de calmer, en même temps que le cerveau, le système neuro-végétatif. En observant cette indication, on sauve généralement le malade.

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PAR LA MALARIATHÉRAPIE ET LE PROBLÈME DE L'EXPERTISE

par Nicolas POJOGA

(de l'Hôpital Costiujeni, à Kichineff)

I

Toute invention dans le domaine de la thérapeutique ne peut être adoptée par la science qu'après de nombreux examens de vérification touchant l'efficacité du remède employé. Pour résoudre la question de l'efficacité du traitement de la paralysie générale par la malaria, au point de vue de l'issue fatale de cette maladie, il faut, d'une manière particulièrement stricte, s'en tenir à l'observation la plus rigoureuse.

Il est donc indispensable, dans l'appréciation des résultats, de ne pas dépasser deux limites : d'un côté, la limite vers la surestimation, de l'autre, vers la sousestimation de cette méthode. Et tout d'abord, il est indispensable de garder ces limites à l'estimation des possibilités du traitement dans la dépendance du développement naturel de la maladie. D'un côté, il est naturel d'espérer un résultat favorable seulement dans les cas d'affection récente, et c'est pourquoi il faut noter l'ancienneté de l'affection. D'un autre côté, l'on ne peut parler de guérison, complète ou relative, avant la constatation de son ancienneté de 2-3 années, c'est-à-dire, du terme moyen de la durée de la paralysie générale jusqu'à la mort du malade.

La valeur de la malariathérapie s'appréciera seulement lorsque nous pourrons constater, après beaucoup d'années, si la vie est abrégée, et de combien, ou si elle ne s'abrège pas du tout après cette guérison de la paralysie générale, s'il n'y a pas de récurrences tardives, et ainsi de suite. Rappelons-nous comment, il y a de cela une vingtaine d'années, nous avons exagéré l'importance du traitement par le salvarsan, et maintenant encore nous sommes portés à l'exagérer, malgré la certitude déjà acquise que le traitement le plus scrupuleux de la syphilis par le néosalvarsan ne garantit pas contre l'apparition de la paralysie générale.

Dans certaines statistiques publiées dans notre pays et à l'étranger, par malheur, justement ces deux limites d'appréciation de la malariathérapie ne sont pas observées : c'est pourquoi ces statistiques perdent une partie considérable de leur valeur scientifique, et la méthode elle-même perd aux yeux du public et des médecins qui n'ont pas d'expérience personnelle. De ma statistique personnelle je ne puis, en me guidant par les raisons indiquées plus haut, présenter plus de 12 cas avec ancienneté, après traitement, de 5 à 2 années, et le moins, 1 année et 8 mois. Ces cas sont comparés dans le tableau qui suit.

De ces observations nous tirons les conclusions suivantes :

1) La guérison peut être obtenue à l'aide de la seule malariathérapie sans traitement consécutif (cas 1 et 2). Mais, quand même, prenant en considération le cas 3, il faut appliquer le traitement spécifique.

2) La faculté de travail peut être reconstituée complètement après la malariathérapie seulement dans les cas récents, c'est-à-dire, si la maladie ne dure pas depuis plus de six mois à un an (cas 1, 2, 6, 10). Tandis que si la maladie dure depuis six mois à un an, dix-huit mois et davantage, alors la malariathérapie ne peut avoir qu'un succès relatif (cas 5, 7, 8, 9, 11). Dans les cas où

MODE D'OBSERVATION DES MALADES

Diagnostic Prénom, nom Age	Instruction et profession	Quand a-t-il eu la syphilis et a-t-il été traité ?	Quand la maladie a-t-elle débuté et par quels symptômes s'est-elle manifestée ?	Symptômes somatiques et psychiques au moment de l'entrée	Nombre des accès traitement consécutif, marche de l'amélioration psychique	Modification des symptômes et biologiques après le traitement.	Particularités de l'inoculation et cours de la malaria	Etat actuel
1. Tabo - para- lysis M. I. I. 48 ans Inoculation 14-VI-1924	Moyenne agri- culture. Socie- tisme d'une as- sez grande ex- ploitation rura- le.	Syphilis 12 années auparavant, traité au Hg et au néo- salvarsan.	Il y a 7 an- nées, ataxie, inégalité des pupilles et dou- leurs fulgurantes dans les jambes. Phéno- mènes psychi- ques 9 mois avant l'inocu- lation.	Pupilles dilatées et inégales. Argyl- Robertson. Rom- bisme absolu- ment lucide, mais hystérique, ro- tuliens. Un mois plus tard 5 nouveaux accès après cela recon- stitution complète. Malaria non trai- tée. Au bout de 1/2 année a repris son travail. Aucun trai- tement consécutif.	5 accès, puis amé- lioration incon- séquente, marche de l'amélioration psychique	Réaction B- W. et a. non faites. Réflexes et pupilles comme aupara- vant.	Malaria tert. Incub. 31 j. (1) La malaria s'est arrêtée sponta- nément après 5 accès : 29 jours plus tard a re- commencé et s'est arrêtée de nouveau spon- tanément.	Travail pen- dant 5 ans de même qu'avant l'affection. Di- rige toute son économie. Se plaint de dou- leurs dans les jambes.
2. Par. progr. I. M. S. 37 ans Inoc. 23-IV-1926	Lycée et trois années de l'éco- le polyt. supér. à Pétrograd. Technicien à la voie ferrée.	Syphilis 10 années auparavant. Traite- ment au néo- salvarsan.	Malade depuis 5-6 mois. Irrita- bilité, négli- gence pour le service, insom- nie. Les deux derniers jours agitation extrê- me.	Pupilles égales, dilatées. Argyl- Robertson. Ré- flexes ro- tuliens exa- gérés. Excitation maniaque. Délire de grandeur. Hal- lucinations visuel- les. B.-W. du li- quide est positif.	12 accès. S'est ré- tabli visiblement aussitôt après la malaria, mais per- sistance du désé- quilibre psychi- que, état hypoma- niacal. Complète- ment guéri au bout de 5-6 mois. Aucun traitement consé- cutif.	Resté non éclairci.	Mal. tert. In- cub. 20 j. Qui- nine.	Travail comme aupara- vant. A reçu de l'avancement au service.

3. Par. pr. I. M. M. 46 ans Inoc. 27-IV-1926	Institut de maître. Maître.	Nie la syphi- lis.	La maladie psychique re- monte déjà à 1 an et 8 mois.	Pupilles égales, réaction à la lu- mière et à l'obser- vation. Réflexes rotuliens très exagérés. Etat hy- pomaniac. Déli- re de grandeur. B- W. du liquide posi- tif.	Après 11 accès amélioration visi- ble : apaisement, absence de délire. Guérison apparen- te au bout de 2-3 mois. Aucun traite- ment consécutif.	Resté non éclairci.	La première inoc. (mal. ter.) sans résultat. Mort incub. après la 2-18 j. Quinine.	N'a pure com- mencer à tra- vailler. Mort après l'appari- tion de la ré- mission.
4. Par. pr. A. T. (femme) 45 ans Inoc. 29-IX-1926	Lycée. Occu- pations de mé- nage.	On ignore quand elle a eu la syphilis.	Déjà depuis 3 années malade; confuse, agitée. B-W. du liq. céph.-rach. po- sitif.	Pupilles inégales. Argyll-Robertson. Réflexes rotuliens exagérés. Dysar- thrie. Psychique- ment confuse, dés- orientée, démente.	10 accès. Aucun traitement consé- cutif.	Même état.	Mal. quotid. Incub. 7 j. Qui- nine.	Aucune amé- lioration. L'i- noculation date de trois ans. Deviens encore plus démente.
5. Par. pr. M. C. M. 37 ans Inoc. 29-IX-1926	Ecole infer. Agronom.	Syphilis 10 ans aupara- vant.	Malade il y a 1 1/2 année. Ir- ritabilité, affai- blissement de la mémoire, et de la langue, perte de la fa- culté de travail.	Pupilles inégales. Argyll-Robertson. Dysarthrie, trem- blement des mains et de la langue, démarche incertaine. Dépression mé- lancolique.	11 accès. Néosal- varsan. Améliora- tion visible.	Symptômes physiques pres- que sans modi- fications.	Mal. quotid. Incub. 7 j. Qui- nine.	Travail à son service an- terieur (agent de percepteur). Mais la faculté de travail a baissé.
6. Par. pr. C. N. T. 47 ans Inoc. 21-III-1927	Ecole primai- re. Commer- çant.	Nie.	Il y a 1 année, irritabilité, in- somnie, faibles- se. 1 accès d'a- phonie en pleu- re conscience pendant 5 min.	Réaction B-W. positive dans le li- quide et le sang. Dysarthrie, réflexes pupillaires exa- gérés, très exagérés. Excitation mania- que; logorrhée, fugacité d'idées de grandeur (après la malaria 1).	11 accès. Néosal- varsan. Trois mois après la malaria a commencé à tra- vailler.	Après traite- ment au néosal- varsan réaction à B-W. négative dans le liquide. Réflexes exagé- rés. Réactions pupillaires pas modifiées.	Mal. quart. Incub. 55 j. (!) Accès quoti- diens. Quinine.	Travail de même qu'avant la maladie en qualité de com- mis dans une grande maison de manufactu- re. Psychique- ment complè- te. Réflexes non modifiés.

EN OBSERVANT LES MALADES JE ME GUIDAIS PAR CE QUI SUIT :

Diagnostic Prénom, nom Age	Instruction et profession	Quand a-t-il eu la syphilis et a-t-il été traité ?	Quand la maladie a débuté et par quels symptômes s'est-elle manifestée ?	Symptômes somatiques et psychiques au moment de l'entrée	Nombre des accès traitement consécutif, marche de l'amélioration psychique	Modification des symptômes et biologiques après le traitement	Particularités de l'inoculation et cours de la malaria	Etat actuel
7. Par. pr. D., 46 ans Inoculation 25-III-1927 A subi la maladie à domicile	Lycée. Pro- priétaire. Dé- puté au Parle- ment national.	Syphilis 12 années aupara- vant.	Il y a plus d'une année, état maniaque, délire de gran- deur.	Pupilles inéga- les. Argyll-Rober- tson. Dysarthrie. Reflexes tendineux exagérés. Etat ma- niaque. Délire de grandeur.	Pendant la mala- ria était sous l'ob- servation d'un au- tre médecin à do- micide. Traitement consécutif au néo- salvarsan.			Etat maniaque.
8. Tabo-par. G. C. S. 34 ans Inoculation 11-VIII-1927	Plusieurs classes du ly- cée. Fonction- naire.	Syphilis 10 années aupara- vant.	Malade il y a 1 année. Abais- sement de la faculté de tra- vail. Indiffé- rence. Négli- gence au ser- vice. Impuis- sance.	Pupilles inégales, ne réagissent pres- que pas, réflexes rotuliens et achil- léens abolis. Rom- berg. Dysarthrie. Apathie, incapaci- té de travail.	4 accès, 20 jours plus tard, 8 accès. Quinine. Néosal- varvan.	Sans modifi- cations.	Mal. quotid. Incub. 13 j. L'arrêt et le recommence- ment sponta- nés.	Travaille moins bien qu'avant l'af- fection. Guéri avec dimi- nution p. ? Ré- mission tem- poraire ?
9. Tabo-par. M. G. G. 42 ans Inoculation 24-IX-1927 et 22-XI-1927	Lycée. Comptable.	Nie.	Malade de- puis plus d'une année. Com- mettait de ter- ribles erreurs dans les comp- tes rendus. Etat déméntiel.	Pupilles inégales. Argyll-Robertson, réflexes rotuliens manquent. Rom- berg. Déprimé, in- capable au travail, dément.	8 accès. Au bout de 2 mois, 4 nou- veaux accès. Qui- nine. Néosalvar- san.	Sans modifi- cations.	Mal. tert. In- cub. 8 j. Arrêt spontané. Nouv. inocul. Mal. quart. In- cub. 8 j.	Faculté de travail recons- tituée, mais avec une dimi- nution à peine perceptible. Guérison avec délai ? Rémis- sion tempo- raire ?

10. Par. pr. J. A., 35 ans Inoculation 27-VIII-1927	Ecole primaire. Commerçant.	Syphilis 11 années auparavant. Traitement au néosalvarsan.	Il y a plusieurs mois devenu irritable, agressif. Buva beaucoup.	B.-W. du sang et du liquide céphalo-rachid. positive. Pupilles inégales, ne réagissent pas à la lumière. Tremblement de la langue et des muscles faciaux. Réflexes rotuli. très exagérés. Dépression. Insomnie. Hallucinations. S'irrite. Agressif.	8 accès. Quinine. Néosalvarsan. Pendant un mois après la malarie psychiquement.	Réflexes restés exagérés et pupilles inégales.	Mal. tert. Incub. 9 j.	Faculté de travail restaurée dans le courant de 2 mois après la malarithérapie.
11. Par. pr. D. Gh. 41 ans Inoculation I-V-1927	Université. Rédacteur d'une gazette de province.	Ni la syphilis, bien que de temps à autre fait la R. B.-W. Entre volontairement et consciemment pour la malarithérapie.	D'après ses paroles, la maladie s'est manifestée trois années auparavant par la B.-W. positive et affaiblissement de l'attention.	Dysarthrie, tremblement des muscles faciaux et de la langue. Argyll-Robertson. Réflexes tendineux exagérés. Triste, déprimé, ne peut lire longtemps. Mémoire non troublée.	8 accès. Quinine. Néosalvarsan.	Parole plus aisée.	Mal. tert. Incub. 5 j.	Un an après l'inoculation arrivé pour la répétition. Dysarthrie existe. S'occupe à rédiger une gazette de province. Dépression plus forte.
12. Par. pr. N. D. B. M. 33 ans Inoculation 10-XI-1927 et 27-IV 1928	Université. Négociant	Syphilis 14 années auparavant. Traitement spécifique énergique (salvarsan et mercure).	Début de la maladie manifestée il y a 1 1/2 années. Modification de caractère. Etat hypomaniaque. Légèreté dans les affaires.	Démarche incertaine, dysarthrie, pupilles inégales. Argyll-Robertson. Réflexes tendineux très exagérés. Démence : mémoire affaiblie, intérêts infantiles, perte de la pudeur, malpropreté. Réaction B.-W. du liquide positive.	10 accès. Quinine. Néosalvarsan. Pendant la malarie, aggravation. Après la malarie, amélioration visible. Mais quand même dément encore après 1/2 année. Deuxième malarie, 5 accès. Quinine. Aucune amélioration.	Il y a amélioration générale. Mais démentence, quoique atténuée, incapacité de travail.	Malaria tert. Incub. 8 j. 2 fois, incub. 13 j.	Dans le courant de plusieurs mois amélioration visible, mais ensuite la démentence augmente. Récemment paralysie du nerf facial, promptement disparue.

l'affection est aussi ancienne on peut observer des cas de mort, malgré la malariathérapie (cas 3, — 1 année 1/2 après la sortie de l'hôpital ; il est vrai qu'il n'y avait pas eu de traitement spécifique consécutif). Ici même doit évidemment être placé le cas 12, chez lequel ont paru récemment pour un temps court la paralysie faciale et l'aphasie. Les cas avec ancienneté de 1 1/2 à 3 années sont absolument incurables, mais la malariathérapie retarde, semble-t-il, le processus (cas 4, 12).

3) L'amélioration et même la guérison complète ne s'observe pas toujours aussitôt après la malaria, mais aussi après plusieurs mois (cas 1, faculté de travail au bout de 1/2 année ; cas 2, au bout de 5-6 mois ; cas 6, 3 mois ; cas 10, 2 mois).

4) Le rapport quantitatif des cas de guérison des paralytiques généraux peut, certes, être calculé sans tenir compte de la durée de la période qui a précédé le traitement, sur le nombre général des malades traités, comme on le fait d'ordinaire. Alors, dans notre statistique, s'il est permis de considérer les cas 1, 2, 6 et 10 (dans lesquels est observée la reconstitution complète de la faculté de travail déjà dans le courant de 5 années, de 3 années, de 2 années et 2 mois, de 1 année et 11 mois), comme cas de complète guérison, ce rapport sera de 33,3 0/0.

Les cas de succès relatif, c'est-à-dire de succès avec diminution de la faculté de travail (5, 7, 8, 9, 11), même en laissant de côté le cas 11, comme douteux au point de vue du pronostic, est aussi 33,3 0/0. Comme cas d'insuccès complet, c'est-à-dire de mort, 1 (cas 3), soit 8,3 0/0. Les cas 4, 11, 12, cas douteux, ne peuvent encore être appréciés.

Une toute autre statistique est obtenue si nous séparons, ainsi qu'il est indiqué plus haut, les cas d'affection récente des cas négligés. Nos 4 cas de complète guérison sont donc justement des cas récents, c'est-à-

dire des cas où la maladie a débuté il y a de cela pas plus de 1/2 année. Quant aux cas de guérison avec diminution, tous sont des cas négligés ; ici, l'ancienneté de l'affection atteint 1-1 1/2 année. Avec une telle classification des cas, l'issue favorable dans les cas récents de probable devient presque certaine. Du reste, une statistique aussi minime ne donne certes pas encore le droit de l'affirmer. D'un autre côté, le 0/0 de mortalité des cas négligés sera probablement augmenté d'une manière considérable.

II

En faveur de la malariathérapie, je pourrais citer des cas beaucoup plus persuasifs, produisant plus d'effet. Ainsi, par exemple, un comptable, avec manifestation de troubles profonds de raisonnement, n'a séjourné à l'hôpital, après la malariathérapie, qu'une seule semaine pour quininisation, et le lendemain même est allé à son service, où il travaille encore depuis déjà environ une année. Mais des cas de ce genre dans ma statistique, beaucoup plus nombreux que ceux plus haut cités, n'ont pas encore l'ancienneté indiquée plus haut, et c'est pourquoi ils ne sont pas entièrement démonstratifs.

D'un autre côté, le but de mon travail consiste, non pas tant dans l'examen de la question de l'efficacité de la malariathérapie que de la question des indices sur lesquels il faut se guider pour restituer ses droits à un paralytique général guéri. Cette question d'expertise est exclusivement importante, notamment parce que la paralysie générale, dans l'opinion du grand public, est considérée, jusqu'à présent, comme une maladie incurable. Ici il faut noter deux faits très importants : 1) la reconstitution de la faculté de travail peut survenir après la malariathérapie, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, dans l'espace d'un temps plus prolongé jusqu'à

6 mois ; 2) avec la reconstitution complète de la faculté de travail les indices somatiques de la paralysie générale, si non tous, du moins quelques-uns (réflexes, pupilles), peuvent subsister, ainsi que les réactions biochimiques, celles-ci au moins pendant un certain temps après le traitement. La guérison est, comme on dit, seulement clinique.

Ne disposant pas, il est vrai, à l'égard de ces réactions biochimiques d'une grande expérience personnelle, je me permettrai de citer deux opinions différentes, sur cette question, d'observateurs d'aussi haute autorité que Wagner-Jauregg et M. Nonne. L'importance de la réaction du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien est, d'ailleurs, évaluée diversement. Wagner-Jauregg lui-même considère que, dans certains cas, après la malariathérapie, la réaction du liquide céphalo-rachidien devient de plus en plus faible, et, finalement, tout à fait négative, et même sans aucun traitement consécutif spécifique, en vertu de la seule action tardive énigmatique de la malariathérapie. Ce sont justement les cas de véritable guérison, non menacés de récidives, tandis que dans les autres cas le liquide céphalo-rachidien n'est pas porté à l'amélioration graduelle, et ici sont possibles les récidives.

Mais avec cela, il faut se rappeler que l'affaiblissement graduel de la réaction (Wagner-Jauregg considère, d'ailleurs, comme le plus indicatif, les réactions B.-W., Goldsol-R. et la Globuline-R.) peut-être très lent, et avant que ne soit atteint le résultat négatif complet, il peut se passer 2-3 années. Mais, dans tous les cas, le premier temps après la malariathérapie, entre le résultat de l'examen clinique et celui de l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, il n'existe aucun parallélisme (1).

(1) WAGNER-JAUREGG. — Die Impfmalaria an der Wiener psychiatrischen Klinik. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 8, 1927.

M. Nonne (1) se prononce à ce sujet de la manière suivante : « Je répète que l'amélioration clinique, jusqu'à la « guérison », est observée aussi bien avec le liquide guéri qu'avec le liquide non guéri, et que l'absence d'amélioration clinique ou même l'aggravation clinique est observée de la même manière, aussi bien avec le liquide guéri qu'avec le liquide non guéri. » Mais il ne nie pas que, dans les cas de guérison clinique, il n'est pas rare d'observer le liquide complètement guéri.

Pour nous, il est important de noter que, pour le moment, dans l'examen du liquide céphalo-rachidien et surtout dans le courant des premiers mois, jusqu'à 1/2-1 année après la malariathérapie, nous n'avons pas de critère nous permettant de porter un jugement sur la guérison du cas donné. Nous en déduisons les principes suivants sur lesquels doivent se guider les experts appelés à se prononcer sur l'aptitude d'un individu à être restitué dans ses droits : 1) la commission ne doit pas être nommée avant 1/2 année à partir de la terminaison de la malariathérapie ; 2) les réflexes exagérés, les pupilles inégales, etc. (l'importance de la dysarthrie et du tremblement, toutefois, est évidemment beaucoup plus sérieuse), de même que la réaction B.-W. positive, dans le courant même de 1-2 années après la malariathérapie, ne prouvent pas que la maladie continue, ou tout au moins ne prouvent pas l'incapacité au service dans le courant des quelques années suivantes. L'examen doit se borner à la reconnaissance de la faculté de travail, c'est-à-dire, il est par nature psychotechnique, puisque actuellement, quand nous sommes privés encore de la possibilité de parler de guérison complète, et que nous avons en vue seulement la guérison clinique, de durée non établie, l'indice

(1) M. NONNE. — Meine Erfahrungen über die Malaria-Behandlung der Paralyse, *Medizinische Klinik*, n° 49, 1925.

essentiel de cette dernière est notamment la reconstitution de la faculté de travail, comme garantie temporaire de la reconstitution de la personnalité psychique du patient.

A l'appui de ces propositions, on peut citer les cas 2, 6, parmi ceux qui sont publiés, et le cas plus haut mentionné non publié. Dans les deux premiers cas, la guérison psychique ne survenait que très lentement, et la réintégration au service n'était obtenue qu'à grand'peine. Les réflexes tendineux et pupillaires ne s'étaient pas visiblement modifiés. Quant au dernier cas, la reconstitution de la faculté de travail était survenue si rapidement que le patient, après le dernier cachet de quinine, reprit son service, malgré mon conseil de prendre un congé. 1 mois 1/2 plus tard, une commission était nommée devant l'Administration des Finances pour décréter s'il pouvait continuer son service. Prenant en considération l'état des réflexes, des pupilles, le tremblement, et ainsi de suite, et ignorant complètement sa faculté de travail, la commission statua qu'il était impropre au service ; cependant, il subit l'examen dit, en psychotechnique, complet de sa faculté de travail, effectuant son service comme auparavant, jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant presque une année. Ce n'est que grâce au certificat motivé écrit par moi à la Direction centrale des voies ferrées que fut nommée une commission qui l'examina pendant une semaine et, finalement, le reconnut propre au service.

UN CAS DE SIMULATION INCONSCIENTE D'HYPOCHONDRIE URINAIRE

par L. ARSIMOLES et A. VAINSTOC

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade d'une catégorie que l'on n'a guère l'occasion de rencontrer dans les asiles, et qui peut servir de document pour l'étude de la question de la simulation.

Zk... François, 23 ans, Polonais, exerçant la profession de mineur, est venu en France en 1920 avec ses parents pour travailler dans les mines du Nord. Après plusieurs années écoulées sans incident, il quitta Sallaumines en 1927 pour venir en Alsace, travailla pendant de courtes périodes dans les usines de la Moselle, puis au port du Rhin, à Strasbourg.

En octobre 1928, passant près du Restaurant de l'Aubette, il vit un sac à main déposé sur le rebord intérieur de la fenêtre ; il s'en empara sans être aperçu ; quelques jours après, encouragé par ce premier succès, il récidiva dans les mêmes conditions, mais il fut arrêté quelques instants après. Devant le Commissaire de Police, il alléga comme excuse qu'il ne s'expliquait pas comment il avait pu commettre ce vol, et ajouta que dans les derniers temps il avait lu beaucoup de romans d'aventure policiers. Il déclara avoir eu déjà des idées de suicide, et être malade par suite de douleurs rénales depuis le 10 octobre 1928. Une expertise médico-légale ordonnée par le Juge d'Instruction aboutit aux conclusions suivantes : « Zk... est atteint de dépression psychique avec préoccupations hypochondriaques, tris-

tesse, anxiété, craintes diffuses relatives à toute éventualité. Il paraît avoir effectué des tentatives de suicide qu'il est en mesure de renouveler... » Reconnu irresponsable, il fut interné au Quartier de Sûreté de Hoerdt le 16 novembre 1928.

Cette histoire, jusqu'ici banale, trouve son intérêt dans les constatations faites à l'asile. Le malade confirma les faits ci-dessus, dont il avait entièrement conscience ; il était parfaitement orienté dans le temps et le lieu, et avait conservé le sens des réalités. Il se hâta de dire qu'il avait simulé en présence du médecin-expert pour éviter une condamnation, mais qu'il ne nous cacherait rien de la vérité, et il nous raconta l'histoire pathologique suivante : « En février 1927, s'étant rendu dans une maison de tolérance de Sallaumines, il y aurait contracté une blennorragie. Voulant laisser ignorer sa maladie à ses parents, il se serait soigné lui-même, c'est-à-dire d'une façon insuffisante, et des complications rénales seraient survenues, lui interdisant de se livrer à des travaux pénibles. C'est pour ce motif qu'il aurait quitté ses parents pour venir à Strasbourg : il avait lu dans un journal quotidien une annonce insérée par un médecin de Strasbourg et il avait décidé de se confier à ses soins. Il se fit traiter pendant un mois par des applications de courant électrique, sans autre résultat que d'y laisser une part importante de ses économies. C'est alors qu'il se rendit en Lorraine pour travailler dans les Aciéries de Knutange, mais dut y renoncer au bout d'un mois. Déprimé, désespéré de se sentir incapable de gagner sa vie dans les mêmes conditions qu'auparavant et de ne pouvoir obtenir sa guérison, il aurait eu des idées de suicide, mais n'aurait pas eu le courage de les mettre à exécution. Revenu à Strasbourg, il travailla au port du Rhin pendant près de deux mois et s'arrêta de nouveau le 10 octobre 1928, se sentant malade. La Caisse de malades à laquelle il se serait adressé pour se faire hospi-

taliser aurait refusé de supporter les frais du traitement qu'il voulait suivre. Ce traitement devait être, dans son esprit, assez long, puisqu'il jugeait insuffisante, pour y faire face, la somme de 900 fr. qui lui restait sur son épargne. C'est pour se procurer des ressources, prétend-il, qu'il aurait commis son premier vol, le 13 octobre 1928. Ses préoccupations hypochondriaques ne cessaient de le poursuivre, car il se présenta le 20 octobre à la consultation du service d'urologie des Hospices civils de Strasbourg, où l'on fit le diagnostic de « neurasthénie urinaire sans lésions organiques ». Il fut arrêté le lendemain soir, et rien, pendant son séjour à la prison, n'attira l'attention sur cette neurasthénie urinaire et sur la forme de ses préoccupations hypochondriaques, qu'il laissa ignorer de l'expert.

A l'asile, dès le premier jour, il demande d'une façon posée et calme d'ailleurs, à être soigné pour sa maladie. Au bout de quelques jours, il attira de nouveau notre attention sur celle-ci, se montrant très absorbé. L'examen rapide du canal n'ayant révélé aucun écoulement ni aucun symptôme de blennorragie chronique, nous jugeâmes préférable d'observer l'état psychique avant de pratiquer les examens des voies urinaires, qui ont pour effet habituel de renforcer les troubles psychiques des hypochondriaques *sine materia*. Cette temporisation provoqua une excitation croissante chez Zk..., qui nous mit en demeure de donner suite à ses désirs d'un traitement intensif, et se livra à des menaces de violences éventuelles. Après avoir ordonné une analyse d'urine et lui avoir annoncé qu'un examen serait pratiqué incessamment, nous eûmes la surprise, trois ou quatre jours après, de trouver notre malade complètement transformé. Il nous déclara qu'il n'était pas malade, qu'il avait simulé en prison par crainte d'être condamné.

La période pendant laquelle avaient été observées

ces manifestations morbides avait duré un mois. Depuis décembre 1928, Zk... n'a cessé d'être calme, sans dépression ni variations cyclothymiques de l'humeur, et a abandonné toutes plaintes hypochondriaques. Il n'existait à aucun moment de symptômes pithiatiques.

En octobre 1929, à l'approche de sa sortie, nous revenons sur ses anciennes déclarations ; sans avouer nettement la simulation, il déclare « qu'il a repoussé tout cela et qu'il ne veut plus entendre parler de cette histoire » ; il refuse tout nouvel examen du canal urétral. S'il n'a pas déclaré au médecin-expert qu'il se sentait atteint de blennorragie, c'est, dit-il, « qu'il était gêné en présence des étudiants ».

Il sort en octobre 1929, se disant complètement guéri.

Cette observation nous a paru d'autant plus intéressante à rapporter qu'elle contraste entièrement avec ce qu'il est de règle d'observer chez les hypochondriaques, et surtout chez les hypochondriaques urinaires. Chez ceux-ci, la ténacité de l'idée prévalente est constante et atteint un tel degré qu'ils consultent successivement de nombreux médecins, sans se lasser de persister dans l'idée obsédante et dans l'anxiété, abandonnant sans raison valable un traitement à peine commencé ou bien n'accordant aucun crédit à des constatations objectives négatives. Chez notre malade, il nous sembla au début nous trouver en présence d'un de ces cas, malgré la symptomatologie assez fruste. Cela promettait un avenir de revendications et d'excitation du malade comme en connaissent tous les médecins, dont ces malades psychiques et pseudo-organiques sont le fléau. La disparition subite et définitive de tout symptôme morbide vint heureusement démentir un pronostic très sombre.

Est-ce à dire qu'il s'agissait de guérison ?

Ce que nous venons de dire de la ténacité de l'idée prévalente hypochondriaque, et ce que l'on sait de l'évolution clinique des psychasténies, surtout quand

elles se présentent sous la forme d'hypochondrie urinaire, ne permet pas de le penser, cette affection étant parmi les plus incurables. Certains détails de notre observation montrent que Zk... n'était pas atteint de psychasténie véritable. La preuve en est dans la facilité avec laquelle il a abandonné tout son système morbide, dans sa dissimulation à l'expert du caractère de ses préoccupations (les malades à idées prévalentes placent celles-ci au premier plan dans leurs déclarations comme dans leur conscience), et dans la brusquerie et la spontanéité de la terminaison des phénomènes morbides apparents. L'intérêt avoué qu'il avait à éviter une condamnation vient compliquer ce cas et en rendre l'interprétation délicate.

Nous n'avons pas eu à faire, en effet, à un vulgaire simulateur. D'abord, on simule des formes mentales bien tranchées et caractéristiques où l'exagération est facile, et où l'auteur n'a pas à se soucier des nuances et à jouer de finesse. En second lieu, un simulateur conscient eût, au contraire, allégué une prétendue maladie organique devant le médecin-expert, au lieu de la passer sous silence. Ceci suffit à éliminer toute possibilité de sinistrose. Enfin, et c'est le point le plus important, Zk... s'était présenté à la consultation de la clinique d'urologie pour se faire examiner, à un moment où il ignorait encore que les portes d'une prison allaient se refermer derrière lui. Ce dernier fait démontre que des préoccupations hypochondriaques ont existé véritablement.

Celles-ci ne paraissent pas cependant avoir été au premier plan de la conscience du malade, mais au contraire semblent être toujours restées contingentes, sans envahir la personnalité. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut expliquer leur facile disparition et le ton dégagé et souriant avec lequel Zk... dit « qu'il ne veut plus entendre parler de cette histoire ». L'interprétation de ce cas serait impossible si nous ne retenions cet aveu

du malade, qui éclaire d'une vive lumière la genèse de ses idées hypochondriaques : « Il a lu des livres de médecine traitant des maladies vénériennes et des voies urinaires. » Nous pensons que ces ouvrages ont exercé une suggestion puissante sur un cerveau peu cultivé, et que cette suggestion a créé de toutes pièces l'état psychique observé. L'utilité de cet état psychique à la suite de vols commis a entraîné une exagération passagère des phénomènes, jusqu'à ce que la suggestion initiale ait été combattue par une nouvelle suggestion contraire résultant de l'internement au Quartier de Sûreté : le malade a été en effet rapidement averti que les sorties de ce quartier sont difficiles, tant que la guérison n'est pas constatée. C'est là la seule hypothèse qui nous permette d'expliquer ce cas d'une façon satisfaisante : il n'y a pas eu simulation consciente ni psychasténie vraie, mais suggestion inconsciente utilisée.

L'ASPECT SOCIAL DES ANOMALIES MENTALES ET LE PROBLÈME DE L'EUGÉNISME

par Alfred GORDON (de Philadelphie)

Membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris

*Conférence faite à la séance
de la Société Médicale de Philadelphie (juin 1929)*

Sous le titre « Anomalies Mentales », nous nous proposons de faire quelques remarques sur une très vaste catégorie des déviations du normal dans le domaine psychique. La forme la plus basse sera considérée premièrement. Graduellement, les types plus élevés seront mentionnés. Ensuite, nous parlerons des personnes psychopathiques chez qui les forces psychiques irrégulières présentent une très grande variété de phénomènes anormaux. Finalement, le grand problème des psychoses ainsi que leurs causes étiologiques seront considérées. Une telle étude nous conduira logiquement au sujet de la Prophylaxie des anomalies mentales, et, par conséquent, au problème de l'Eugénisme.

Lorsqu'on considère toutes les variétés du déficit mental, on y trouve une très longue échelle en haut de laquelle sont placées les monstruosité mentales et en bas une légère faiblesse mentale. Quand toutes les facultés intellectuelles sont envahies, il s'agit de l'idiotie. Quand l'arrêt dans le développement de l'intellect est incomplet, nous sommes en présence de l'imbécillité. On rencontre aussi des individus chez lesquels il n'y a qu'un petit nombre de facultés qui peuvent être développées

à un certain degré. Chez les uns, par exemple, le jugement est défectueux ; chez d'autres, l'attention est presque impossible ; chez d'autres, la mémoire ou le pouvoir de généraliser ou bien de comprendre des idées abstraites sont très insuffisantes pour la vie journalière. Quant aux idiots, l'absence presque complète de l'intelligence présente un obstacle insurmontable entre eux et le monde extérieur. Dans ces cas, l'instinct seul les guide dans leurs relations avec les autres. Toute leur existence n'est qu'une exécution automatique des fonctions végétatives. Chez les imbéciles nous voyons quelques rudiments de développement intellectuel et moral, ce qui nous permet de faire quelques efforts dans la direction éducatrice. Avec persévérance et beaucoup de patience, l'on réussit parfois à inculquer certains principes moraux. Cependant, un tel succès n'est que relatif : la pauvreté des idées et des pensées et le caractère de ses actions restent pour toujours défectueux. Le déficit est évident, particulièrement dans le domaine des instincts, qui sont tous d'un ordre très inférieur. Pour cette raison, nous y observons la cruauté, la vanité, les perversions sexuelles, l'onanisme, des excès extraordinaires de toute sorte. Les imbéciles sont brutaux, ils commettent des actes criminels et révoltants. L'homicide n'est pas rare.

En avançant plus loin, nous entrons dans le domaine des défectueux mentaux, qui sont en très grand nombre et dont l'étude est beaucoup plus importante du point de vue social et légal que celle des imbéciles et idiots. Nous sommes ici en présence des variétés multiples, où la transition de l'une à l'autre est imperceptible. C'est le chapitre le plus important de l'étude des anomalies psychiques, car le nombre de ces individus est énorme. Nous les trouvons dans nos milieux très fréquemment, nous travaillons avec eux, nous les voyons dans les classes des collèges ainsi que dans les affaires journalières. Leurs relations avec la société sont souvent

très nuisibles. Leur intellect est inférieur en qualité et en quantité. Leur développement intellectuel est retardé et réduit. Ce qui est caractéristique chez eux, c'est la lenteur de l'évolution et la petitesse de son amplitude ; par exemple, l'intelligence d'un garçon de douze ans ressemble à celle d'un enfant de cinq ans.

Chez ces individus on trouve presque toujours des anomalies morales à côté des anomalies mentales. Les divers éléments de la conscience sont trop faibles dans la lutte contre les passions instinctives. Un défectueux mental peut avoir quelque conception de ce qui est « juste ou injuste », il peut, à un moment donné, réaliser ce qu'il fait, c'est-à-dire bien ou mal ; il peut même éprouver de l'aversion propre pour un homme normal, mais malgré tout cela, il manque fondamentalement du degré normal de l'inhibition. Le défaut du jugement et de la volonté prive la personnalité morale du défectueux de la résistance, et ainsi il succombe à ses passions. Toutes les déviations dans la sphère morale ont pour point de départ « l'égo », qui est exagéré d'une façon extravagante chez les défectueux mentaux. Toutes les pensées de ceux-ci ne sont dirigées que vers eux-mêmes. Rien dans le monde ne les trouble, rien ne les stimule, excepté leurs propres petites affaires qu'ils exagèrent, naturellement, d'une façon démesurée. Une telle orientation les mène évidemment à une attitude dominante et à l'intolérance envers autrui. Ils sont envieux, jaloux, méfiants et haïssants. Ils peuvent développer facilement la haine contre leurs parents ou leurs enfants. Comme conséquence de cet égoïsme, les sentiments altruistes n'ont pas de raison d'être.

Parmi d'autres traits caractéristiques des défectueux en question, les plus saillants sont les phénomènes impulsifs. Ce sont des manifestations psychiques involontaires et spontanées. Dans la vie normale, nos actions sont gouvernées par deux forces : l'une est le délire instantané d'action, l'autre est le raisonnement. Celui-ci

domine celui-là. Mais quand l'intellect est défectueux ou altéré, l'impulsion prédomine et l'acte désiré est exécuté sans égard aux conséquences possibles. Dans ces cas nous témoignons assez souvent des actes où le raisonnement et la volonté n'interviennent point. Il se peut que le défectueux essaye quelquefois de réfléchir sur l'acte prémédité où il réalise en effet la criminalité ou l'immoralité d'un acte illégal, mais l'appréciation ou la réflexion ne sont pas assez profondes pour l'emporter sur les tendances instinctives. Les impulsions pathologiques se manifestent non seulement dans les gros actes criminels, mais aussi dans les actes mineurs et dans tous ces cas la tendance à l'excès est très commune.

A côté de l'infériorité intellectuelle, les défectueux mentaux présentent particulièrement un défaut inhérent du pouvoir d'inhibition. Toute leur vie est pleine d'incidents de nature instinctifs, car l'instinct prédomine dans toutes leurs actions. Les impulsions ne sont plus sous le contrôle des centres cérébraux, lesquels, ordinairement, régularisent nos actions, mais qui exercent leur influence sur la sphère motrice en produisant une activité excessive. Dans de tels cas, naturellement, il n'y a plus de choix d'actions: tout mouvement est le résultat de l'affectivité. Les actes sont inconscients, leur exécution est inévitable, parce qu'ils sont hors du champ de la lutte qui existe normalement entre la pensée et la passion. Les actes sont par conséquent mécaniques, automatiques et de nature réflexe.

Essayons maintenant de décrire une autre catégorie d'individus présentant une mentalité anormale. Ils ne sont ni défectueux, ni aliénés, dans le sens strict du mot. Cependant, ils diffèrent des personnes normales par leur pouvoir de raisonner, leurs sentiments, leurs goûts, leurs sympathies, etc. C'est la grande classe des psychopathes. Sous le terme de psychopathie, nous comprenons l'état pathologique d'un individu dont la résistance

psychique et physique est diminuée. Autrement dit, c'est une condition constitutionnelle présentant une déviation du type humain normal. Chez une telle personne, il y a une interruption de l'équilibre harmonieux qui, ordinairement, existe entre les fonctions variées des centres cérébrospinaux. La coopération et l'adaptation de ces centres est ici incomplète. Il y a une ataxie des pensées, des sentiments, de la volonté et des fonctions psychomotrices. Cette catégorie de personnes peut être divisée en plusieurs groupes, suivant les éléments affectés, mais la différence entre eux n'est qu'apparente, car l'individualité est toujours la même chez tous.

Le trait caractéristique le plus important des personnes psychopathiques se trouve dans le domaine psychique. Le développement de leurs facultés intellectuelles n'est pas défectueux, mais irrégulier, et l'équilibre de ces facultés est interrompu. Ils peuvent avoir une mémoire remarquable, mais ils ne peuvent point fixer leur attention. Leur instabilité mentale est quelquefois extrême. Ils sont excentriques, rêveurs, avec tendances romantiques. Ils sont émotionnels, timides, hautains, et présentent souvent des perversités de la nature la plus grave. La perte de l'équilibre psychique est évidente dans les manifestations psychonévrotiques qui, ordinairement, se développent avec la plus grande facilité chez les personnes psychopathiques. Parmi ces phénomènes, les obsessions et impulsions morbides sont les plus frappantes.

Qu'est-ce que c'est qu'une obsession ? Dans la vie normale, une idée, une image peuvent envahir notre esprit et y persister. Il suffit alors d'exercer notre volonté pour faire disparaître ce phénomène. Cette obsession physiologique ne devient jamais pathologique. Par contre, dans les obsessions morbides, les centres cérébraux sont envahis par certaines idées ou images qui sont et demeurent fixes et qui suppriment toutes autres idées

ou images antagonistes. Une lutte entre ces deux forces s'ensuit. La persistance de l'idée tenace produit une douleur psychique si intense que la volonté devient subordonnée et l'individu, malgré l'intégrité de sa conscience, se trouve forcé irrésistiblement d'agir d'une façon que lui-même désapprouve. Une telle obsession conduit naturellement à des impulsions et ces deux phénomènes sont dans les mêmes relations que la pensée et l'action. Les observations suivantes suffiront pour illustrer l'état psychique de cette catégorie des anomalies mentales.

Une jeune femme, âgée de 35 ans, psychopathe, dont l'hérédité était des plus défavorables (père syphilitique, mère alcoolique, grand-père paralytique général), a fait plusieurs fausses couches suivies de pertes de sang considérables. Sa convalescence était très longue. Bientôt des impulsions morbides ont apparu. Etant la femme d'un boucher, elle l'assistait à couper la viande dans sa boutique. Plusieurs fois, en maniant le grand couteau, elle était saisie d'un désir de décapiter les clients. Mais en réalisant la situation, elle luttait contre le désir irrésistible et la tentation torturante. Un jour, en présence de plusieurs clients, elle se mit à crier, laissa tomber le couteau et en tremblant pria tout le monde d'enlever le couteau, car autrement elle commettrait un meurtre.

Une autre observation. Un jeune pharmacien, que nous avons soigné pendant deux ans, avait fréquemment le désir irrésistible de se suicider. Il était tout à fait conscient de sa situation, luttait contre elle et ne pouvait pas dormir. Un jour en se trouvant sur un bateau il fut saisi d'une impulsion de sauter dans l'eau.

Effrayé il pria les passagers de l'attacher à un poste et le garder ainsi jusqu'à ce que le bateau finisse son voyage.

Les obsessions et impulsions irrésistibles peuvent affecter aussi des formes de moindre importance. Dans

la kleptomanie, par exemple, il y a une impulsion irrésistible à posséder des objets sans valeur. Elle est accomplie par des gens parfaitement honorables et possédant des moyens suffisants pour payer leurs achats. Ils sont parfaitement conscients de la criminalité de ces actes et des conséquences qui peuvent suivre. Ils luttent contre cette tendance morbide, ils souffrent moralement, mais finalement ils cèdent à l'impulsion. Un individu psychopathique peut commettre toutes sortes d'actes quand il est sous l'influence d'une impulsion irrésistible, tels que l'incendie, l'agression, le viol, l'attentat aux mœurs et toutes les variétés de perversion sexuelle.

Quelle est la perspective pronostique des obsessions et des impulsions morbides ? L'évolution de ces phénomènes ne présente rien de caractéristique. Elle peut être périodique ou intermittente. Quelquefois elle ne dure qu'un temps très court et l'état morbide disparaît complètement. Dans d'autres cas, elle est lente ou reste stationnaire pendant des mois ou des années. Parfois, les symptômes disparaissent mais réparaissent sous le moindre prétexte. Magnan dit : « Ils sont incorporés dans l'état mental de l'individu et jamais ne s'en séparent. Apparaissant de temps en temps pendant sa vie, ils ne sont jamais modifiés ; ils sont toujours les mêmes. »

Nos conceptions modernes du subconscient facilitent considérablement l'interprétation de ces phénomènes morbides. Le rôle joué par les forces pathogénétiques dans la création des manifestations psychonévrotiques est assez bien établi par l'école psychanalytique. Puisque le but de ce travail n'est pas l'étude psychologique mais sa valeur sociologique, l'analyse des processus mentaux et du conflit entre les idées conscientes et subconscientes qui résulte en formation des obsessions ou des impulsions et d'autres désordres caractéristiques de psychonévroses, sera omise.

Dans les pages précédentes, nous avons parlé des indi-

vidus psychopathiques dont le caractère principal se trouve dans une forte susceptibilité aux manifestations mentales anormales. Celles-ci peuvent être, non seulement d'ordre purement psychonévrotique telles que les obsessions ou impulsions, mais aussi de type véritablement psychotique. Ces individus sont les candidats perpétuels aux manifestations fortement pathologiques et sous l'influence des agents puissants peuvent traverser la ligne de démarcation et développer des psychoses réelles.

L'objet de cette conférence n'est pas la discussion complète du très grand domaine des affections mentales, mais notre intention est d'indiquer à la hâte et en lignes générales, les désordres fondamentaux qui caractérisent l'aliénation. Notre but principal est de faire ressortir les graves problèmes de prévention des anomalies mentales de toute sorte et d'esquisser, d'une façon générale, les efforts eugéniques.

Les psychoses sont caractérisées essentiellement par : les désordres de l'idéation, de la perception, de l'affectivité, de la personnalité, de la conscience et de l'activité. Le degré de l'implication de chacun de ces éléments, la relation de l'un à l'autre, l'influence de l'un sur l'autre, tous ont leur valeur dans la formation des variétés multiples des psychoses.

Notre intention n'est pas de les discuter du point de vue académique, mais seulement d'accentuer aussi fortement que possible la prévention des maladies mentales. Pour cette raison, leur étiologie mérite d'être mentionnée avant tout. Les causes peuvent être prédisposantes et excitantes. Les premières sont : générales et individuelles (hérédité, âge, sexe, occupations) ; et parmi les causes excitantes les plus importantes (excès, émotions, dépression, passions, isolement, puberté, gestation, menstrues, état puerpéral, ménopause, finalement : états toxi-infectieux).

Ceci étant dit, abordons maintenant le problème de la Prévention. Que nous discussions la déficience

mentale ou les psychonévroses ou bien les psychoses, il y a un élément causal particulier parmi ceux mentionnés plus haut qui ressort d'une façon prééminente, c'est « l'hérédité ». Les études expérimentales et statistiques, les observations cliniques, démontrent cet axiome irréfutable que tout individu possède invariablement les tendances acquises par le plasma germinatif de ses parents. Le caractère de la prédisposition est déterminé par la présence, dans les cellules spermatiques ou ovariennes, des éléments héréditaires concrets qui déterminent la transmission héréditaire. L'hérédité est la cause des causes. Dans une étude faite il y a quelques années, spécialement du point de vue étiologique (procès-verbal de l'Association Psychiatrique Américaine, avril 1916), nous avons pu arriver à cette conclusion que dans les explosions des désordres mentaux sous la forme des psychonévroses ou psychoses, les incidents étiologiques de caractère émotionnel qui les précèdent jouent un rôle marquant, puisqu'ils exercent une forte influence sur l'affectivité et par là sur la formation des complexes idéo-moteurs. Les désordres mentaux sont produits par des agents qui sont capables d'influencer les sentiments des personnes dont la mentalité est instable en raison d'une prédisposition héréditaire morbide. Dans ces cas, l'élément excitant peut ne pas être nécessairement fort. Même les événements émotionnels légers peuvent être le point de départ des manifestations psychotiques chez une personne prédisposée. Dans le travail mentionné plus haut, l'on voit des agents étiologiques de caractère affectif. L'affectivité est la base fondamentale de la personnalité. Elle gouverne nos actions. D'après Bleuler, nous n'agissons que sous l'influence de la douleur ou du plaisir, et l'affectivité résultante manœuvre nos réflexions logiques. A. Godfernaux remarque que la logique du sentiment se conforme aux nécessités profondes de l'existence, plus que les lois froides et rationnelles de l'association des idées ; l'état affectif est la

force dominante, les idées ne sont que ses sujets (le Sentiment et la Pensée). Yung va plus loin en disant que les plus fortes idées qui dominent la personnalité peuvent être inhibées par l'affectivité et plus forte est la dernière, plus facilement et plus promptement des désordres seront créés dans la pensée et l'action.

Parmi les incidents émotionnels qui jouent un rôle excitant dans le développement des phénomènes psychotiques, nous pouvons citer les suivants : désappointements de toutes sortes, états anxieux subits, frayeur subite, perte d'une fortune ou des moyens de gagner sa vie, spectacle des êtres mutilés, existence inoccupée, privation, résultats adverses des efforts humains. Les causes physiologiques et pathologiques peuvent engendrer une maladie mentale mais presque toujours chez les individus ayant une prédisposition héréditaire morbide. Ceux qui possèdent une prédisposition pathologique sont prêts pour les désordres psychiques à n'importe quelle période de leur vie : le terrain est là, il attend seulement un agent excitant, un de ceux cités plus haut. C'est là où demeure le problème de prévention de l'écroulement psychique.

La considération de la prophylaxie nécessite non seulement la discussion des facteurs étiologiques mentionnés, mais aussi de quelques éléments exogènes. Les désordres mentaux suivent assez souvent les infections et les intoxications. La syphilis y joue un rôle très important. Si nous nous rappelons de son influence nocive sur le système nerveux central qui se manifeste par le tabès dorsal, la paralysie générale, les céphalées spécifiques, les paralysies d'origine centrale ou périphérique même dans la troisième et quatrième génération ; si l'on considère que Lues peut produire des symptômes mentaux simulant les psychoses classiques (voir *Psychoses autres que paralysie générale chez les syphilitiques*, *Jour. Amer. Med. Ass.*, octobre 1917), en tenant compte de tous ces faits, nous pouvons dire que la médecine est en possession de toute une catégorie de mesures

préventives. La tuberculose est une autre affection qui exerce une influence considérable sur la sphère intellectuelle. Elle appartient à la classe préventive des maladies.

L'alcool et les agents narcotiques produisent des effets délétères sur le système nerveux et les processus intellectuels. Ils conduisent vers la dégénération mentale progressive, particulièrement chez les individus provenant d'une souche névrotique. La littérature abonde d'exemples de cette sorte (*Jour. Amer. Med. Ass.*, 1917). On devine ce que doit être la propagande ou l'activité préventive.

Dans les pages précédentes, nous avons fait ressortir les caractères importants de la déficience mentale. Nous avons indiqué qu'il y a une infériorité intellectuelle inhérente qui est combinée avec une déficience du pouvoir inhibiteur, que toute la vie de ces individus est composée d'incidents de nature instinctive, que leur personnalité est caractérisée par l'inaptitude à être influencée, par un manque de discrétion, par de fortes tendances criminelles, par une instabilité perpétuelle, par une non-sociabilité, par l'estime de soi-même exagérée, par vanité, égoïsme, par un manque complet d'idées morales ou altruistiques, par l'inconscience de la justice et de la moralité. Les défauts moraux les rendent inutiles à la société humaine.

Si l'on prend en considération le fait que, d'après les investigations statistiques les plus récentes, seulement cinq pour cent peuvent être capables de gagner le minimum de subsistance, qu'un grand nombre, après plusieurs essais pour gagner un salaire, redeviennent non employés, que les déficients mentaux ont besoin de surveillance pendant toute leur vie et enfin que cette surveillance doit être organisée par la société : lorsque tous ces faits sont sérieusement pris en considération, l'on est forcé d'admettre que la déficience mentale est un des problèmes sociaux les plus graves et les plus difficiles. La prophylaxie est la solution fon-

damentale. Elle doit commencer avant tout par analyser les faits fournis par les données de l'hérédité, laquelle a beaucoup à faire dans le développement de ces défectueux. La prévention des mariages des personnes dont l'histoire de famille révèle la présence de désordres psychotiques et dont l'histoire personnelle démontre l'existence des maladies dégénératives, telles que celle de Lues, l'alcoolisme, etc. (voir plus haut), est tout indiquée. La stérilisation des défectueux est une autre mesure importante dans nos efforts pour combattre la propagation des espèces non sociales et peu désirables.

Des remarques précédentes, nous sommes graduellement conduits à considérer les principes de l'Eugénisme. Comme ce terme le fait supposer, l'eugénisme veut dire le règlement de la reproduction d'une race supérieure basée fondamentalement sur les principes de l'hérédité. Cela peut être accompli par le propre mariage des personnes qui, après une investigation rigoureusement scientifique, montrent l'absence de défauts anatomiques ou physiologiques évidents. La deuxième mesure eugénique pour préserver l'état normal de la société consiste à mettre des obstacles à la propagation des inaptes ou des incapables. Que le rôle joué par l'hérédité soit énorme, tout le monde est d'accord là-dessus. Par conséquent, il est urgent de diriger notre énergie vers les conditions prénuptiales. Une législation spéciale est essentielle, mais afin d'obtenir des nouvelles lois qui demanderaient des altérations radicales des anciennes coutumes, il est indispensable de modifier l'opinion publique. Cela peut être accompli à la condition de faire comprendre à la société les lois de l'hérédité et le principe suivant: puisque le foyer domestique constitue l'élément essentiel de la base sur laquelle la structure sociale est montée, il est important que les parties intégrales de « ce foyer » possèdent des caractères normaux et sains. Pour répandre cette information dans l'intérêt de l'eugénisme, il est néces-

saire d'agir non seulement sur les gens déjà mûrs, mais particulièrement sur les plus jeunes personnes afin qu'elles puissent appliquer ces connaissances au sujet du mariage.

Le problème d'amélioration de la race contient deux éléments fondamentaux de l'eugénisme, notamment la connaissance des lois d'hérédité et la stérilisation de défectueux mentaux. Les résultats splendides de l'éducation dans cette direction sont trop manifestes pour y insister. Une instruction pareille constitue la principale et peut-être la seule ressource dont le progrès de l'eugénisme dépend. Une question naturellement se pose : comment et par qui doit être poursuivie cette éducation ? Ces questions pratiques sont d'une importance sociologique. Elles nécessitent une élaboration spéciale et d'une étendue considérable.

Le but de cette conférence est de faire quelques commentaires et d'attirer l'attention sur un problème extrêmement vaste dans ses applications pratiques. Pour le présenter dans toutes ses ramifications, un volume spécial sera nécessaire. Nous nous sommes efforcés d'analyser le sujet d'anomalies mentales du point de vue pratique. Nous n'avons réussi qu'à esquisser la déficience mentale, les psychonévroses et les psychoses. Nous ne voulions que faire ressortir la relation de ce sujet au problème de l'eugénisme appliqué. Bien des traits caractéristiques ne furent pas détaillés en raison du manque d'espace et de temps.

Bien des pages pourraient être écrites sur l'hygiène mentale qui est, bien entendu, le dérivé de l'eugénisme. Une dissertation par exemple sur « l'enfant nerveux » serait à propos. Celui-ci peut ne pas être un défectueux mental, ni un aliéné et tout de même présenter des particularités du caractère, du tempérament, de la manière de penser et de sentir, tout ce qui dénote une constitution spéciale qui peut subir un écroulement psychique quand elle devient envahie par une force plus ou moins violente spécialement à l'âge de la puberté.

C'est là que l'hygiéniste a l'occasion d'entreprendre une grande tâche, notamment de trouver les moyens de procéder afin d'obtenir le meilleur et le plus propre développement d'un tel sujet nerveux de l'enfance à l'âge mûr. La tâche de l'hygiéniste consiste à considérer le développement dans la première et seconde enfance, pendant la puberté et l'adolescence, autrement dit aux périodes de vie différentes, chacune avec ses demandes physiologiques spéciales. Le futur membre de la société est le produit d'une orientation propre ou impropre, normale ou anormale, et de l'utilisation des particularités qui constitue « l'enfant nerveux ».

L'eugénisme, l'hygiène mentale, sont basées sur la connaissance profonde des forces physiques et psychologiques qui gouvernent les unités biologiques. La reconnaissance pendant l'enfance des traits caractéristiques qui suggèrent des désordres mentaux dans l'avenir, l'établissement des cliniques psychiatriques pour leur reconnaissance et leur prévention, enfin l'application pratique de ces investigations au traitement des délinquants, dont les actions criminelles sont intimement associées aux désordres mentaux, dont elles sont le corollaire direct, tous ces problèmes font partie de notre thèse. Si l'on prend en considération le fait qu'à la fin de l'année 1919 il y avait, aux Etats-Unis, à peu près 250.000 aliénés dont les soins pendant cette année-là ont entraîné une dépense de 50.000.000 dollars, que dans la même année, la mortalité dans l'Etat de New-York était de un pour vingt-deux de la population aliénée adulte, qu'il y a au moins 500.000 défectueux mentaux aux Etats-Unis, que chaque année, dans le même pays, au moins 50.000 cas de désordres mentaux sont admis aux institutions correctionnelles par les décisions des tribunaux, — si tous ces faits sont bien envisagés, l'importance du problème est certainement frappante. Ce sujet, dans toutes ses ramifications, est extrêmement vaste et trop étendu pour une seule conférence.

**ACCÈS DE DÉLIRE PÉRIODIQUE
AVEC EXHALATION D'UNE ODEUR FÉTIDE
(FÆTORÆKREUSIS)
DANS UN CAS D'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE**

par Joseph HANDELSMAN

Médecin-chef de Service à l'hôpital Tworki, près Varsovie

Aux nombreuses observations relatives à l'encéphalite épidémique, je viens ajouter ici l'étude d'un cas très intéressant, tant au point de vue psychiatrique que neurologique.

Il s'agit d'un malade, âgé de 20 ans, G. P., admis le 23-I-27 à l'hôpital de Tworki. Le sergent de ville qui l'accompagne raconte qu'au poste de police le malade a eu un accès d'excitation violente ; il se démena, frappa, donna des coups de pied, détériora le mobilier ; il arracha la fourrure de son col, en disant que c'était une sorcière, appelait sorcières les femmes qui passaient.

25-I-27. Le malade est calme. Quoique sans grande initiative, il manifeste quand même quelque intérêt pour ce qui se passe autour de lui. Il n'est pas mécontent d'être à l'hôpital ; au contraire, il s'en réjouit, car il y recevra des soins médicaux. Il parle peu, mais répond aux questions, est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Pas d'hallucinations, figure en masque, marche lente, attitude très rigide. Spasme convulsif à la mâchoire inférieure gauche.

26-I-27. Le malade, dans un accès subit d'excitation, saute du lit, se précipite sur le malade Gw., lui donne des coups, en criant que c'est le diable sur le poêle qui le tente, et que Michel — il appelle ainsi le malade H. — lui a commandé

de le faire. Il court vers le malade K. pour le frapper, parce qu'il le prend pour un diable. Il montre son oreiller en disant qu'il y voit distinctement le diable. Tout d'un coup il veut se lever et courir vers l'un des malades, car il aperçoit, près de sa tête, une poule rôtie. Lorsque le médecin va dans cette direction, le malade se met à crier avec impatience : « Allez plus vite, plus vite ! » Après un moment, il dit d'un air mécontent : « Eh ! voilà qu'il l'a mangée. » Il refuse de se coucher sur son lit, car celui-ci est « infecté », il prétend que sa literie est tachée, à certaines places, de salive. Il voit des poux sur sa couverture, essaye de les enlever, croit voir un pou sur sa main et s'efforce de l'ôter, et se pince jusqu'au sang. Il prétend être entré dans le service pour remplacer le pape, c'est-à-dire pour devenir le Saint Père, et le pape actuel sera « au-dessous de lui ». Il veut arracher à un des malades ses fausses dents en or, en promettant de les remplacer par les siennes qui sont saines.

Toute la journée, il affirme voir des diables, injurie les malades qui lui semblent être des diables. Dans ces moments d'excitation, la contraction du maxillaire est plus accentuée.

30-I-27. Depuis quelques jours le malade est calme. Interrogé sur les causes de son excitation, il affirme avoir vu des diables sur le mur. Il a eu l'impression que les autres malades voulaient le battre, il se défendait donc. Il n'est pas encore convaincu qu'il n'y avait point de poux, et, en guise de preuve, il indique sur sa main la place d'où il essayait de les arracher. Il est calme ; pas de négativisme, pas d'entêtement, un peu d'indolence.

31-I-27. Nouvel accès d'excitation : il frappe deux malades, s'attaque aux infirmiers, court dans la salle, saute sur les lits. Il dit être couvert de poux. Cet accès dure près de 10 heures. Après une injection de 1 mgr. de hyoscine, le malade se calme et s'endort.

3-II-27. Courts accès d'excitation avec délir

5-II-27. — 8-II-27. Nouvel accès d'excitation.

11-II-27. Le malade répond volontiers aux questions qu'on lui pose. Au cours de l'examen se manifeste, à maintes reprises, une impuissance transitoire de trouver l'expression adéquate, une sorte d'arrêt durant plusieurs secondes. Le malade s'intéresse à l'examen, mais au bout d'une heure apparaissent des signes de fatigue ; les inexactitudes dans les réponses deviennent de plus en plus fréquentes.

Il rapporte ses antécédents personnels. Né en 1907, il dit avoir fait ses 3 années d'école primaire. Ses parents se portent bien. Il a un frère cadet bien portant. Ses parents sont des petits cultivateurs, et comme la ferme était trop petite pour nourrir toute la famille, il s'était fait berger communal. Auparavant, il se portait tout à fait bien. Son mal débuta il y a 3 ans, de manière suivante : *il cessa de dormir la nuit, mais sommeillait toute la journée et mangeait fort peu*. Il ignore le nom de sa maladie, mais le médecin émit l'opinion qu'elle était incurable. Il était tout d'abord hors d'état de reprendre sa besogne, mais, au bout de quelque temps, il est redevenu berger. Au bout d'un an apparut la contraction de la mâchoire. Il y a quelque temps, il remarqua une gêne de la marche ; ainsi, il lui a été impossible d'aller à la ville voisine, éloignée d'un kilomètre. Sa parole est devenue lente. Au début de sa maladie, il manquait d'appétit ; dans les derniers mois, il *buvait beaucoup d'eau et mangeait beaucoup*. Il dit avoir eu des accès de folie, à la suite desquels il fut congédié. Il déclare naïvement que ses accès sont provoqués par une femme qui les lui a imposés. Quant à ses réactions violentes, il les explique aussi naïvement, en soutenant qu'on avait voulu le battre, le ligoter, et qu'il devait se défendre.

Il prétend avoir été en général peu sociable avant sa maladie, avoir aimé la lecture et avoir peu fréquenté les lieux de divertissement.

Il est bien orienté dans le temps, sauf quelques petites erreurs. Il est bien orienté dans l'espace, et a retenu les noms des médecins, des gardes-malades, de plusieurs malades.

12-11-27. Le malade vient de bonne grâce à l'examen. On constate qu'il est bien orienté en ce qui concerne les phénomènes de la vie quotidienne, mais qu'il s'intéresse relativement peu aux questions d'ordre social. Les notions acquises à l'école et les notions générales sont un peu audessous du niveau de celles d'un homme de son milieu.

15-II-27. Examen somatique. Le malade est de taille moyenne, de nutrition médiocre ; assis, il penche la tête un peu en avant et à gauche, son expression rappelle nettement celle d'un masque, sa mimique est si pauvre, et en général ses mouvements volontaires sont si rares, qu'il semble être entravé et que ses mouvements en deviennent presque automatiques. Abandonné à lui-même il demeure longtemps, le regard fixe, la mâchoire inférieure légèrement déviée à gauche et se contractant convulsivement de temps à autre.

Cette immobilité est parfois interrompue par une respiration profonde rappelant un soupir.

Le clignement des yeux est rare (quatre fois dans la minute) ; par contre le symptôme de la scintillation des paupières est très accentué. Pupilles égales, rondes, réaction à la lumière et à l'accommodation vive. Le réflexe oculo-nasal est vif, le réflexe naso-sous-mentonnier absent.

On constate des contractions de la langue et de la mâchoire, du type suivant : au repos absolu pendant plusieurs secondes, une légère déviation à gauche de la mâchoire ; en même temps dans la bouche entr'ouverte (position presque constante) on voit la langue se contracter faiblement ; elle dévie à gauche, en faisant simultanément un mouvement de retrait. La salive devient alors plus abondante, sans s'écouler de la bouche. La contraction s'accroît davantage à toute émotion plus vive. Lorsqu'on commande au malade d'ouvrir la bouche, on y constate la même contraction. La marche est lente, rigide. La quantité des mouvements volontaires est suffisante, mais ils sont lents ; dans les mouvements passifs, tension légèrement augmentée. Réflexes de posture nets dans les articulations du coude, dans les autres articulations, moins prononcés. Léger tremblement des membres supérieurs. Réflexes tendineux et périostiques vifs. Absence des réflexes pathologiques pyramidaux. Pas de troubles de la sensibilité, pas d'ataxie. Rien dans les urines.

Réaction de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi dans le sang et le liquide céphalo-rachidien négatives. Nonne-Apelt et Pandy dans le liquide céphalo-rachidien négatives. 1 lymphocyte dans 1 mc. Papilles indemnes.

24-II-27. Observation d'un accès de délire : d'abord le malade demeure couché, les yeux fixés au plafond. Il se signe de la main droite et fait ensuite le mouvement de chasser quelqu'un. Questionné sur les causes de ce mouvement, il dit avoir vu sa mère qui voulait le tuer. Contractions de la mâchoire nettement augmentées. Pouls 124 par minute, régulier. Malgré que sa peau soit sèche, le malade *exhale une odeur fétide de sueur décomposée*.

Ensuite le malade saisit un petit bout de bois, le presse dans ses doigts, en disant que c'est un pou. Il lève les doigts vers les yeux et affirme qu'il y trouve aussi des poux. L'accès dure environ 2 heures. Pendant l'accès le malade semble être obnubilé : son attitude est celle d'un malade févreux ou d'un délirant alcoolique : il attrape quelque chose en l'air, le tient dans ses mains, fait avec ses

doigts le mouvement d'écraser un pou, voit ce pou, le sent sur son visage. Il saute du lit, baise les mains du docteur, semble chercher quelque chose, est hyperkinésique. Enveloppé dans des couvertures, il transpire abondamment, mais sans odeur spécifique.

5-III-27. Vers midi, le malade saute tout à coup du lit, court dans la salle, s'approche d'autres malades, tend les bras, comme s'il saisissait quelque chose, ou bien se précipite sur un voisin en criant : « Ah ! la Sainte Vierge ! » Sa face est rouge, les pupilles dilatées, les yeux luisants. Lorsque le garde-malade essaye de le coucher, il promène ses regards dans la salle, semble chercher quelque chose, saisit un bout de papier, le colle près de l'angle extérieur de l'œil gauche. Questionné sur ce mouvement, il dit que c'est la seconde dent qui pousse chez lui, et que ce papier va empêcher sa croissance. Il saute encore du lit, demande son pantalon, exige d'être lâché. Cet état d'excitation dure une heure environ.

8-III-27. Hyperkinésique dès le matin, le malade fait l'effet d'un obnubilé, dit au médecin : « C'est vous Krakus, et c'est votre fille Wanda, si, si. » Brusquement il s'adresse à son voisin, en disant : « *C'est ta bouche qui exhale cette odeur infecte, si, si.* » Le malade dégage l'odeur fétide décrite plus haut. La contraction de la mâchoire est très forte.

10-III-27. Nouvel accès d'excitation, pendant lequel il parcourt rapidement le corridor, en criant : « Il faut s'en aller, je m'en vais à la guerre, on m'appelle. C'est la guerre, je m'en vais à l'est, non, non, à l'ouest ! »

11-III-27. Accès d'excitation très forte durant toute la journée. Lorsqu'on l'arrête, il se débat violemment, se précipite sur les infirmiers et les autres malades, en criant : « Les voilà qui viennent, ils vont me tuer. » Il se calme pour un moment : « Je vais dormir, alors ils ne viendront pas », saisit sa couverture, la chiffonne, crie : « Et ce sont eux qui voudraient m'étrangler », en indiquant du doigt l'un des gardes-malades.

15-III-27. Accès d'excitation.

18-III-27. Le malade est calme aujourd'hui, ne se souvient pas de son excitation, assuré que rien ne s'est passé. Lorsqu'on lui raconte qu'il s'attaquait aux gardiens il nie ce fait pour se le rappeler ensuite : « Il m'a semblé qu'il voulait m'étrangler. Maintenant je ne le crois plus. » Il est d'humeur paisible, souriant, bien orienté, accessible. Point d'odeur.

20-III-1927. Aujourd'hui le malade est de nouveau hyperkinésique, agité. A tous moments il déplace sa couverture, écrase son oreiller, indique du doigt son lit : « Voilà, voilà, c'est le diable, le diable ! » Il *exhale une odeur fétide de sueur*, bien que sa peau soit sèche.

20-III. — 10-IV-27. — Plusieurs accès d'excitation pareils aux précédents. Pendant ces accès, presque toujours dès le début, le malade, la peau sèche, exhale une odeur fétide, même lorsqu'il a pris des bains plusieurs jours de suite. Au moment où l'excitation atteint son maximum le malade commence à transpirer et la sueur est parfois si abondante que sa chemise en est toute trempée. Lors de la sécrétion de la sueur, la fétidité disparaît. Le malade sent quelquefois cette odeur, mais soutient obstinément que ce sont ses voisins qui sentent mauvais.

Afin d'illustrer d'une façon précise ces accès, je cite encore un exemple :

9-IV-27. Le malade, agité depuis 3 heures de l'après-midi, se met à sauter à bas de son lit. Il donne un coup de pied à son voisin, se cogne le nez en déterminant une épistaxis. Interrogé qui est le médecin qui l'examine, il répond : « C'est vous, mon cher, vous étiez couché là-bas », puis il récite des vers, s'interrompt brusquement, supplie de ne pas le torturer, se détourne, étend les bras et dit : « Voilà qu'il a voulu m'étrangler, ce misérable, cette peste, mon oncle. » (Qui est ce voisin ?) — « Le prince Joseph Poniatowski avec son état-major. » — (Quel jour sommes-nous, aujourd'hui ?) — « Samedi, mais si, non, non, c'est lundi. » Ensuite il s'écrie : « Puis-je devenir un chasseur, quoi ? que si, pointez, feu ! » « Je vais tirer sur ce monsieur Szp. (le nom de son voisin de lit), je ne sais pas, *il a soufflé un gaz contre moi, j'ai senti un gaz tellement fétide*. Je ne suis pas Dieu, je suis Gabriel P., j'ai voulu régner, Wanda est ma fille. Que me voulez-vous, Messieurs, est-ce qu'il m'a tué ou non ? » Il aperçoit un moustique et s'écrie : « Voilà une araignée qui a voulu m'étrangler. » Il se débat de nouveau en criant : « Lâchez-moi, je vais le déchirer de suite, eh ! il est là, envolé. Vraiment, elle me tente, cette peste, cette vermine, elle rampe sur ma poitrine et me commande de dire tout cela. »

Cet accès dura plusieurs heures.

Le lendemain il est calme, somnolent, ne se rappelle de son accès d'excitation que d'une manière inexacte, confuse. Il rectifie les hallucinations, mais ne s'en rend pas compte clairement.

Les accès de délire sont très fréquents, tantôt plus faibles, tantôt plus violents. Ainsi au mois de mai il a eu des accès plus faibles : les 2-V, 5-V, 12-V, 15-V, 17-V, 20-V, 24-V, 28-V. Une excitation plus forte fut observée les : 7-V, 11-V, 16-V, 18-V, 30-V, 31-V.

Nous avons essayé d'apaiser les accès d'excitation par divers moyens, cependant tous les calmants : narcotiques, enveloppements, bains prolongés, soporifiques demeurèrent absolument inefficaces. Ce n'est qu'au moyen de doses plus fortes d'hyoscine (0,001), qu'on réussissait parfois à diminuer l'intensité de l'accès, mais l'injection d'hyoscine n'avait aucune action sur sa durée.

Pendant les accès plus faibles, à force de persuasion, on arrivait parfois à calmer le malade, mais cet apaisement passait vite, et l'excitation reprenait bientôt avec la même force.

En résumant notre observation, nous voyons qu'il s'agit d'un individu âgé de 20 ans qui, autant qu'il est possible de l'établir, a été atteint, il y a trois ans, d'une maladie fébrile avec insomnie la nuit, somnolence dans la journée, manque d'appétit. Un an plus tard, se sont déclarées chez lui des contractions des muscles de la mâchoire inférieure, ensuite sa marche devint gênée, plus tard, pendant plusieurs mois, il souffrit de polydipsie et de faim excessive. Depuis quelque temps, il a des accès d'excitation avec délire.

Nous avons constaté chez notre malade des signes du syndrome parkinsonien : pauvreté de la mimique, mouvements volontaires limités, face en masque, raideur des muscles, réflexes extrapyramidaux, tremblement des extrémités supérieures, contractions dans la région du diaphragme (respiration profonde paroxysmique) et des muscles de la mâchoire, attitude rigide. Au point de vue psychique, à côté des troubles spéciaux, dont je donne plus loin une analyse approfondie, nous avons trouvé un développement intellectuel partiellement déficient (*débiliter laevis*).

Chez notre malade nous avons observé deux phases dans l'état psychique, apparaissant alternativement : 1) la phase d'excitation avec délire durant de plusieurs heures à 2 jours, et 2) la phase de calme et d'équilibre.

Pendant la seconde phase le malade est bien orienté, facilement abordable, non autistique. Il s'intéresse à son entourage, mais il manque d'initiative, est assez bien orienté dans les questions de la vie ordinaire, ses réponses sont assez promptes. Par contre, dans la phase d'excitation il est difficile et bruyant, se lève brusquement, se précipite sur ses voisins pour les frapper, croyant que ce sont des diables. Il voit un diable sur son oreiller, aperçoit ailleurs une poule rôtie, refuse de se coucher, prétendant que son lit est infecté, taché de salive. Il voit des poux sur sa couverture, sur sa main et les arrache, en se grattant jusqu'au sang. Il saisit quelque chose en l'air, l'attrape, le serre dans ses mains, remue les doigts, comme s'il écrasait un pou, effile sa couverture, etc. Après un calme de courte durée, il saute de nouveau, court en disant qu'il s'en va à la guerre, puisqu'on l'appelle, donne à son infirmier tantôt le nom de Krakus, tantôt de Saint-Pierre ou de Pierre Skarga. Il ramasse un petit bout de papier et le colle près de son œil, en prétendant avoir une seconde dent en croissance. Pendant l'accès, l'excitation augmente progressivement, et il est impossible de retenir le malade. Il devient turbulent, se défend contre une attaque imaginaire, donne des coups de pied, crie, se démène. Instabilité de l'attention, déficience de l'orientation, manque de critique. Sur le premier plan du tableau psychique ressortent des phénomènes délirants du type du *delirium tremens*, l'excitation psychomotrice énorme, méritant le nom que lui a donné *Pienkowski* de « rage motrice ». Pendant l'accès, le malade ne s'endort jamais, même lorsque sa durée est très longue. Par contre, après l'accès, il est très épuisé et s'endort presque aussitôt. La durée des intervalles lucides est variable, depuis 1 à 2 jours jusqu'à plusieurs semaines. Au commencement de l'observation, l'excitation surgissait le plus souvent dans la journée, mais dans les derniers temps elle se déclarait presque toujours le soir. Vers la fin de l'observation clinique les intervalles entre les accès deviennent de plus en plus rares et courts.

En corrélation avec les accès d'excitation délirante,

nous avons observé les signes suivants : d'ordinaire au début de l'accès, lorsque le malade était encore assez calme, mais semblait s'agiter peu à peu, son instabilité augmentait, sa face se congestionnait légèrement, ses pupilles se dilataient, ses yeux luisaient, son pouls s'accélérait, quelquefois avec arythmie ; c'est à ce moment que le malade commençait à exhaler une *odeur fétide spécifique*. Cette odeur ne provenait pas de la bouche, mais de la surface entière de la peau, et particulièrement du tronc. Comme l'odeur est très forte, pénétrante et se fait sentir déjà à la distance de quelques mètres, il est difficile d'établir si la peau de la tête et des extrémités l'exhalait également. Elle rappelle l'odeur de sueur décomposée des gens malpropres. Notons qu'elle s'exhalait même lorsque le malade prenait son bain et qu'il changeait de linge chaque jour. Pendant l'exhalation de l'odeur, la peau du corps entier était sèche et nous ne constatons de sueur nulle part. Ce n'est qu'ultérieurement, avec l'exacerbation de l'accès, que le malade commençait à transpirer, et cela si fortement, qu'à l'apogée de l'excitation sa chemise était toute trempée, de même que sa face et ses extrémités. Pendant cette transpiration, l'exhalation de l'odeur fétide diminuait progressivement, pour disparaître enfin tout à fait. Lorsque le malade était en sueur, l'odeur ne se faisait plus sentir. La durée de l'exhalation variait beaucoup : dans les accès courts elle n'était pas longue (par exemple, dans une observation, à peine 15 minutes) ; par contre, nous avons pu observer une exhalation de 3 h. pendant un accès plus long. L'intensité de l'échappement était variable, de même l'odeur était tantôt très forte, tantôt à peine perceptible. Notons cependant qu'au cours des dernières semaines, où les accès d'excitation étaient devenus plus fréquents, l'odeur s'était atténuée et quelquefois il n'y en avait point. Le malade lui-même la sentait, mais sans savoir que c'était lui qui la dégageait. Il lui semblait (en corrélation avec le syndrome délirant), que c'était un de ses voisins qui laissait échapper contre lui des gaz « puants », ou bien que sa literie était infectée, ou bien enfin que c'était son voisin qui

puait, etc. Notons que les médicaments ordonnés avant ou après l'accès — luminal, caféine, hyoscine, atropine — n'ont exercé aucune action sur l'exhalation de l'odeur. Ni pendant l'accès, ni dans les phases de rémission, nous n'avons observé de ptyalisme, de polyurie, d'émissions de gaz.

En résumé, l'affection du malade G. P. doit être qualifiée d'encéphalite épidémique. Ce qu'il y a de particulier dans le tableau clinique, ce sont uniquement les symptômes mentaux, *accès de délires*, ainsi qu'un phénomène non signalé jusqu'à présent, à savoir, *l'exhalation paroxystique par le corps du malade d'une odeur fétide, et que nous avons nommée : foetoroekreusis* (1).

On sait que l'évolution clinique de l'encéphalite épidémique présente une variabilité surprenante de signes, autant somatiques que psychiques. Cependant, malgré cette diversité, on peut les grouper en types, en syndromes. Ainsi donc, au point de vue somatique, nous observons, par exemple, des contractures, des troubles moteurs particuliers, etc., et quoique les observations nouvelles, apportent de nouveaux syndromes, ceux-ci peuvent toujours être rangés parmi les syndromes hypertoniques ou hyperkinésiques (*Flatau*). Les observations nouvelles complètent les tableaux cliniques connus, en les mettant davantage en relief. Cela se produit également dans la symptomatologie mentale de l'encéphalite épidémique, de sorte que des troubles psychiques fort hétérogènes peuvent être rangés dans certains groupes de syndromes (qui confèrent à cette affection ses signes caractéristiques), plus particulièrement dans les phases secondaires ou chroniques — soit dans le groupe akinéto-apathique, soit dans le groupe impulsif, et dans les phases initiales — dans le groupe des délires. Cependant il y a des cas, dont le tableau

(1) Cette expression se compose de deux mots : foetor (odeur fétide) et ekreusis (mot grec), exhalation, échappement. Ce nom désigne d'une manière explicite l'ensemble du phénomène observé ; ekreusis l'exprime mieux que « sécrétion », car nous y observons non point une sécrétion proprement dite, mais plutôt un échappement de l'odeur.

clinique s'écarte du type usuel, malgré l'analogie des syndromes observés. Tel est aussi notre cas qui présente des troubles psychiques inusités. Dans ce cas la phase aiguë avec troubles du sommeil fut suivie d'un parkinsonisme peu marqué ; plus tard, des phases paroxystique de délire se sont déclarées, analogues aux délires de la phase aiguë de l'encéphalite léthargique, et cela non seulement par leur nature, mais aussi par la concomitance avec une hyperkinésie très marquée pendant l'accès (dans les intervalles libres, hypokinésie marquée).

Pienkowski a déjà, en 1922, rapporté des cas où, dans l'évolution clinique de l'encéphalite épidémique, les accès délirants surgissaient non seulement dans la phase aiguë de l'affection, mais encore dans ses périodes ultérieures. *Pienkowski* essaie d'établir trois types de cet état : 1) *delirium infect. protrahens* ; il dérive de la phase délirante léthargique, évolue ensuite accompagné d'hyperkinésie, en prolongeant ainsi la durée de celle-ci jusqu'à plusieurs mois, même 5 à 6, avec rétrocession lente des symptômes, tendance aux recrudescences et rechutes, et finit par disparaître complètement ; 2) délires post-léthargiques : lorsque dans la phase aiguë on n'a observé que de la somnolence sans délire, il arrive fréquemment que cette somnolence fasse place à des délires avec insomnie et avec ou sans hyperkinésie ; 3) délires épisodiques, déterminés par l'exacerbation subite de l'affection, et qui surgissent souvent après une longue période de santé apparente.

Petit émet la même opinion sur les délires chroniques ou épisodiques et intermittents dans l'encéphalite épidémique. Il a observé la reviviscence des phénomènes aigus qui se déclarent après des périodes de latence parfois très longues et confèrent à cette affection son évolution chronique. *G. Lévy*, parmi ses observations très nombreuses, n'apporte pas un seul cas typique de délire périodique ; pourtant elle cite un cas dans lequel, deux ans environ après la phase aiguë, ont réapparu des signes mentaux aigus du type paroxystique avec délire, évoluant ensuite vers des troubles post-encéphalitiques habituels chez les enfants.

Les accès délirants dans notre observation ont surgi déjà dans la phase du parkinsonisme post-encéphalitique, liés à une excitation hyperkinésique marquée. Ces accès ne forment pas d'épisodes dans l'évolution clinique et ne pourraient pas être considérés comme des délires épisodiques de *Pienkowski*. Ils ne peuvent pas être rangés non plus dans le *delirium infectiosum protrahens*, puisqu'ils n'ont surgi que dans la période ultérieure, secondaire, et que non seulement ils ne rétro-cédèrent pas, malgré la durée de 3 ans de la maladie, mais encore au cours des derniers mois ils subirent une aggravation progressive. Notre cas rappelle plutôt ceux de *Petit*, car on n'y observe point d'exacerbation du mal, mais des poussées permanentes du processus morbide, restant latent et apparemment presque éteint. Le processus morbide observé dans notre cas consiste comme dans des appositions périodiques *aiguës*, accompagnant l'évolution de l'état *chronique*.

Le début des accès de délire est presque toujours accompagné d'un phénomène dont je n'ai pu trouver la description dans la littérature et que, moi-même, je n'avais jamais vu avant, c'est l'exhalation d'une odeur fétide (*fætoroekreusis*). Comme je viens de le rapporter, elle se dégageait de la surface du corps du malade, et non point de la bouche ou de l'orifice anal, comme dans le cas d'épilepsie fétide, décrite par *Sterling*. Cet auteur rapporte avoir réussi, au moyen de l'épreuve d'hyperventilation dans un cas d'épilepsie, à provoquer un phénomène, dont l'affinité avec l'épilepsie est très vraisemblable : « Le malade commença à exhaler de la bouche une odeur si pénétrante, qu'il était impossible de demeurer près de lui. Cette odeur qui ne ressemblait à aucune des fétidités connues, survenait quelquefois même pendant les accès spontanés. » Je rappelle également, que durant l'exhalation de l'odeur, la peau du malade restait sèche ; par contre, à mesure que l'accès évoluait, elle devenait de plus en plus moite, et simultanément l'odeur perdait de son intensité, pour disparaître enfin sans trace, au moment où le malade était tout couvert de sueur.

Pendant l'accès, à côté des sueurs surabondantes, j'ai

observé une série de phénomènes d'ordre neuro-végétatif : dilatation des pupilles, accélération considérable du pouls, son arythmie même, cyanose légère de la face.

Le problème de savoir par quelle voie l'odeur s'échappait de la peau est difficile à résoudre. Comme, d'après des observations réitérées, l'odeur surgissait invariablement en concomitance avec les accès, précédait la transpiration et disparaissait à mesure que les sueurs devenaient plus abondantes, on pourrait admettre que l'odeur s'échappait des glandes *sudoripares*, au moment où celles-ci s'étaient probablement déjà élargies, mais ne produisaient pas encore de sueur, car les agents sudoripares n'étaient pas encore entrés en action. La sécrétion abondante de sueur est un phénomène assez fréquent dans l'encéphalite épidémique, à côté d'autres symptômes relevant du système végétatif.

Manjakowsky et *Cerni* ont examiné le système nerveux végétatif de 174 encéphalitiques et ont constaté bien souvent des troubles du côté des pupilles, la sécrétion de la salive, de la graisse et de la sueur, des troubles de la miction, des phénomènes vasomoteurs, des troubles du pouls, des oscillations de la tension, de la glycosurie et de la polyurie. Ces auteurs localisent ces lésions dans le corps hypothalamique. En examinant les fonctions du foie chez 17 malades parkinsoniens, *Schoenmann* a constaté, parmi les signes d'ordre végétatif, en première place, le ptyalisme et la transpiration ; la sueur était limpide comme de l'eau, non visqueuse, comme la sueur produite par l'excitation du nerf sympathique. *Stern* classe également le ptyalisme et la transpiration au rang des troubles du système végétatif. *Massary* s'occupe de même de l'origine végétative de la sudation dans le parkinsonisme. Dans son traité sur les troubles sudoripares dus à la lésion de la moelle épinière, *Thomas* admet l'excitation du nerf sympathique. *V. Minor*, *Filimonoff*, par des méthodes variées, étudient plus à fond les troubles de la sécrétion de la sueur, et le second de ces auteurs souligne que les recherches expérimentales sur cette sécrétion

peuvent contribuer à préciser le substratum anatomique, peu exploré encore, des fonctions végétatives. *Mueller* et son école, *Greving* tout particulièrement, ont eu le mérite d'étudier les fonctions et la localisation des centres végétatifs. D'après *Mueller* « les vaisseaux, jusque dans leurs ramifications terminales les plus fines, les glandes lacrymales, salivaires, et avant tout, les glandes sudoripares, ont pour centre régulateur le système nerveux végétatif ». Les résultats, aussi bien d'ordre expérimental que clinique ont fait reconnaître que presque toutes les fonctions végétatives de l'organisme sont activées par des impulsions régulatrices des groupes cellulaires, localisés dans le diencephale. La cito-architectonique ne fait pas de progrès aussi rapides, c'est pourquoi la localisation des fonctions végétatives particulières dans des groupes cellulaires déterminés demeure encore hypothétique. Les centres végétatifs sont pour la plupart localisés dans la région du 3^e ventricule et dans le diencephale, dans le *tuber cinereum* de préférence. L'excitation du corps hypothalamique détermine, entre autres, la contraction des vaisseaux et la sécrétion de la sueur (recherches de *Karplus* et de *Kreidl*) ; c'est pourquoi, d'après *Greving*, *le corps hypothalamique doit être considéré comme centre sudoripare*. En s'appuyant sur les récentes recherches expérimentales et cliniques, sur la sécrétion sudoripare, sur les vaisseaux et les pupilles, *Greving*, dans ses travaux ultérieurs, établit que la localisation du centre régulateur pour toutes les fonctions végétatives et les réactions de l'organisme doit être admise dans l'hypothalamus ; par contre, il est impossible de résoudre d'une manière plus précise la question où les centres végétatifs particuliers seraient à localiser. Quoique les recherches expérimentales permettent de supposer que le corps hypothalamique exerce son action sur le système vasomoteur, la fonction sudoripare, la musculature lisse de l'œil et de la vessie, il est quand même surprenant que des fonctions aussi hétérogènes puissent recevoir leurs impulsions nerveuses d'un seul et même centre ; d'après les coupes histologiques (dans la région du 3^e ventricule), la substance grise centrale, les

nerfs paramédian et mamillaire gris, peuvent être considérés comme des groupes cellulaires végétatifs (1).

En considération du fait que l'accès, dans notre cas, débute par la fœtoroekreusis, avec simultanéité d'autres phénomènes d'ordre végétatif : dilatation des pupilles, accélération du pouls, parfois arythmie, congestion de la face allant jusqu'à la cyanose, il est permis de supposer que le phénomène décrit par nous est aussi de provenance végétative. Il nous semble que la concomitance exacte de l'exhalation de l'odeur fétide par la peau avec la sécrétion sudoripare rend plausible l'hypothèse que la localisation anatomique de ces deux phénomènes est commune et que, par conséquent, selon toute probabilité et en accord avec les opinions précitées de divers auteurs, de *Greving* en premier lieu, le centre régulateur de l'exhalation de l'odeur fétide et celui de la sécrétion sudoripare est situé dans le corps hypothalamique (2).

BIBLIOGRAPHIE

FILIMONOFF. — Zur Lehre über die Verteilung der Störungen der Schweissabsonderung bei organischen Erkrankungen des Nervensystems. *Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych.*, 1923, 86, B. S. 182.

FLATAU. — O zespolach pozapiramidowych. *Wyd. Tow. Neur. Warsz.*, 1923, t. I.

GREVING. — Lage und Tätigkeit der vegetativen Zentren im Zwischenhirn. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1923, 83, B. S. 22.

GREVING. — Beiträge zur Anatomie des Zwischenhirns und seiner Funktion. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1925, 99, B. B. 231.

(1) J'omets ici la bibliographie pour les recherches cliniques et physiologiques sur le n. sympathique, v. les rapports de *Soderbergh* et *Thomas*, *Revue neurolog.*, T. I, 1926, ibidem la littérature.

(2) Ce travail était déjà achevé quand notre malade mourut, pendant un accès d'une très grande violence, mais qui, quant à sa nature, ne différait pas des précédents. Il débuta par une exhalation fétide si intense, qu'on la sentait partout dans la grande salle, où se trouvait le malade. Ensuite s'opéra une sécrétion sudoripare fort abondante. Dans ce dernier accès les troubles psychiques ont été identiques avec les précédents. L'accès a eu une durée de plusieurs heures; vers sa fin la T° du malade s'éleva à 41° environ, il tomba en convulsions, qui déterminèrent la mort.

A l'autopsie on a constaté la dilatation de petits vaisseaux dans l'écorce cérébrale, dans la substance blanche et dans les noyaux sub-corticaux, de même que l'ectasie des ventricules, surtout du III.

HANDELSMAN (J.). — VII Zjazd lekarzy i przyrodników, 1925, Refer.

LÉVY (G.). — Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique, 1925, Paris.

MANJAKOWSKY U. CERNI. — Das vegetative Nervensystem bei der epidemischen Encephalitis. *Ukrain. med. vjest.* 1925. N° 1, Ref. *Ztblt f. d. Neur.*, XLVI, 7, 8, S. 473.

MASSARY. — Le système neuro-végétatif dans les syndromes de post-encéphalite léthargique, 1924, Paris.

MINOR (V.). — Ein neues Verfahren zu der klinischen Untersuchung der Schweissabsonderung. *17 Jahresver. ges. Deut. Nervenärzte*, 15, IX, 1927, Ref. *Ztblt. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, u. 1, X, 1927.

MÜLLER (L.-R.). — Lebensvorgänge und vegetatives Nervensystem. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1923, 84, B. S. 145.

PETIT. — Soc. de psychiat., 1921. Soc. méd. des Hôpit., 1921. Ref. *L'Encéphale*, 1921.

PIENKOWSKI. — Zaburzenia psychiczne przy nagminnem spiazkowem zapaleniu mózgu. *Rzcp. Akad. Lek.*, T. II, 1922.

SCHÖENMANN. — Funktionsprüfungen innerer Organe bei Folgezuständen nach Encephalitis epidemica. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1926, 105, B. S. 175.

SODERBERGH. — Sur les moyens actuels d'exploration du système sympathique en clinique et leur valeur. *Revue Neurol.*, 1926, T. I, N° 6.

STERLING. — Badania doswiadczone i kliniczne nad padaczka i tezczyka hyperwentylacyjna. *Med. Dosw. i Spol.*, 1926, T. VI, z 5-6.

THOMAS. — Etude de la sueur dans les blessures de la moelle. La sueur encéphalitique et la sueur spinale. *L'Encéphale*, 1920, N° 4, s. 233.

THOMAS. — Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur. *Revue Neurologique*, 1926, T. I, N° 6.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1929

Présidence de

MM. P. Abély, X. Abély, Collet, membres correspondants, assistent à la séance.

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

M. Minkowski, secrétaire, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. COLIN, secrétaire général, annonce la mort prématurée du D^r Louis Parant, membre correspondant de la Société Médico-Psychologique, qui avait succédé à son père comme médecin directeur de la Maison de Santé de St-Cyprien, fondée à Toulouse par Delaye. M. Parant laisse une veuve avec cinq enfants.

M. Colin demande à la Société de bien vouloir adresser à Mme Parant l'expression de ses vives condoléances (adopté).

Démence précoce à évolution rapide Impulsion homicide : premier symptôme

par Paul ABÉLY

(Service de Psychiatrie de l'Hôpital général de Tours)

Il nous a paru intéressant de vous présenter un cas de démence précoce à évolution extrêmement rapide, précédée d'une très courte période fébrile toxi-infectieuse à étiologie mal définie, correspondant à ces

formes d'encéphalites aiguës psychosiques, décrites en France au cours de ces derniers mois, par MM. Marchand, Guéraud.

En plus de cette évolution particulière, notre observation présente cette originalité que le premier symptôme évident de la psychose fut une impulsion homicide.

A Tours, deux jours avant le 1^{er} août, l'ouvrier boulanger M..., ancien militant communiste tuait d'un coup de couteau son patron V... Le coup fut porté dans la région du cœur avec une extrême violence et une rare sauvagerie. L'instrument du crime était constitué par un grand couteau de boulanger destiné à couper la pâte, il servait habituellement au travail du patron ou de l'ouvrier, il se trouvait tous les jours à la portée de l'assassin.

L'homicide fut accompli en plein travail, vers les 6 heures du matin, alors que victime et agresseur avaient tous deux le torse nu.

Jamais M... n'avait témoigné la moindre animosité à l'égard de son patron, lequel était l'ami de son père. Bien au contraire, quelques jours auparavant, dans une lettre adressée à sa famille, il vantait les qualités et la bonté de V... et manifestait son ferme désir de rester toujours à son service. La veille même du crime, il avait installé une lampe électrique dans le fournil, il avait réparé des pelles et le soir en rentrant chez lui, il avait dit à sa femme : « Je suis content, maintenant nous pourrons travailler convenablement. »

Quelques instants après le crime, lorsque l'alerte fut donnée, on trouva M... blotti dans le fournil, en proie à une vive surexcitation. Il se laissa arrêter sans résistance et prononça simplement cette phrase : « J'ai fait ça parce que je suis communiste, mais j'aurai dû attendre le premier août, cela aurait été d'un meilleur effet pour le parti. »

Puis il entra dans un état d'agitation désordonnée, on dut le traîner au cabinet d'instruction. Il essaya de bondir sur le magistrat instructeur et se mit à tenir des propos incohérents, parlant de Poincaré, du

Dr X..., de lui-même à la troisième personne et réclamant d'urgence un médecin.

Le transfert du Palais de Justice à la maison d'arrêt fut pénible, il essaya de mordre les agents, il se jeta en bas d'un escalier, il paraissait en proie à une intense frayeur.

C'est le lendemain soir seulement que nous fûmes appelés à le visiter. Depuis la veille il n'avait absorbé aucune nourriture, il n'avait satisfait aucun besoin naturel, il était entièrement nu dans sa cellule, bondissant de tous côtés, se frappant violemment le crâne contre les parois, au point que son visage était ensanglanté ; il paraissait en proie à des hallucinations auditives et visuelles, il tenait des propos incohérents, assez stéréotypés : énumération de chiffres, répétition de prénoms, appel du Docteur X... qui le soignait habituellement, brusques attitudes agressives ou de défense. On réussit à le camisolier et à prendre sa température, nous trouvâmes 40°2. Nous décidâmes alors sa mise en observation à l'hôpital et le fîmes transporter dans notre service. Il y arriva le lendemain 1^{er} août. Sa dernière nuit à la maison d'arrêt avait été aussi agitée que la précédente.

A son arrivée il présentait le type habituel du délire aigu : agitation diffuse, sueurs profuses, pâleur de la face, état saburrhal des voies digestives, les dents étaient recouvertes d'un enduit pultacé jaunâtre d'une remarquable épaisseur, de son rhino-pharynx s'écoulaient d'abondantes sérosités muco-purulentes qui encombraient toute son arrière-gorge, la langue était couverte d'un enduit jaune-noirâtre, les pupilles étaient en forte mydriase, tout le corps était agité d'un tremblement menu et continu analogue à celui du *delirium tremens*.

Depuis deux jours et demi il n'avait ni déféqué, ni uriné. Nous retirâmes de la vessie, deux litres d'une urine fortement colorée, qui ne contenait ni sucre, ni albumine, quelques traces d'acétone, mais où l'on trouvait une forte quantité de phosphates. Pendant toute cette journée, deux lavements, dont un purgatif restèrent sans effet. M... parlait peu, poussait quelques

exclamations où revenaient les stéréotypies verbales de la veille. La température se maintint entre 38°8 et 39°4.

L'auscultation ne montra, tant au cœur qu'aux poumons, aucune lésion aiguë ou chronique, seule la respiration était un peu rude au sommet pulmonaire droit ; nous reviendrons sur ce signe qui existait bien avant la maladie actuelle.

L'examen de l'appareil oculaire fut négatif, celui du système nerveux ne montra qu'une légère hyperreflexivité tendineuse, sans troubles sensitifs ou moteurs importants et sans signe de Kernig. Pas de vomissements, aucun symptôme de réaction méningée.

La tension artérielle était de 13-8. L'examen du sang donna un Bordet-Wassermann et un Meinicke franchement négatifs, le taux de l'urée atteignait 0,25 seulement, pas d'hyperglycémie, pas d'acidose. (La réaction de Besredka était positive). L'hémoculture fut rigoureusement négative. Il en fut de même du séro-diagnostic de Vidal.

L'abdomen était nettement tendu mais non douloureux, le point de M. Burnay n'existait pas, seule la palpation et la percussion du foie, qui était un peu hypertrophié, amenaient une réaction de défense, surtout au niveau du point vésiculaire.

La ponction lombaire fut pratiquée sans que le malade opposa la moindre résistance. Elle fut faite, le patient assis sur le bord du lit ; nous pûmes constater alors l'existence d'un symptôme important, à savoir une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien. Le liquide jicla avec force, jusqu'à la cloison située à un mètre de l'extrémité de l'aiguille (deux tubes furent emplis en quelques secondes), le malade ayant été placé dans la position couchée, l'anormale puissance du jet persista avec la même intensité. On dut retirer rapidement l'aiguille sous peine de provoquer une décompression trop brutale. Nous avons très vivement regretté de n'avoir pas eu à ce moment-là sous la main, l'appareil de Claude, afin de pouvoir chiffrer l'importance de cette hypertension.

Cette ponction lombaire sembla soulager très nette-

ment le sujet, qui se mit à somnoler pendant deux heures environ.

L'examen du liquide céphalo-rachidien fut absolument négatif. Pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose, de globulines, pas de dissociation albumino-cytologique, Benjoin, Wassermann, Meinicke négatifs, taux du sucre, 0,50. Absence totale d'éléments pathogènes à l'examen microscopique.

En somme, hypertension intra-cranienne simple sans réactions méningées, sans symptômes évidents de compression cérébrale.

Le lendemain la présentation clinique resta indentique dans sa symptomatologie. La fièvre se maintint aux environs de 39°.

Un purgatif salin administré par la sonde, amena une très légère évacuation intestinale, la vessie se vida abondamment.

A noter l'apparition de nombreuses vésicules d'herpès autour des lèvres.

A partir de ce jour, M... se mit à maigrir avec une extraordinaire rapidité; nous assistâmes à une véritable fonte musculaire généralisée, s'accompagnant de quelques autres troubles trophiques et vasomoteurs: menace d'escarre sacrée, refroidissement et cyanose des extrémités.

Même état durant le troisième jour. Persistance de la confusion mentale aiguë, de l'agitation diffuse, de la constipation opiniâtre. La fièvre oscille autour de 39°.

L'état général est franchement mauvais, le pouls filiforme, l'amaigrissement intense, une issue fatale est à craindre.

On administre de l'huile camphrée et du sérum glucosé. Nous voulons tenter une deuxième ponction lombaire, mais devant la menace d'une syncope nous abandonnons ce projet.

Le quatrième jour, le malade est plus stuporeux que confus, il somnole perpétuellement, il absorbe un peu de liquide. La température a légèrement diminuée, elle est de 38°4 le matin, 38°5 le soir. Absence de signes sémiologiques, pas de myoclonies, pas de troubles

oculaires. Nous prélevons quelques-unes des mucosités qui continuent à encombrer son arrière-gorge. L'examen de laboratoire en est négatif. L'éruption herpétique diminue.

Durant la matinée du cinquième jour, un lavement purgatif provoque une évacuation intestinale considérable.

La température n'est plus qu'à 38°. M... est beaucoup moins abattu, il est peu agité, il regarde curieusement autour de lui, ses stéréotypies verbales réapparaissent, il absorbe une quantité assez importante de lait.

Le lendemain matin au 6^e jour, la fièvre a complètement disparue, la température est de 37°2 ; à partir de ce moment, elle se maintiendra définitivement aux environs de 37°.

L'intestin reprend ses fonctions normales. L'état saburral des voies digestives s'atténue progressivement, l'état général s'améliore considérablement et d'une façon progressive pendant les jours suivants. L'amaigrissement s'arrête.

L'agitation a complètement disparu. M... est plongé dans une profonde apathie dont il s'échappe quelquefois pour éclater de rire ou prononcer des phrases inintelligibles. Il ne demande rien, sommeille dans son lit et avale gloutonnement tout ce qu'on lui présente. Sa femme vient le voir, il ne manifeste aucune émotion, elle essaye d'attirer son attention, de réveiller son affectivité, mais en vain, elle veut lui faire manger une banane, il la mord cruellement à la main.

Nous pratiquons, le huitième jour, une nouvelle ponction lombaire, cette fois dans la position couchée et avec l'appareil de Claude ; nous trouvons 35-12 de tension, le liquide s'écoule goutte à goutte, l'hypertension intra-rachidienne a totalement disparue et cela d'une façon définitive, comme nous avons pu le constater par la suite.

M... mange abondamment, son corps récupère avec assez de rapidité ses forces et son embonpoint.

La phase aiguë est complètement terminée. La période chronique et démentielle commence à faire son apparition.

Progressivement apparaissent les signes classiques de la démence précoce, nous découvrons chaque jour un nouveau symptôme.

M... est pris fréquemment de crises de fou rire, ou se met à sangloter sans raison, il ne manifeste aucun désir et reste profondément inerte. Les visites de sa famille le laissent absolument indifférent. Nous lui faisons voir les journaux qui relatent en détail le récit de son crime, qui publient sa photographie, il éclate de rire. Il se masturbe fréquemment. Il est habituellement gâteux. Il mélange tous ses aliments et les mange gloutonnement. Son visage s'anime souvent de stéréotypies grimaçantes. Il présente un mutisme absolu. Il est sujet à des impulsions brutales, en particulier il essaye de mordre lorsqu'on s'approche de lui. Un jour, il bondit brusquement de son lit et saute sur un gardien qui somnolait à ses côtés.

Cet état persiste depuis trois mois. Il est actuellement dans un quartier de chroniques, il reste toute la journée à la même place dans des attitudes catatoniques, la persévération dans les attitudes est chez lui des plus remarquable, il garde pendant un temps très long les positions les plus excentriques qu'on lui a imposées. Il frappe fréquemment ceux qui s'approchent de lui. Il a essayé plusieurs fois de se livrer à des pratiques homosexuelles sur les voisins de dortoir. Il présente actuellement les symptômes les plus nets de l'hébéphrénocatatonie.

Il était très important de savoir, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, si les symptômes démentiels qu'il présentait étaient antérieurs ou postérieurs au crime, s'ils ne pouvaient pas, en particulier, être consécutifs à un choc émotif, à la crainte et à l'inquiétude, lorsque M... avait apprécié la portée de son geste homicide.

La modalité dans l'accomplissement de son crime laisse supposer déjà l'existence de l'état démentiel au moment de l'acte, l'étude de l'anamnèse confirme cette présomption.

L'enquête de police et les résultats de l'instruction ne nous apportaient aucun élément intéressant. M...

était considéré comme parfaitement normal, et tant au palais que dans la population particulièrement surexcitée, on criait à la simulation. Un seul renseignement recueilli dans son dossier judiciaire nous parut intéressant. En fait, depuis un an, depuis son mariage, M... avait rompu toute relation avec le parti communiste, il avait même abandonné le Syndicat unitaire des ouvriers boulangers, il n'avait assisté à aucune des réunions communistes tenues avant le 1^{er} août. Les échos de la préparation de cette grande journée ne lui étaient parvenus qu'indirectement, par les conversations entendues dans la rue ou des affiches apposées sur les murs. Il s'agissait bien de l'acte d'un isolé qui n'avait subi aucune excitation directe.

Ce fut par les résultats de notre enquête personnelle faite auprès de ses familiers, de son médecin habituel, auprès de sa femme, que nous pûmes arriver à dépister les symptômes discrets, la période silencieuse d'incubation qui précéda la grande crise confusionnelle.

M... présente dans ses antécédents quelques tares héréditaires : son grand-père paternel s'est pendu, son oncle paternel était idiot, un de ses cousins est interné à l'asile d'Angers pour démence précoce. Lui-même est un débile microcéphale, au facies asymétrique. L'instituteur signale que c'était un garçon doux et timide, mais qui avait la tête dure et qui, malgré le maximum de bonne volonté, ne put obtenir le certificat d'études. Il était chétif et fragile, sujet à de fréquentes bronchites. Il fut réformé pour faiblesse de constitution. Il aime passionnément la lecture et se complait dans la lecture de livres à tendance philosophique bien au-dessus de son niveau mental et qu'il assimile imparfaitement. Depuis l'âge de 17 ans, il en a aujourd'hui 24, il exerce la profession d'ouvrier boulanger. S'il a fait preuve d'une grande instabilité, de par le nombre considérable de places qu'il a faites, en revanche, tous ses patrons donnent les meilleurs renseignements sur son compte : « C'était, disent-ils, un garçon assidu et travailleur, remarquablement sobre, jamais nous ne l'avons vu ivre, ou même sous l'influence d'un peu de boisson. Il était très économe, taciturne et énormé-

ment susceptible. A la moindre observation, il se fâchait et quittait la maison. Nous savons qu'il s'entendait parfaitement avec sa victime, dont il ne faisait que des éloges, et nous avons été stupéfaits quand nous avons appris son crime. »

Sa femme, qui vivait avec lui depuis un an, nous signale combien il était doux et affectueux avec elle. Il ne buvait pas, il ne fumait pas, mettait de côté tout l'argent qu'il pouvait, dans l'espoir de s'acheter plus tard un fonds de boulangerie à son compte. Il manifestait fréquemment sa joie d'être avec son patron actuel qui, disait-il, était très bon pour lui.

Trois mois environ avant son crime, il se plaignit de fatigue générale. Il maigrissait, il suait abondamment, au point d'être obligé de changer de chemise plusieurs fois par jour; la nuit, ses sueurs s'accroissaient au point d'atteindre le matelas, il dormait mal, s'agitait et parlait dans son sommeil. Plusieurs fois il dit à sa femme : « J'ai peur de tomber malade et de ne pas pouvoir travailler, je me sens de plus en plus fatigué. »

Dans les semaines qui suivirent ces premiers malaises, son caractère se transforma, il devint de plus en plus taciturne; il lui arrivait de s'isoler pour pleurer, il devenait en même temps irritable et particulièrement nerveux. Son beau-père, chez qui il était allé passer la journée d'un dimanche de juin, dit : « Je le trouvais très pâle, les yeux cernés, de mauvaise humeur, il cherchait continuellement la contradiction, jamais je ne l'avais vu comme ça. »

Il commença à se plaindre de violents maux de tête, qui, disait-il, le faisaient atrocement souffrir. Il se décida à se rendre à la consultation d'un dispensaire de la ville. L'examen médical ne découvrit rien de grave : à peine une légère rudesse de la respiration au sommet pulmonaire droit, la radiographie montra un peu de grisaille à ce même sommet, mais sans lésion évidente. L'examen des crachats fut négatif. On commença une série de cacodylate.

Les dames chargées du dispensaire antituberculeux nous disent : « M... venait très régulièrement pour ses piqûres. Dans le milieu ouvrier habituel du dispen-

saire, il frappait par sa politesse et sa timidité. Mais il paraissait très occupé de sa santé, il insistait pour qu'on lui dise la vérité sur son état, il se plaignait que le traitement n'aménait aucune amélioration. » Plusieurs fois, il attendit le médecin pour lui raconter ses malaises ; celui-ci nous dit qu'il le considérait comme un véritable hypochondriaque. Entre temps, M... lisait des ouvrages populaires de médecine qui traitaient de la tuberculose. Un jour, au dispensaire, il demanda qu'on lui fasse un pneumothorax.

Trois jours avant le crime, il arriva plus inquiet que jamais : il avait trouvé dans un placard une vieille boîte d'ampoules d'hémotonine, vieille de plus de deux ans, et qui avait servi autrefois à sa femme. Il supplia qu'on lui injecta une de ces ampoules, on accéda à son désir. Cette piqûre lui, paraît-il, très douloureuse (éventualité fréquente avec le cacodylate de fer). Il gémit toute la nuit, se plaignant de sa jambe et de sa tête qui le faisait atrocement souffrir (sa femme émet l'hypothèse, parfaitement invraisemblable, qu'il aurait été intoxiqué par cette vieille ampoule d'hémotonine).

Pendant la journée du lendemain, il continue à se plaindre de sa jambe et surtout de sa tête. Il change 4 fois de chemise, en raison des sueurs profuses. A la veille du crime, il se rend le matin à son travail, il rentre chez lui à l'heure de midi, il mange calmement, il retourne dans l'après-midi à la boulangerie ; c'est alors qu'il fait les réparations que nous avons déjà signalées : installation d'une lampe dans le fournil, réparation des pelles. A cinq heures, il quitte amicalement son patron et lui dit tranquillement : « A demain. »

Dans le trajet de la boulangerie à son domicile, il rencontre un de ses amis et lui tient des propos bizarres : « C'est bientôt, dit-il, le 1^{er} août, ça ne peut plus durer, il faut passer à l'action directe. » Il répète plusieurs fois ce mot « action directe ». Ce camarade signale : « M... était tellement exalté, les yeux hors de la tête, qu'il me fit l'effet d'un véritable fou. »

Il rentre chez lui sans avoir absorbé la moindre boisson et se met à table. Il mange calmement, raconte

à sa femme les réparations qu'il a effectuées à la boulangerie et lui dit joyeusement : « Cette fois, nous pourrons travailler convenablement. »

Après le repas, sa femme lui rappelle qu'il doit ajouter quelques mots à la lettre qu'elle a écrite à sa mère. Docilement, il s'installe pour écrire, puis se lève brusquement, prend sa tête entre ses mains et crie : « Je crois que je vais devenir fou ! » Il se couche précipitamment et s'endort d'un sommeil lourd, sans agitation spéciale. Il se lève à 4 heures, absorbé paisiblement son petit déjeuner, embrasse sa femme et lui dit « à ce soir ». Mais il revient quelques instants après, car il a oublié d'emporter ses provisions habituelles, ce qui ne lui était jamais arrivé. Il s'éloigne après avoir répété le « à ce soir » à sa femme.

Une heure après, il accomplissait son crime.

Ce crime, à cette heure matinale, a eu lieu sans témoins. Il nous a été impossible de recueillir le moindre éclaircissement de la part de M..., en raison de son état mental. La femme de la victime, qui était dans la cuisine, à très peu de distance, n'a entendu aucune discussion. V..., tué presque sur le coup, n'a pu prononcer aucune parole, il a pu se traîner jusqu'à la cuisine, où il est tombé mort aux pieds de sa femme. L'alerte a été donnée immédiatement. A partir de ce moment, notre observation rejoint celle du début de notre exposé.

Ces troubles prémonitoires, apparus progressivement au cours des semaines qui ont précédé le geste homicide, faits de troubles du caractère, de préoccupations hypochondriaques, d'inquiétude, de sueurs profuses, de céphalalgie, et peut-être d'infiltration tuberculeuse, constituent une véritable période d'incubation. Il est possible que d'autres troubles, peut-être hallucinatoires, assaillaient M..., mais il ne les a jamais manifestés d'une façon évidente. Il est probable que c'est à la suite d'une hallucination impérative qu'il a accompli son meurtre. Il est impossible d'élucider ce point d'une façon précise.

Cette observation nous a permis d'assister à l'invasion progressive et latente d'un cerveau débile par un virus inconnu, de constater l'apparition brutale d'une

encéphalite aiguë toxique, dont le premier symptôme confusionnel évident a été une impulsion homicide, dont l'évolution, dans cette phase aiguë, s'est faite en une semaine, dont les signes cliniques étaient ceux d'une infection généralisée à allure gastro-intestinale et hépatique, et où dominaient, dans le domaine neurologique, deux symptômes particuliers : une hypertension intracrânienne considérable mais transitoire, une véritable fonte musculaire particulièrement rapide. Enfin, nous avons assisté à la période terminale démentielle, témoignant de la destruction des éléments nobles du cerveau par le virus causal et à l'évolution particulièrement rapide d'un état d'hébéphrénocatatonie typique.

Cette observation posait aussi un problème délicat au point de vue médico-légal : celui de situer d'une façon précise l'apparition de l'état de démence dans le temps du crime.

Il nous a été naturellement impossible, et malgré nos recherches multiples, de découvrir l'étiologie véritable de cette encéphalite psychosique.

Peut-être, comme le disait A. Courtois dans une récente communication à cette société, les méthodes d'examens perfectionnés, les cultures, les inoculations à l'animal apporteront, en indiquant le germe, le virus en cause, la solution du problème. Elles nous permettront d'éviter, dans ces psychoses aiguës qui semblent devenir de plus en plus fréquentes, la fatale chronicité.

DISCUSSION

M. DE CLÉRAMBAULT. — Ce cas me paraît confirmer les vues de notre collègue Marchand, relativement aux deux origines de la Démence Précoce : origine dégénérative, origine infectieuse.

M. MARCHAND. — Nous observons actuellement des encéphalites qui prennent le masque de la démence précoce. Ce n'est quelquefois que dix à quinze ans après le début des phénomènes toxi-infectieux qu'apparaissent des symptômes de démence précoce. Cér-

tains de ces malades ont fait de la poliomyélite. A l'autopsie, même dans des cas évoluant depuis des années, on constate des phénomènes inflammatoires. Peut-être s'agit-il de virus inconnu.

M. GUIRAUD. — Depuis qu'on observe soigneusement les hébéphréniques on constate assez souvent, soit au début de la maladie, soit au cours de son évolution, des épisodes aigus ou subaigus résultant d'une atteinte probablement infectieuse des centres nerveux. En 1924 j'ai publié un cas de poliomyélite, en 1926 un syndrome thalamique ayant persisté environ un mois. J'ai en ce moment dans le service un hébéphrénique ancien qui fait un épisode fébrile ($38^{\circ}2$), avec abolition des réflexes rotuliens, indiquant une participation médullaire.

Comme M. Marchand, je crois que l'hypothèse la plus probable est celle d'un virus procédant par poussées.

M. DE CLÉRAMBAULT. — J'observe en ce moment un malade atteint d'encéphalite épidémique ; il en est à la période médico-légale, avec 14 délits. J'ai l'impression qu'il évolue vers un état dementiel.

J'ai interné récemment une femme de 29 ans, atteinte d'une encéphalite léthargique à 25 ans, entrée peu après, subitement, dans la délinquance à répétition (14 condamnations en 30 mois), et qui me paraît devoir se trouver au début d'une démence progressive. Ses déficits, jusqu'ici restreints aux domaines délicats du jugement, des affections et du sens moral, avec conservation de la vivacité intellectuelle et faible atteinte de la mémoire, reproduisent assez bien la période prodromique de la P. G., et, ce diagnostic exclus, rentrent assez bien dans le cadre de la démence précoce, avec ces seules notes un peu dissidentes de l'initiative et de la vivacité conservées.

Le Surréalisme et les attaques contre les médecins aliénistes

par le Docteur Paul ABÉLY

M. Abély fait une communication sur les tendances des auteurs qui s'intitulent surréalistes et sur les attaques qu'ils dirigent contre les médecins aliénistes.

Cette communication, dont on trouvera le résumé dans la Chronique qui figure en tête de ce numéro des *Annales*, donne lieu à la discussion suivante.

DISCUSSION

D^r DE CLÉRAMBAULT. — Je demande à M. le Professeur Janet quel lien il établit entre l'état mental des sujets et les caractères de leur production.

M. P. JANET. — Le manifeste des surréalistes comprend une introduction philosophique intéressante. Les surréalistes soutiennent que la réalité est laide par définition ; la beauté n'existe que dans ce qui n'est pas réel. C'est l'homme qui a introduit la beauté dans le monde. Pour produire du beau, il faut s'écarter le plus possible de la réalité.

Les ouvrages des surréalistes sont surtout des confessions d'obsédés et de douteurs.

D^r DE CLÉRAMBAULT. — Les artistes excessivistes qui lancent des modes impertinentes, parfois à l'aide de manifestes condamnant toutes les traditions, me paraissent, au point de vue *technique*, quelques noms qu'ils se soient donnés (et quels que soient l'art et l'époque envisagés), pouvoir être qualifiés tous de « Procédistes ». Le Procédisme consiste à s'épargner la peine de la pensée, et spécialement de l'observation, pour s'en remettre à une facture ou une formule déterminées du soin de produire un effet lui-même unique, schématis-

que et conventionnel : ainsi l'on produit rapidement, avec les apparences d'un style, et en évitant les critiques que des ressemblances avec la vie faciliteraient. Cette dégradation du travail est surtout facile à déceler sur le terrain des arts plastiques ; mais dans le domaine verbal, elle peut être démontrée tout aussi bien.

Le genre de paresse orgueilleuse qui engendre ou qui favorise le Procédisme n'est pas spécial à notre époque. Au seizième siècle, les Concettistes, Gongoristes et Euphuistes ; au dix-septième siècle, les Précieux ont été tous des Procédistes. Vadius et Trissotin étaient des Procédistes, seulement des Procédistes beaucoup plus modérés et laborieux que ceux d'aujourd'hui, peut-être parce qu'ils écrivaient pour un public plus choisi et plus érudit.

Dans les domaines plastiques, l'essor du Procédisme semble ne dater que du siècle dernier.

M. P. JANET. — A l'appui de l'opinion de M. de Clérambault, je rappelle certains *procédés* des surréalistes. Ils prennent par exemple cinq mots au hasard dans un chapeau et font des séries d'associations avec ces cinq mots. Dans l'Introduction au Surréalisme, on expose toute une histoire avec ces deux mots : dindon et chapeau haut-de-forme.

M. DE CLÉRAMBAULT. — A un moment de son exposé, M. Abély vous a montré une campagne de diffamation. Ce point mérite d'être commenté.

La diffamation fait partie essentiellement des risques professionnels de l'aliéniste ; elle nous attaque à l'occasion, et en raison de nos fonctions administratives ou de notre mandat d'experts : il serait juste que l'autorité qui nous commet nous protègeât. Le plus souvent, nous négligeons de nous défendre contre les calomnies, parce que nous ne pouvons faire face aux pertes de temps et d'argent qu'entraîneraient pour nous un procès ou même une simple polémique ; nous sommes en outre étroitement liés par les règles du Secret Médical et du Secret Administratif ; nos témoins éventuels (internes et infirmiers) le seraient aussi. Un

conseiller juridique commis par l'Administration et nous représentant en Justice nous libèrerait d'une lourde charge. Il serait lié moins étroitement que nous par le Secret Administratif et même par le Secret Médical.

Nous devons être protégés aussi contre d'autres risques professionnels. Un article récent des *Annales* rappelle que de nombreux collègues, en peu de temps, ont été victimes d'agressions de la part d'aliénés ; il demande que le principe d'une compensation, pour nous et pour nos ayants droit, soit établi et précisé. La simple retraite ne suffit pas, parce que le chiffre de la retraite, dans la première partie de la carrière, serait peu élevé, parce que le médecin invalide peut être réduit à une très faible activité, parce que des soins onéreux lui incombent, et pour d'autres raisons encore.

Il n'y a pas que l'invalidité accidentelle qui puisse nous faire perdre notre carrière. Supposez qu'un Persécuteur, soit évadé soit libéré, attaque son ex-médecin-traitant, et que celui-ci, usant de tous les moyens permis en pareil cas, blesse mortellement son adversaire : la carrière administrative de notre confrère sera brisée. Aucune excuse (et pas même la défense des siens) ne prévaudra contre le scandale : son administration lui imposera sa retraite, il cessera d'être commis comme expert en Justice. La clientèle lui sera d'autre part interdite, surtout dans la spécialité : il ne lui restera de ressource qu'un emploi para-médical.

Un aliéné-persécuteur peut s'attaquer à la famille de son médecin ; il peut aussi détruire ses biens, soit par le feu, soit par procédés imprévus et ne relevant d'aucune assurance (explosion, rupture de conduites, etc.).

De tels risques menacent l'aliéniste plus que personne, mais ne le menacent pas exclusivement. Tout technicien fonctionnant comme expert peut être victime des mêmes vengeances, un exemple récent l'a prouvé.

Contre tous les risques professionnels, *de quelque nature qu'ils puissent être*, il faudrait que le technicien fût garanti par des dispositions précises lui assurant

des secours immédiats et permanents. Ces risques ne sont pas seulement d'ordre matériel, mais d'ordre moral. La préservation contre ces risques comporterait secours, subsides, appui juridique et judiciaire, indemnités, enfin pension parfois permanente et totale. A la phase d'urgence, les frais d'assistance peuvent être couverts par une Caisse d'Assurance Mutuelle ; mais en dernier ressort ils doivent incomber à l'autorité même au service de laquelle les dommages ont été subis.

L'étude de nos moyens de recours à l'heure présente et de leur extension dans l'avenir pourrait, après préparation de la part de certains d'entre nous, être mise à l'ordre du jour de notre Société.

La séance est levée à 18 heures.

Un des secrétaires,

GUIRAUD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ANATOMIE

Modification à la méthode du carbonate d'argent pour la coloration de la microglie, par F. CARDILLO. *Riv. di Patol. nerv. mentale*, vol. XXXIV, f. 3, juillet 1929, p. 409-415.

Ce nouveau procédé permet l'utilisation de pièces fixées depuis longtemps dans le formol. Les temps originaux de la méthode consistent à traiter les coupes par l'eau pyridinée et à dissoudre le précipité de carbonate d'argent par la pyridine et non par l'ammoniaque (selon la technique de Catalano).

Les ganglions de la base, par S. KODAMA. *Archives suisses de Neur. et de Psych.*, vol. XXVI, fas. 1 et 2, p. 38, 100, 179, 265.

S. Kodama termine son importante étude morphogénitique, anatomique et anatomo-pathologique sur les noyaux gris centraux, et leurs faisceaux d'union. Il ne nous est pas possible de donner un résumé détaillé de sa magistrale étude, mais nous devons signaler page 258 deux remarquables schémas où sont représentées toutes les voies efférentes et afférentes des noyaux gris. Tous ceux qui doivent se tenir au courant de l'anatomie nerveuse de ces importantes régions doivent les consulter.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Les plages de désintégration en grappe dans l'encéphale du lapin, par V.-M. BUSCAINO. *Riv. di Patol. nervos. e mentale*, vol. XXXIV, f. 3, juillet 1929, p. 382-409.

Buscaino a obtenu expérimentalement des plages de désintégration en grappe dans l'encéphale du lapin par divers

procédés : intoxication chronique par la peptone, action du bacille typhique, splénectomie. Ces plages de désintégration, que l'auteur a étudiées dans de nombreuses publications, ne sont pas des formations normales mais résultent d'un processus biochimique, pathologique, atteignant non seulement les fibres nerveuses, mais aussi les éléments cellulaires nerveux, gliaux, épendymaires.

Sur 35 lapins en expérience, le résultat a été positif dans 8 cas.

A signaler que le lapin traité par des substances bactériennes a présenté un état spongieux du centre ovale et des ganglions de la base associée à l'hypertrophie et à la sclérose du foie. C'est le premier exemple d'une dégénération hépato-lenticulaire expérimentale.

P. GUIRAUD.

GLANDES ENDOCRINES

Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale, par D. SANTENOISE, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de Médecine de Nancy. (1 vol. in-8°, 336 pages, Amédée Legrand, édit., Paris, 1929).

Continuant l'étude des relations qui existent entre l'activité du système pneumogastrique et certaines glandes endocrines (1), M. Santenoise fait l'exposé des résultats cliniques et expérimentaux qui montrent comment les troubles du système nerveux de la vie végétative peuvent conditionner certaines modifications de l'activité fonctionnelle cérébrale.

Dans ce nouvel ouvrage, plein de faits expérimentaux, l'auteur après avoir insisté sur l'importance des troubles fonctionnels du système organo-végétatif dans les états psychopathiques, met en évidence les variations leucocytaires de l'hémoclasie digestive suivant l'état du vague, les variations leucocytaires du choc peptonique suivant le tonus et l'excitabilité du pneumogastrique, l'étroite relation qui existe entre la sensibilité des animaux au cyanure double de zinc et de potassium et le tonus et l'excitabilité de leurs centres pneumogastriques.

L'emploi de poisons du cerveau, comme les anesthésiques, conduit à des conclusions de même ordre. Avec le chloralose, l'éther, le chloroforme, on obtient toujours des anesthésies faciles, rapides et profondes, chez les animaux vagotoniques

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, mai 1928, p. 442.

ou vagotonisés par un agent pharmacodynamique, alors qu'inversement, il faut employer des doses plus élevées d'anesthésiques pour obtenir le sommeil chez des animaux hypovagotoniques ou atropinisés. Le pneumogastrique exerce une action excito-sécrétoire sur l'appareil thyroïdien et conditionne la production et la mise en circulation par la thyroïde d'une substance qui accroît la sensibilité du système nerveux aux poisons.

En faisant varier l'excitabilité vagale, M. Santenoise a observé des variations consécutives de la chronaxie du gyrus sigmoïde. Il existe un parallélisme entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et l'excitabilité des centres psychomoteurs.

Cette intéressante série de recherches met donc en évidence l'importance du rôle joué par le pneumogastrique sur la sensibilité de l'organisme aux chocs, sur la sensibilité de l'organisme aux poisons et sur la régulation de la chronaxie des centres psychomoteurs.

A noter que les sujets les plus sensibles aux accidents aigus ou subaigus de l'alcoolisme seraient les vagotoniques.

René CHARPENTIER.

MALARIATHÉRAPIE

Malariathérapie des psychoses non syphilitiques, par Aldo GRAZIANI. *Rass. di stud. psych.*, vol. 18, E. 1, janvier-février 1929, p. 46-58.

Aucun résultat appréciable dans l'encéphalite chronique, l'épilepsie, la maniaque dépressive. Amélioration plus ou moins nette durant de quelques mois à un an chez un certain nombre de déments précoces, surtout à la période initiale.

Malariathérapie de la psychose maniaque dépressive, par MM. LÉVI, BIANCHINI et J. NARDI. *Arch. Gen. di Neur. Psichi. e psicoa.*, fas. I, 30 juin 1929, p. 5-12.

Expérimentée dans 36 cas de psychose maniaque dépressive, la malariathérapie a donné : guérison 32 0/0, amélioration sensible 17 0/0, résultat nul 42 0/0, décès 6 0/0.

Même dans les cas où l'action est considérée comme nulle une amélioration transitoire a été observée au cours de la période fébrile.

Les résultats presque identiques obtenus par la malaria-

thérapie dans la démence précoce et la maniaque dépressive sont un argument en faveur de leur parenté étiologique dans le cadre des psychoses constitutionnelles et neurody-sendocriniennes. Cette dernière conclusion semble bien discutable.

Observations cliniques sur la malariathérapie de la P. G., par A. MARI. *Not. e Rivis. di psichiat.*, n° 1, janvier-avril 1929, p. 141-194.

La malariathérapie pratiquée chez 32 P. G. a donné des résultats favorables dans un nombre de cas bien inférieur à celui indiqué par de nombreux auteurs.

La malariathérapie est un traitement de la P. G. Ce n'est pas le seul ni le plus actif.

En associant le traitement spécifique à la malariathérapie on obtient de meilleurs résultats que par l'un ou l'autre de ces traitements employés isolément.

P. GUIRAUD.

PSYCHANALYSE

Les origines des sentiments sociaux et religieux au point de vue psychanalytique, par E. WEISS. *Arch. gen. di neurol. psichi. e psicoanal.*, fas. I, 30 juin 1929, p. 19-46.

Intéressante et agréable revue générale exposant les idées de Freud et de Weiss sur la formation du sentiment mystique et du mythe, le totémisme, le tabou, le banquet totémique.

L'auteur décrit la première révolution dans la vie de l'humanité qui a transformé l'institution patriarcale. Les fils rebelles réunis auraient consommé le « parricide originaire » pour se débarrasser de leur père dominateur absolu ; ils l'auraient dévoré pour acquérir ses qualités. Cet acte de révolte aurait mis fin au stade de la horde dirigée par le père de famille. Le banquet totémique — au cours duquel les membres du groupe totémique réunis se nourrissent de la chair du totem représentant l'ancêtre — constitue la première fête de l'humanité et n'est que la commémoration du parricide originaire.

Cette nouvelle voie dans laquelle s'engage la psychanalyse nous éloigne beaucoup des psychonévroses, de l'inconscient, des associations d'idées. Devenue sociologique et ethnographique la psychanalyse perd son caractère original pour continuer l'œuvre de Darwin, Fraser, Lévy-Brühl, etc., avec plus d'imagination et d'hypothèses.

P. GUIRAUD.

PSYCHIATRIE

Recherches sur l'histoneuropathologie, l'encéphalographie, le liquide céphalo-rachidien des déments précoces (1926-1928), avec un appendice sur les plages de désintégration en grappe. (*Revue synthétique et critique*), par V.-M. BUSCAINO. *Riv. di Patol. nevr. e mentale*. Vol. XXXIV, f. 2, avril 1929, p. 181-229.

La démence précoce est constamment, et dès son début, accompagnée de lésions histologiques et histochimiques du système nerveux central.

On trouve parfois de légères atteintes méningées et vasculaires. Les lésions nerveuses tout à fait initiales décrites récemment par Fünfgeld, consistent en transformation filamento-réticulaire du cytoplasme chromatolysé, amincissement de la membrane nucléaire, densification de la chromatine moins distincte que normalement du cytoplasme voisin : c'est un processus de fluidification cellulaire. La dégénérescence granulo-graisseuse classique ne s'observe que dans les cas anciens. L'altération histochimique des fibres nerveuses et des ganglions de la base est révélée par la présence de plages de désintégration en grappe.

Les lésions sont distribuées par foyers irrégulièrement disséminés dans tout l'encéphale, la troisième couche corticale est la plus lésée.

Des phénomènes de régénération ont été signalés par Cajal.

Le processus biologique à la base de la démence précoce est une lésion organique du système nerveux de cause exogène (extra-cérébrale). La dissémination irrégulière des lésions explique les symptômes de dissociation dit schizophréniques. L'atteinte des ganglions de la base et des voies cortico-extra-corticales rend compte de la dissociation émotivo-intellectuelle. La participation des centres extra-pyramidaux explique la catatonie.

La pathogénie de la démence précoce est un problème de pathologie acquise et non constitutionnelle. Krestchmer et ses imitateurs font fausse route.

P. GUIRAUD.

La notion de réaction en psychiatrie, par L. REDALIÉ. *Arch. Sui. de Neur. et de Psych.*, vol. XXIV, f. 2, 1929.

Pour Redalié, les symptômes de la schizophrénie et de la maniaque dépressive appartiennent à la catégorie des réac-

tions psychiques. La notion de réaction psychique est opposée à celle de *troubles déficitaires* (troubles démentiels organiques). Ces derniers dépendent d'un substratum lésionnel plus ou moins localisé, alors que la réaction psychique est liée à des « perturbations dynamiques générales de l'encéphale ».

Ces réactions psychiques (de même que les réactions somatiques, par exemple la réaction thermique), reposent sur des mécanismes préformés héréditaires. Etant donnée la constitution somato-psychique d'un individu, des causes variables provoqueront la même réaction psychique.

Les divers types réactionnels sont : 1° le type schizoïde (discordance affective entre l'individu et le milieu) ; 2° le type cycloïde (réactions affectives exagérées) ; 3° le type hystéroïde (suggestibilité) ; 4° le type épileptoïde (réactions lentes avec impulsions) ; 5° le type de Bonhoeffer (délires, hallucinations, stupeur, incohérence, syndrome de Korsakoff, etc.).

Les maladies mentales véritables ne constitueraient que l'exagération de ces réactions. Quant aux lésions anatomiques, elles ne sont que la manifestation de la cause qui a déclenché les réactions ; il n'y a pas de rapport entre la distribution des lésions et le tableau clinique. Dans la schizophrénie, par exemple, les lésions ne font que détruire certains éléments inhibiteurs, ce qui permet à la fonction schizoïde préformée de se manifester. Cet exposé, s'appuyant sur des articles encore sous presse, peut nous donner une idée des tendances actuelles de beaucoup d'auteurs suisses et allemands.

Ces tendances ne sont pas autre chose que la répétition des idées de Magnan et de Dupré sur la dégénérescence et les constitutions psychopathiques. La seule nouveauté est l'utilisation de données biologiques et endocriniennes contemporaines. Par contre, les caractéristiques des nouvelles constitutions nous paraissent plus empruntées à la philosophie qu'à la clinique.

Tous les auteurs français admettent depuis longtemps qu'à un choc émotif, à une infection, les divers individus réagissent de façon différente, c'est la notion classique de la prédisposition.

Mais c'est à notre avis une exagération inadmissible de prétendre que, à part les éléments démentiels, dans la symptomatologie des maladies mentales la constitution héréditaire joue un rôle exclusif. C'est ne pas tenir compte des particu-

larités dues à la localisation des lésions, à leur mode d'action plus ou moins massif et chronique, et enfin aux fragilités électives des diverses régions nerveuses suivant l'âge.

Si certains P. G. réalisent des symptômes maniaques ou délirants, l'explication de cette particularité, par une cyclothymie ou une schizothymie latente, nous paraît une explication verbale et inhibitrice de nouvelles recherches. Il faudrait alors croire que le paludisme révèle les schizothymies latentes, puisqu'il multiplie les formes ressemblant à la psychose hallucinatoire chronique ou à l'hébéphrénie.

L. Redalié va jusqu'à écrire : « On peut dire qu'en établissant le diagnostic de schizophrénie, de manie ou de mélancolie, on est toujours prêt à le modifier dès que les symptômes organiques apparaissent en plus des symptômes typiques pour l'une de ces psychoses. » Voilà des diagnostics solidement établis ! Nous préférons la ponction lombaire.

En somme, comme on l'a toujours vu en psychiatrie, les auteurs, suivant leurs tendances générales (et peut-être leur constitution mentale), attachent une importance plus grande soit à la cause exogène, soit à la prédisposition individuelle et héréditaire. Mais, au point de vue pragmatique et thérapeutique, la première attitude nous paraît bien plus fructueuse.

P. GUIRAUD.

Un paralytique général de 82 ans, par C. Rizzo. *Riv. di Patol. ner. e ment.*, vol. 33, f. 6, février 1929, p. 821-831.

Un vieillard de 82 ans présente des troubles de la mémoire et du caractère rappelant la démence sénile. Seul le syndrome humoral positif fait faire le diagnostic de P. G.

Recherches hématologiques et sérologiques dans les maladies mentales. (Confusion mentale, démence précoce, mélancolie), par ROBERTI. *Rass. di stud. psychi.*, vol. 18, f. 1, janvier-février 1928.

Scheiner ayant constaté une augmentation considérable du taux de la bilirabine dans le sang au cours des nombreuses maladies mentales (confusion, démence précoce au début, psychoses avec agitation), C.-E. Roberti a étudié l'hémolyse dans les mêmes maladies pour vérifier si elle pouvait être la cause de l'hyperbilirubinémie. L'auteur a trouvé une diminution de la résistance globulaire et des formes atypiques d'hématies après l'action de certaines solutions sali-

nes. L'hémolyse est rare et quand elle existe elle présente des caractères de non spécificité qui permettent d'affirmer qu'elle ne résulte pas de l'action d'un antigène.

P. G.

La maladie de Wilson, par L. DE LISI, *Riv. di Patol. nerv. e mentale*, f. 1, janvier-février 1929, p. 1-162.

L. de Lisi a publié, en 1914, le premier cas italien de dégénérescence lenticulaire progressive. A propos d'un second cas, il a fait une très importante revue générale sur la maladie de Wilson, illustrée de 32 remarquables figures.

Dans l'exposé clinique, l'auteur montre la dissociation entre la force statique et la force dynamique ; il étudie les troubles du tonus, la réflexivité posturale, la réaction myodystonique. D'après la notion de rigidité décérébrée, il interprète certaines attitudes partielles stables de décérébration, les crises toniques ou tétaniformes, les phénomènes de libération dépendant de la station érigée par section diencéphalique sans interruption de la voie pyramidale. Sont ensuite analysés du point de vue anatomo-clinique et physiopathologique : le rire spasmodique, la dysarthrie, l'anarthrie, les troubles vésicaux et rectaux, les troubles végétatifs, ceux de l'humeur et de l'émotivité. Il met en particulière évidence certains états d'excitation psychique qui, chez son malade, étaient associés aux crises hypertoniques.

Dans ses considérations sur l'anatomie pathologique, de Lisi réagit surtout contre les tentatives de démolition du concept de dégénération lenticulaire, contre la tendance à considérer la maladie de Wilson comme un processus étendu à tout l'encéphale et spécialement à l'écorce cérébrale. Les centres encéphaliques les plus caractéristiquement atteints sont le putamen et le noyau caudé, ensuite le pallidus et le noyau dentelé, ensuite le *locus niger*. L'auteur attire aussi l'attention sur les lésions de la capsule externe et de l'avant-mur et la présence à ce niveau de nodules névrogliques. L'état spongieux du putamen, manifestation la plus typique de la maladie de Wilson, résulte de la rapide dégénération parenchymateuse et de la réaction névroglique, surtout protoplasmique. Les cellules névrogliques géantes d'Alzheimer ne sont pas pathognomoniques de la maladie de Wilson, pas plus que la pseudo-sclérose.

L'auteur rejette l'hypothèse d'un processus blastomatique et admet une action toxique d'origine hépatique.

Les lésions du foie constituent bien une cirrhose, mais

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Novembre 1929. 6. 24

une cirrhose très particulière avec une énorme vascularisation du tissu conjonctif, prolifération vasculaire même dans le parenchyme et surtout dans les pseudo-lobules. L'atteinte hépatique est d'origine *congénitale* et *héréditaire*.

Du cadre de la maladie de Wilson on doit rejeter le spasme de torsion, qui n'est qu'un syndrome, et les formes chroniques d'encéphalite épidémique avec atteinte hépatique.

Se tenant à l'hypothèse d'une maladie hérédo-familiale hépatique, l'auteur dénie tout rôle étiologique aux infections et à la syphilis. Les lésions cérébrales sont d'ordre toxique (par atteinte hépatique).

De Lisi conteste les cas de maladie de Wilson sans atteinte hépatique, pour lui les lésions du foie sont toujours initiales.

Sans vouloir discuter ici cet important travail, nous estimons que l'auteur ne répond pas de façon convaincante à l'objection qui vient naturellement à l'esprit, à savoir que dans les grosses cirrhoses hépatiques non wilsoniennes l'encéphale reste pratiquement intact. De plus il repousse un peu vite les observations d'encéphalite chronique avec atteinte hépatique (Pellissier), dans lesquelles l'origine infectieuse est peu discutable.

De l'évolution des reliquats psychiques de l'encéphalite épidémique dans les premiers âges de la vie, par M. BERGAMINI. *Note e Rivi di Psich.*, n° 1, janvier-avril 1929, p. 184.

Revue générale détaillée à propos d'observations personnelles donnant une large part à la bibliographie française.

L'auteur étudie successivement le syndrome neurologique, les facteurs héréditaires, les troubles du caractère, les troubles du sens génital, les troubles de l'intelligence. Il aurait pu, nous semble-t-il, consacrer un chapitre aux délires hallucinatoires incurables ressemblant à la psychose hallucinatoire chronique ou à l'hébéphrénie délirante (Steck, Courtois, etc.). Dans son chapitre sur la pathogénie Bergamini discute les hypothèses explicatives des troubles mentaux : lésion des noyaux gris, lésions corticales, lésion des fibres unissant les noyaux gris à l'écorce. Il admet qu'à côté des troubles du caractère, de l'affectivité et du sens génital, l'atteinte intellectuelle est la règle. Il croit à une participation corticale spécialement frontale.

P. GUIRAUD.

PSYCHOLOGIE

Pathologie de la perception, (Pathologie der Wahrnehmung),
W. MAYER-GROSS et Johannes STEIN, in *Handbuch der geisteskrankheiten*, édité par O. Bumkel. Julius Springer, éditeur, Berlin, 1928.

L'étude des troubles de la perception doit être poursuivie, tout naturellement, dans deux directions différentes ; il y a lieu tout d'abord de faire une large part aux données nouvelles d'ordre physiologique, relatives aux fonctions nerveuses en général et aux organes des sens en particulier, et deuxièmement, il est indispensable d'approfondir davantage les caractères intimes, de nature psychologique, des divers troubles de la perception, ainsi que les rapports qui les relient au fond mental sur lequel ils se produisent. De là la séparation de l'ouvrage en deux parties distinctes, dont la première est traitée par M. Stein, et la seconde par M. Mayer-Gross. Il est évidemment impossible d'analyser ici en détail cet important ouvrage qui touche à une des questions les plus complexes de la pathologie mentale et en donne un aperçu d'ensemble. Je me bornerai à dire que la lecture de l'étude de MM. Mayer-Gross et Stein est particulièrement suggestive : elle souligne l'insuffisance des notions anciennes dont nous avons pris l'habitude de nous contenter, met en relief aussi bien les progrès réalisés dans ce domaine que la multitude de problèmes nouveaux qui en découlent et rend plausible l'effort qui devient nécessaire quand on essaie de se mettre à la hauteur de l'état actuel de la question, en évitant des théories trop hâtives et trop simplistes. Pour n'indiquer brièvement que les grandes lignes : la chronaxie avec ses multiples applications et surtout avec la possibilité qu'elle donne de ramener à des facteurs physiologiques des troubles qui jusque là paraissaient d'ordre purement subjectif ou psychologique, les caractères généraux des troubles sensoriels tant d'origine périphérique que centrale, la notion du « mouvement sensoriel » en tant que partie intégrante de la perception et en tant que point de départ de manifestations pathologiques dans ce domaine, le problème de l'espace et du temps dans la genèse et dans la structure des hallucinations, l'antique problème perception-représentation, la notion du schéma du corps de Head, les données nouvelles mises en relief par la psychologie de la forme, l'étude de l'état mental des hallucinés, toute la

diversité des phénomènes réunis sous le nom générique d'hallucination, diversité qui a trouvé un regain d'intérêt depuis les récentes recherches sur l'action de la mescaline de Beringer qui, comme les deux auteurs du présent ouvrage, appartient à l'école de Heidelberg, les syndromes hallucinatoires (délire hallucinatoire, hallucinose, hallucinosis phantastica, etc.), les hallucinations multisensorielles, le contenu des hallucinations, etc., telles sont les questions que nous voyons tour à tour étudiées et discutées devant nous, avec beaucoup d'objectivité, et, comme je le disais déjà, avec le désir bien arrêté d'éviter toute théorie trop hâtive, quitte à laisser, conformément d'ailleurs à l'état actuel de nos connaissances, certaines questions sans réponse précise. La bibliographie est très étendue ; une large part y est faite aux conceptions et aux travaux français.

E. MINKOWSKI.

PSYCHONÉVROSES

L'épilepsie de Louis XIII, par M. TRÉNEL. *Æsculape*, novembre 1928, août 1929.

La réhabilitation de Louis XIII est à l'ordre du jour. Reprenant l'opinion de Saint-Simon, les historiens contemporains en font un grand roi méconnu. En réalité, ce qu'on a méconnu chez lui, c'est son épilepsie. Non qu'elle soit ignorée, mais elle a toujours été passée sous silence, quoiqu'on ait beaucoup épilogué et beaucoup écrit sur les singularités de son caractère, caractère que les plus convaincus partisans de ses hautes capacités prétendues ne peuvent s'empêcher de considérer comme pathologique. L'épilepsie les explique entièrement. Louis XIII eut une unique grande crise à l'âge de 15 ans, le 31 octobre 1616 ; elle est décrite typiquement par son médecin Héroard dans son *Journal*, et par Arnault d'Andilly, et tous les mémoires du temps racontent l'émoi qu'elle causa à la Cour. Mais de plus il eut, dès le plus jeune âge, des absences et des vertiges, crises affectant la forme syncopale, qu'Héroard a enregistrées avec la plus grande précision et auxquelles il appliqua, d'une façon continue, le traitement anti-épileptique d'alors par le bézoard. Plus tard, il semble que les accidents furent plus rares : on n'en trouve trace que dans le curieux *De morbis hereditarüs* de Lyonnet (1647). Il est facile de se convaincre que l'apathie, la dépression, l'absence de volonté, avec quel-

ques rares ressauts d'énergie, l'hypocondrie, la religiosité de Louis XIII ressortissent du caractère épileptique.

On sait, de plus, qu'il était atteint de bégaiement avec protusion spasmodique de la langue, laquelle était si hypertrophiée qu'il était obligé de la rentrer avec les doigts.

La galerie des portraits de demi-fous et d'aliénés de Tallemant des Réaux, par M. TRÉNEL. *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine*, n° 7-8, t. XXIII, juillet-août 1929.

Le terme de *demi-fou* est de Tallemant des Réaux, qui l'attribue à la fameuse vieille dame Pilon, qui a enrichi la langue française de savoureux néologismes. C'est cette dénomination qui convient à plusieurs des cas que T. a recueillis dans les *Historiettes* et qu'il passe en revue. Mais les psychoses proprement dites sont aussi représentées par nombre d'observations, car observation est bien le nom qui convient à maintes des *Historiettes*, lesquelles nous montrent Tallemant non comme un anecdotier scandaleux, ainsi qu'on le considère trop souvent, mais comme un fin observateur des tares mentales de ses contemporains. Ce sont tantôt des brefs schémas, tantôt des descriptions très poussées qu'on peut qualifier de cliniques. T. range les faits sous les rubriques suivantes : mélancolies, mélancolies d'involution, psychoses périodiques, psychasthénie, démence précoce, dégénérescence mentale, obsessions et phobies, perversions instinctives, perversions génitales, hystérie, délire à deux, délires imaginatifs, psychoses familiales et héréditaires, psychoses aiguës, au total une centaine de cas. Toutes ces descriptions sont très vivantes et leur exactitude clinique non seulement constitue une importante contribution à la pathologie des siècles passés, mais encore imprime un cachet d'indéniable véracité à toute l'œuvre si discutée de Tallemant.

L'étiologie de cette épilepsie est rapprochée par T. de l'oxycéphalie, qu'il démontre héréditaire, des Habsbourg et, par eux, des Bourbons, Louis XIII descendant directement de Jeanne la Folle par sa mère Marie de Médicis, petite-fille de Ferdinand I, frère de Charles-Quint. L'histoire a toujours négligé, sinon caché, cette hérédité : l'historien de Louis XIII, Legrain, par exemple, a soigneusement élagué Jeanne la Folle de la généalogie qu'il en donne. Cette oxycéphalie est certaine de par l'iconographie et de par le témoignage médical d'Héroard, qui signale la *synostose prématurée des sutures chez Louis XIII enfant*. T. est tenté de rapporter les mal-

formations cranio-faciales des Habsbourg à une affection voisine de la dysostose cranio-faciale de Crouzon. Une confirmation anatomique de cette hypothèse et la preuve de l'hérédité familiale de cette malformation sont données par l'autopsie rapportée par Héroard, et jusqu'ici inédite, du second frère de Louis XIII, le premier duc d'Orléans, mort en état de mal épileptique à 5 ans, et dont « *fust trouvé l'os de la teste de l'espaisseur et dureté de celui d'ung homme de 25 à 30 ans et les sutures si resserrées qu'il n'en pouvait rien exhiler.* »

Il n'est pas jusqu'aux anomalies du sens génital de Louis XIII qui ne puissent être expliquées par cette affection qui, du fait de la méningite séreuse qui l'accompagne souvent (telle celle qui fut constatée chez son frère susdit), a pu donner lieu à des lésions de la région tubéro-hypophysaire, d'où un état génito-dystrophique.

La nature familiale et héréditaire de cette épilepsie est prouvée par sa constatation certaine chez Charles-Quint, chez Louis XIII et le duc d'Orléans, chez Anne d'Autriche, qui eut une crise affirmée par les lettres d'un ambassadeur italien, enfin chez Charles II d'Angleterre, neveu de Louis XIII.

VARIÉTÉS

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER. — Klippel (François-Maurice), docteur en médecine à Paris. Ancien médecin des hôpitaux de Paris ; 51 ans de pratique professionnelle. Chevalier de la Légion d'honneur du 15 août 1919.

Voici un tardif et bien modeste hommage rendu à l'un de nos médecins les plus savants qu'on s'étonne de ne pas voir siéger à l'Académie de Médecine. Ses travaux remarquables, universellement connus, semblaient cependant lui en donner le droit.

C'est ce que ne manqueront pas de penser les nombreux et éminents élèves qu'il a formés à son école, ses amis et ses collègues de la Société Médico-Psychologique.

H. C.

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MM. HESNARD (de Toulon) et POROT (d'Alger).

OFFICIER D'ACADÉMIE

MM. COMBEMALE et VULLIEN, médecins-chefs à la Clinique d'Esquermes.

MEDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MÉDAILLE D'OR

M. le D^r OLIVIER, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés du Loir-et-Cher, maire de Blois.

M. le D^r LALANNE, médecin-chef à l'Asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy, président de la 33^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

M. CHANDET, sous-directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, chef des services de l'Assistance départementale à Paris.

MÉDAILLE D'ARGENT

M. le D^r J. HAMEL, médecin-chef à l'Asile de Maréville, rapporteur de la question de Psychiatrie au Congrès de Barcelone.

M. le D^r ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, rapporteur de la question de Neurologie au Congrès de Barcelone.

M. le D^r DEVAY, médecin-chef à la Maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, Lyon.

M. le D^r SENGLAR, directeur administratif de l'Asile d'aliénés de Maréville.

MÉDAILLE DE BRONZE

M. le D^r AUBRY, médecin-chef à l'Asile de Maréville.

M. le D^r PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin-chef à l'Asile de Maréville.

M. le D^r VULLIEN, médecin-chef à la Clinique départementale d'Esquermes, rapporteur de la question de médecine légale au Congrès de Barcelone.

NÉCROLOGIE

Edouard LONG

Nous apprenons avec tristesse la mort du Professeur Edouard LONG, Professeur de Neurologie à l'Université de Genève. Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Ancien Chef de Laboratoire et Collaborateur du Professeur Déjerine, le Professeur Edouard Long a laissé de nombreux travaux neurologiques parmi lesquels un important travail, aujourd'hui classique, sur les *Voies centrales de la sensibilité générale (Etude anatomo-clinique)*.

Son enseignement était très apprécié. Ancien Secrétaire général, puis Président du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, il était Président de la Société suisse de Neurologie.

Que Mme le D^r Long-Landry, ancienne interne des Hôpitaux de Paris et ses fils veuillent bien accepter ici l'expression attristée d'unanimes regrets.

R. C.

Louis PARANT

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 38 ans, du D^r Louis PARANT, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Toulouse. Notre collègue a été emporté en quelques jours par une septicémie streptococcique consécutive

à une chute qu'il avait faite dans la cour de la caserne du 10^e régiment de dragons à Montauban, où il accomplissait une période d'instruction. Aussi bien pendant son internat dans les asiles de la Seine que depuis qu'il avait succédé à son père dans la direction de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, Louis Parant s'était acquis l'estime et la sympathie de tous ses collègues et confrères. Sa disparition prématurée provoquera parmi eux d'unanimes regrets.

GRANJUX

Nous apprenons la mort, à Paris, de notre excellent confrère le docteur GRANJUX.

Ancien médecin militaire, ancien adjoint à la 7^e direction, notre confrère avait quitté l'armée, il y a plus de trente ans, pour se consacrer au journalisme médical.

Il fonda le *Caducée*, organe de la médecine militaire dans lequel il défendit avec vigueur les intérêts de ses anciens camarades. Pendant de très longues années Granjux fut aussi secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale française*. Il était vice-président de l'Œuvre Grancher.

Granjux, ami de Vallon, s'occupait aussi des questions touchant à l'aliénation mentale et à la médecine légale. Il ne manquait pas d'assister aux Congrès annuels de médecine légale.

ASILES DE LA SEINE

Le Conseil général de la Seine a décidé de faire construire deux pavillons pour aliénés tuberculeux, l'un pour les femmes : l'asile de Maison-Blanche, l'autre pour les hommes à l'asile agricole de Chezal-Benoit.

Par arrêté du préfet de la Seine, il est créé une crèche-garderie dans chacun des Asiles de Maison-Blanche et de Ville-Evrard.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

La situation hiérarchique du médecin d'asile

Circulaire du 26 août 1929

Paris, le 26 août 1929.

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

A MESSIEURS LES PRÉFETS,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mes services ont été saisis, soit par les intéressés, soit même par les

Administrations départementales, de nombreux conflits d'attribution qui se sont élevés entre les Directeurs administratifs et les médecins des Asiles publics d'aliénés.

Ces conflits ont été évoqués également lors d'une récente séance de la Commission des médecins des Asiles.

Pour mettre définitivement fin à ces incidents qui nuisent à la bonne marche du service et peuvent, par suite, porter préjudice aux malades, j'ai l'intention de fixer nettement, après une étude complète, les attributions respectives des Directeurs et des médecins.

On a pu penser que la suppression, en 1922, du cadre des médecins-adjoints et l'attribution du titre de chefs de service à tous les médecins du cadre des asiles publics pouvait, dans une certaine mesure, être l'origine de ces conflits ou du moins les avoir facilités.

Je ne nie pas que cette réforme ait apporté une profonde modification à la hiérarchie administrative des fonctionnaires des Asiles d'aliénés, mais je persiste à penser que le règlement type de 1857, bien qu'antérieur à cette modification, aurait pu être suffisant, dans la plupart des cas, à délimiter d'une manière efficace le rôle du médecin et le rôle du directeur.

Je regrette qu'il n'en ait pas été ainsi et, en attendant qu'intervienne la réglementation envisagée, je tiens dès maintenant à vous indiquer que *les autorités médicale et administrative des Asiles d'Aliénés ont chacune leurs attributions propres et leur responsabilité particulière, et qu'elles ne sont, en aucune manière, sous la dépendance les unes des autres.*

J'ajoute que la situation faite actuellement aux fonctionnaires en cause les met sur un pied d'absolue égalité, et il serait également inexact de prétendre que le médecin est soumis aux ordres du Directeur, ou que le Directeur est l'inférieur hiérarchique du médecin.

Je vous serais obligé de bien vouloir porter ces considérations à la connaissance des intéressés en leur indiquant mon vif désir de les voir continuer la collaboration qui, dans la grande majorité des asiles, a donné jusqu'à ce jour des résultats si fructueux pour l'amélioration des conditions de traitement et pour le bien-être des malades.

Pour le Ministre et par délégation :

Le Sous-Secrétaire d'Etat :

OBERKIRCH.

Nominations

M. le D^r SCHUTZENBERGER, médecin-directeur de l'hospice de Pontorson, est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de La Charité, en remplacement de M. le D^r BEAUSART.

M. le D^r FASSOU, médecin-chef de service à l'Asile privé d'aliénés de Bégard, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le D^r DAUSSY.

M. le D^r GARDES, reçu avec le n° 5 au concours des médecins des Asiles en 1928, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Charité (Nièvre), en remplacement de M. le D^r BRIAU.

M. le D^r DAUSSY, médecin-chef de service à l'Asile privé d'aliénés de Lommelet (Nord) est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le D^r FAUVEL.

M. le D^r MAGNAND, reçu avec le n° 1 au concours des médecins des Asiles en 1929, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le D^r LE MAUX.

M. le D^r DEMAY, médecin-directeur de l'Asile de Moisselles, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maison-Blanche, en remplacement de M. le D^r BONNET, admis à la retraite.

M. le D^r LELONG, reçu avec le n° 1 au concours des médecins des Asiles en 1929 est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé d'aliénés de Lommelet (Nord), en remplacement de M. le D^r DAUSSY.

Vacances de postes

Le poste de médecin-directeur de l'Asile de Pontorson (Manche) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le D^r SCHUTZENBERGER.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile privé d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord), par suite du départ de M. le D^r FASSOU.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant : l'Asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes), par suite du départ de M. le D^r COSSA, admis à la retraite.

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

La XXXIV^e Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à Lille, du 21 au 26 juillet 1930.

Président : M. le Professeur ABADIE, de Bordeaux.

Vice-président : M. le Docteur PACTET, Médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général : M. le Docteur Pierre COMBEMALE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, Médecin des Asiles.

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

PSYCHIATRIE : *Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.* — Rapporteur : M. le Docteur LAMACHE, ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris.

NEUROLOGIE : *Les réflexes de posture élémentaires.* — Rapporteur : M. le Docteur DELMAS-MARSALET, chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE : *L'application de la Loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux.* — Rapporteur : M. le Docteur CALMETTES, médecin-chef de l'Asile de Limoges.

N. B. Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au D^r Pierre COMBEMALE, secrétaire général de la XXXIV^e session, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

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 10 juin 1930 recevront les rapports dès leur publication.

CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Le dixième Congrès belge de neurologie et psychiatrie se tiendra à Liège les 26 et 27 juillet 1930, sous la présidence d'honneur du professeur Francotte,

UNIVERSITÉ DE PARIS

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Conseil directeur : MM. C. Bougle, H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet, Ch. Maurain, H. Piéron, Et. Rabaud. Secrétaires : M. I. Meyerson, H. Wallon.

Année scolaire 1929-30

Psychologie générale. — M. DELACROIX. — *La volonté et la personnalité.* Les mardis à 17 heures, Sorbonne, Amphithéâtre Descartes. — *Exercices pratiques. Leçons d'étudiants.* Les lundis à 14 heures, Sorbonne, Amphithéâtre Guizot (1^{er} semestre), salle G. (2^e semestre). — *Direction de travaux et de recherches.* Les lundis à 17 heures, Sorbonne, Cabinet attenant à la salle E. (1^{er} et 2^e semestres). — M. MEYERSON. — *Exercices pratiques. Leçons d'étudiants.* Les samedis à 14 h. 1/2, Sorbonne, salle G. (1^{er} et 2^e semestres).

Psychologie pathologique et expérimentale. — M. DUMAS, en mission, remplacé par M. BLONDEL. — *Psychologie pathologique appliquée à la nosographie des psychoses.* Les dimanches à 8 h. 1/2, Asile Clinique, 1, rue Cabanis (1^{er} et 2^e semestres). — *Exercices pratiques. Psychologie clinique et expérimentale.* Les mardis à 9 h. 1/2, Asile Clinique, 1, rue Cabanis (1^{er} et 2^e semestres).

Psychologie expérimentale et comparée. — M. JANET. — *La faiblesse et la force psychologiques.* Les lundis et jeudis à 13 h. 3/4, Collège de France, salle 8 (1^{er} et 2^e semestres).

Psychologie physiologique. — M. PIÉRON. — *La fonction auditive.* Les mercredis à 14 h. 1/2, Collège de France, salle 3 (1^{er} et 2^e semestres). — M. MEYERSON. — *Travaux pratiques* (sensations, perceptions, motricité, émotions, efficacité mentale), avec la collaboration de MM. Fossard et François. Les vendredis à 9 h. 3/4, Sorbonne, Laboratoire de psychologie physiologique (1^{er} et 2^e semestres).

Psychologie zoologique. — M. RABAUD. — *Exposé général de zoologie biologique.* Les mercredis et jeudis à 14 h. 1/2, Sorbonne, Amphithéâtre de géologie. (2^e semestre). — Mlle COUSIN. — *Démonstration et exercices pratiques.* Les samedis à 14 heures, Sorbonne, Laboratoire de biologie expérimentale (1^{er} et 2^e semestres).

Section de pédagogie. — M. H. WALLON. — *Psychologie appliquée à l'éducation. Les origines du caractère chez l'enfant : la phase affective.* Les jeudis à 15 h. 1/2, Sorbonne, Amphithéâtre Guizot (1^{er} semestre). — *Conférence de psychopédagogie.* Les jeudis à 14 heures, Sorbonne, salle F. (2^e semestre). — *Travaux pratiques.* — Les jeudis à 9 h. 1/2, Laboratoire de psychologie pédologique, Groupe scolaire, 28, rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine (1^{er} et 2^e semestres).

Section de psychologie appliquée. (Applications au travail et à l'industrie ; sélection et orientation professionnelles). — H. PIÉRON. — *Conférences techniques et direction de travaux d'élèves. La mesure en psychologie, psychométrie et psychographie. Les méthodes de tests. Le calcul des corrélations, etc...* (avec le concours de MM. Fossard et François). Les lundis et mercredis à 17 heures, Sorbonne, salle S. (1^{er} et 2^e semestres). — M. LAHY. — *Travaux pratiques et conférences techniques: La psychotechnique, science expérimentale. La méthode psychotechnique appliquée à la sélection, à l'orientation professionnelles, à la psychiatrie. Le calcul des machines.* Les vendredis à 14 heures, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Laboratoire de psychologie appliquée (1^{er} et 2^e semestres). *Préparation aux travaux de recherches.* Les samedis à 15 heures, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Laboratoire de psychologie appliquée.

Les élèves pourvus du diplôme de psychologie appliquée pourront être autorisés à suivre, pendant une année, des exercices pratiques de perfectionnement destinés à les préparer aux recherches et aux applications industrielles.



L'Institut de Psychologie décernera le titre *d'élève diplômé* (de psychologie, de pédagogie ou de psychologie appliquée), aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin d'année. Des recherches en vue des Diplômes d'Etudes Supérieures et des Doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut. Les élèves pourvus du diplôme de psychologie générale et du diplôme de psychologie appliquée pourront, dans des conditions de grade et de scolarité déterminées et après un travail de recherches personnelles, briguer le diplôme *d'expert psychotechnicien de l'Université de Paris*.

Pour être admis au cours et conférences, les étudiants

devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux Travaux Pratiques, ils devront verser un droit semestriel de 150 fr.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat, Sorbonne, Laboratoire de Psychologie Physiologique, escalier A, 3^e étage, le matin de 10 à 12 h.

*Le Doyen de la Faculté
des Lettres,*

Signé : H. DELACROIX.

*Le Doyen de la Faculté
des Sciences,*

Signé : Ch. MAURAIN.

*Le Recteur, Président
du Conseil de l'Université,*
Signé : S. CHARLÉTY.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES

INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE

L'Institut organise, chaque année, des Conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et services, les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la Psychiatrie ou l'étude des problèmes qui sont à la base des recherches.

Les Conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre Magnan (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Métro Glacière. Téléphone : Gobelins 57-46).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au Secrétariat de l'Institut (Hôpital Henri-Rousselle), le matin, de 10 à 12 heures.

Décembre. — Vendredi 13 : Dr DUPOUY. La question de l'opium. — Mardi 17 : Dr ROUBINOVITCH. Etat médico-psychologique des jeunes délinquants. — Vendredi 20 : Dr G. PETIT. Sur quelques types cliniques de psychopathies infectieuses par virus neurotrope.

Janvier. — Mardi 14 : Dr Raymond MALLET. De la dissociation affective dans le délire. — Vendredi 17 : Dr MISSET. Le rôle des rayons X dans l'expérimentation neuro-biologique. — Mardi 21 : Dr VURPAS. Les formes cliniques des obsessions. — Vendredi 24 : Dr CAPGRAS. Le délire de supposition ; délire d'interprétation des hyperémotifs. — Mardi 28 : Dr BARBÉ. Le rire des aliénés. — Vendredi 31 :

Dr TINEL. Rôle de l'émotion dans la genèse des maladies nerveuses organiques.

Février. — *Mardi 4* : M. J.-M. LAHY. Etude expérimentale et standardisation de tests psychotechniques. — *Vendredi 7* : Dr COURTOIS. Encéphalites et délire aigu. — *Mardi 11* : Dr MAUCLAIRE. Les essais de greffes de glandes sexuelles dans les psychopathies. — *Vendredi 14* : Dr MINKOWSKI. L'hérédité morbide. — *Mardi 18* : Dr LAUGIER. Excitation sélective des muscles dégénérés. — *Vendredi 21* : Dr MARCHAND. Les syndromes anatomo-cliniques de la démence précoce. — *Mardi 25* : Mlle WEINBERG. Variations psychiques journalières. — *Vendredi 28* : M. Gilbert MATRE. L'apport de la psychologie animale à la psychologie normale et pathologique.

Mars. — *Vendredi 7* : Dr CHATAGNON. La biothérapeutique du syndrome épileptique. — *Mardi 11* : Dr MONTASSUT. Essai d'interprétation biologique et psychologique des constitutions mentales morbides. — *Vendredi 14* : M. DELAVILLE. Destinées des stupéfiants dans l'organisme. — *Mardi 18* : Dr Raoul-M. MAY. La chimie de la substance nerveuse au cours de sa dégradation. — *Vendredi 21* : Dr TARGOWLA. La psychose anxieuse, syndrome psycho-encéphalitique. — *Mardi 25* : M. FESSARD. Fonctions mentales et fonctions motrices. Quelques corrélations. — *Vendredi 28* : Dr SCHIFF. Méthodes récentes en criminologie psychiatrique.

Avril. — *Mardi 1^{er}* : M. DESOILLE. Effets physiologiques des ondes hertziennes. — *Vendredi 4* : Dr TOULOUSE. La tuberculose et la psychopathie.

VU ET APPROUVÉ : *Le Directeur de la 3^e Section
de l'Ecole pratique des Hautes Etudes,
membre de l'Institut,
L. MANGIN.*

*Le Directeur de l'Institut de Psychiatrie,
Dr E. TOULOUSE.*

VU ET APPROUVÉ :

*Le Ministre de l'Instruction Publique
et des Beaux-Arts,
P. MARRAUD.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 39.371

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

LE SIGNE DE L'APPROBATIVITÉ
DANS LES PSYCHOSES

par Paul COURBON



Le professeur Dupré (1) qui attachait à l'examen psychologique une importance primordiale, pour le diagnostic des maladies mentales, même quand leur nature organique était grossièrement évidente, a désigné du mot « d'approbativité » l'une des particularités les plus frappantes de la paralysie générale. C'est là un néologisme heureux, que tout le monde comprend et qui invoque le fait très exact de l'approbation perpétuellement assurée par le paralytique général à ses interlocuteurs.

Mais l'approbativité n'est pas spéciale à la paralysie générale et même quand elle s'accompagne d'incohérence intellectuelle, d'amnésie et d'embarras de la parole, elle peut n'avoir aucun rapport avec elle. Sa

(1) DUPRÉ. — *La paralysie générale*, in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet.

valeur sémiologique dépend des nuances psychologiques qu'elle revêt. C'est ce que l'on va essayer de démontrer.

Quelques indications préalables sur les conditions qui déterminent le plus fréquemment une conscience normale à prendre l'attitude approbatrice faciliteront peut-être la compréhension des nuances distinctives de l'acquiescement qu'une conscience morbide peut donner aux affirmations d'autrui. Ces conditions permettent de noter les catégories suivantes.

L'approbation de conviction. Elle procède de la constatation d'une communauté de pensée entre l'approbateur et l'approuvé, constatation faite spontanément ou après persuasion d'autrui. C'est le cas de l'homme loyal, qui approuve en connaissance de cause. L'approbation de conviction est *un acte de foi*.

L'approbation de convenance. Elle procède du sentiment que l'approbateur éprouve de devoir adopter l'opinion de l'approuvé. C'est le « Brigadier vous avez raison ». C'est le cas des subordonnés disciplinés envers les supérieurs, des jeunes respectueux envers les vieillards, des hommes galants envers les femmes. L'approbation de convenance est *un acte de déférence*.

L'approbation de conciliation. Elle procède du besoin d'une communauté d'entente qu'un obstacle entrave. C'est le cas du timide devant un interlocuteur intimidant, de l'étranger conversant dans une langue mal sue, de l'émotif recevant des explications peu claires. Elle est l'affirmation anticipée d'un acquiescement que l'on voudrait donner en toute connaissance de cause. On voudrait être à la hauteur de la circonstance, on fait comme si on y était. Et la bienveillance qu'on s'attire de celui qu'on approuve vous sera une aide pour y atteindre. L'approbation de conciliation n'est plus un acte désintéressé ; c'est un moyen pour obtenir quelque chose ; c'est *un moyen de suppléance*.

L'approbation de consolation. Elle procède du devoir de ne pas nuire inutilement à autrui. C'est le cas du médecin devant les projets d'avenir du mou-

rant. Elle est un mensonge, mais pieux. L'approbation de consolation est *un moyen d'anesthésie*.

L'approbation d'éviction. Elle procède de l'horreur de la discussion. C'est le cas de Renan, devant les gens du monde qu'il étouffait de ses adhésions extasiées pour ne pas être assourdi de leurs argumentations fastidieuses. C'est notre cas à tous devant les raseurs, pour continuer notre rêve, au ronronnement de leurs monologues, que nos acquiescements relancent machinalement. L'approbation d'éviction, dénuée de perversité, est un inoffensif *moyen de défense*.

L'approbation de simulation. Elle procède de l'intention intéressée de tromper. C'est le cas du flatteur, du dupeur. Elle est perverse, un mensonge utilitaire. L'approbation de fourberie est *un moyen d'agression*.

Ces quelques variantes de l'attitude approbative prise par des gens normaux se retrouvent peu ou prou chez les psychopathes. Mais elle n'acquiert l'importance d'un syndrome que dans deux cas ; la paralysie générale, ce qui est classique, et la paraphasie, ce qui l'est moins.

L'irritabilité, l'obstination, la maussaderie, l'impatience des aphasiques sensoriels se traduisant par des jurons, ont surtout retenu l'attention des cliniciens. Les preuves de la résistance de leur sociabilité sont restées dans l'ombre, parce que moins bruyantes. L'attitude approbative à l'égard de l'interlocuteur en est une. Et comme la paraphasie simule la démence, il arrive parfois que le diagnostic se pose entre paralysie générale et paraphasie.

I. L'approbativité du paralytique général est très bien décrite dans ce passage de Dupré : « Un paralytique « général est le plus souvent un malade accommodant, « docile et bon garçon. Sans comprendre les conversations auxquelles il assiste, il y participe néanmoins « du regard et du geste, en riant lorsqu'on rit, en « reprenant un air sérieux lorsqu'on s'attriste, en prenant l'air surpris lorsqu'on s'étonne, etc. Le malade

« approuve toujours de la parole et de la tête, à tous les moments de la conversation. On peut tenir devant lui, sur sa maladie et sur son avenir, les discours les plus explicites : il les écoute, à l'air de les suivre, et émet de temps à autre des « oui, oui, c'est cela », en opinant de la tête. Il prouve à la fois ainsi qu'il n'a pas compris et qu'il n'a cessé d'approuver la conversation tenue devant lui. Cette approbativité, stigmat d'optimisme moral, jointe à l'inintelligence du discours, stigmat de démence, est vraiment spéciale au paralytique général. »

L'approbativité du paralytique général est donc expansive, s'adressant à tout et à tous, non seulement aux interlocuteurs directs, mais encore aux causeurs d'à côté.

Elle est fatale et perpétuelle, déclanchée par n'importe qui et n'importe quoi, ou plus exactement s'abattant sur tout le monde et à propos de chaque chose, car elle n'attend pas la provocation.

Elle est systématique et intempestive, ne s'arrêtant ni devant la contradiction, ni devant l'absurdité.

Elle a pour origine l'altruisme rayonnant du bon garçon infatigablement disposé à vouloir le bonheur des autres.

Elle est béate dans ses expressions même les plus tristes, parce que nourrie de l'optimisme de Pangloss qui se réjouissait des pires catastrophes, en y voyant la preuve que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes.

En somme, c'est une approbativité de conviction préétablie. Quand il donne son assentiment, le paralytique général est sincère, se croyant toujours d'accord avec autrui. L'approbation est un acte de foi, non un moyen.

II. L'approbativité du paraphasique est tout autre. Le cas dans lequel je l'ai étudié se présentait avec les dehors trompeurs de la paralysie générale. C'est d'ailleurs avec ce diagnostic qu'il m'avait été envoyé. Incohérence intellectuelle, amnésie, approbativité, malpropreté vestimentaire, gâtisme et dysarthrie étaient les éléments de ce diagnostic.

Or, il ne s'agissait pas du tout de paralysie générale, mais simplement d'apraxie et de surdité verbale. Quand on prenait le temps d'interroger la malade lentement, en recourant à la mimique pour remplacer les mots non compris, et par courtes séances, car sa fatigabilité était extrême, on obtenait d'elle des réponses parfaitement sensées, et on parvenait à lui faire rectifier les absurdités de ses paroles. Ses vêtements étaient sales parce qu'elle ne savait plus se servir correctement des instruments de table. Elle gâtait parfois, parce que l'apraxie extrêmement généralisée la retardait dans sa marche vers les water-closet. L'apraxie enlevait à son visage la vivacité de la mimique que Brissaud (1) a signalée chez les aphasiques et qui, comme le dit avec raison Brissot (2), les distingue des déments. Elle était incohérente parce qu'elle ne comprenait pas les paroles d'autrui, ni les siennes : c'était de l'incohérence verbale paraphasique qui d'ailleurs variait d'un instant à l'autre. Elle avait de la dysarthrie parce que les lésions cérébrales, condition du syndrome, débordaient sur le centre des muscles de la langue. Quant à la nature et au siège de ces lésions, je les ignore ; mais elles n'étaient pas syphilitiques. Les réactions biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien étaient négatives, les pupilles étaient égales et dociles ; aucun signe clinique de spécificité sur le corps. J'en ai présentée à Société de Neurologie de Strasbourg avec l'étiquette de syndrome, d'apraxie, de dystasie, de dyskinésie, où le Professeur Charles Blondel et le Professeur Barré ont été d'accord sur mon interprétation de son cas.

Eh bien, cette femme accueillait l'interlocuteur avec un sourire et opinait de la tête en disant « c'est ça, Monsieur. C'est comme ça. Vous avez raison. Oui, c'est ça, Monsieur ». Et elle répétait toujours en opinant, les phrases qu'il venait de dire. Le tremblement de sa parole rappelait la paralysie générale. Mais cette

(1) BRISSAUD. — *Semaine Médicale*, 1894.

(2) BRISSOT. — *L'état mental des aphasiques*, in Collection Sergent, vol. VIII.

attitude approbative s'intensifiait et s'illuminait des marques de la reconnaissance chaque fois que l'interlocuteur avait fait preuve de patience ou de compréhension. Elle le remerciait, lui baisait les mains, les serrait contre son cœur avec des larmes d'émotion.

L'approbativité du paraphasique est donc discrète et non expansive. Elle ne s'adresse qu'à l'interlocuteur direct et néglige l'entourage.

Elle est provoquée et non fatale, variable et non perpétuelle. C'est lorsqu'il veut communiquer avec autrui, quand il est interpellé ou qu'il interpelle, que le paraphasique prend l'attitude approbative. Et cette attitude il la garde ou la quitte, l'exagère ou la diminue suivant les résultats obtenus. Quand l'entente est établie, l'approbation ne continue que s'il y a véritablement accord de pensée avec l'interlocuteur ; s'il y a désaccord, la dénégation la remplace.

Elle est systématisée et non systématique, opportune et non intempestive. Elle est destinée à conquérir la patience de l'interlocuteur, à attendre l'illumination soudaine d'une phrase, d'un geste compréhensibles, en un mot à suppléer à l'insuffisance du langage.

Elle a plus l'énergie de la détresse que le rayonnement de l'altruisme pour origine.

Elle est activement joyeuse et non passivement béate. Le sujet est heureux de l'occasion d'approuver, car tant qu'il a un auditeur il espère arriver à vaincre son emmurement, et son bonheur s'accroît chaque fois qu'il y a réussi. Ce n'est pas une approbation béate d'optimisme, c'est une approbation radieuse d'espoir et de reconnaissance.

En somme, c'est une approbativité de conciliation. Quand il donne son assentiment, le paraphasique veut gagner la bienveillance et la patience. Son approbation est un moyen de suppléance.

III. L'attitude approbative de conciliation se rencontre encore dans les états d'amnésie sans démence, ni confusion, comme l'involution mentale sénile. C'était le cas d'une charmante octogénaire dont j'ai rapporté l'histoire dans un article sur la Psychologie

de la Vieillesse (1). Elle est un moyen de suppléer à la perte des souvenirs.

IV. L'attitude approbative de simulation se rencontre dans la réticence. C'est le cas des délirants qui veulent obtenir leur sortie de l'asile. Elle est un moyen d'agression contre la bonne foi de l'interlocuteur.

V. L'attitude approbative d'éviction se rencontre chez divers psychopathes, excédés des interrogatoires tendancieux auxquels ils sont soumis. C'est elle qui fournit bien des observations justificatives des doctrines médicales sur le mécanisme pathogénique des psychoses. Pour avoir la paix, le malade approuve le médecin. Elle est fréquemment prise, à l'heure actuelle, à l'égard des psychanalystes. Elle est un moyen de défense contre la torture de l'interrogatoire.

VI. L'attitude approbative de convenance et même celle de consolation se rencontrent chez des psychasthéniques douteurs, scrupuleux, et des déprimés timides ou compatissants qui n'osent pas contredire. C'est un acte de déférence à l'égard de l'interlocuteur, et, quelquefois, un moyen d'insensibiliser son amour-propre.

Pour conclure en résumant : l'attitude approbative du geste et du langage, à l'égard de l'interlocuteur, se rencontre dans les psychoses avec les mêmes nuances psychologiques qu'elle revêt chez l'individu normal. Mais c'est dans la paralysie générale et l'aphasie qu'elle est surtout marquée, atteignant l'importance d'un syndrome et méritant qu'on lui applique le néologisme d'approbativité.

C'est une approbation de conviction, *un acte de foi* chez le paralytique général, qui affirme par elle sa croyance en une communauté de pensée avec l'interlocuteur. Elle est expansive, s'adressant à n'importe qui et pour n'importe quoi ; fatale et perpétuelle, n'attendant pas d'être provoquée pour se manifester

(1) COURBON, — *Journal de Psychologie*, mai 1927.

sans trêve ; systématique et intempestive, se manifestant à propos et hors de propos ; fondée sur un altruisme foncier ; et colorée d'un optimisme béat.

C'est une approbation de conciliation, *un moyen de suppléer* à l'insuffisance du langage chez l'aphasique sensoriel si souvent paraphasique et chez les amnésiques. Elle est discrète, ne s'adressant qu'à l'interlocuteur direct ; provoquée et variable, n'étant pas toujours présente ni également intense ; systématisée et opportune, cessant dès la constatation de son opportunité ; fondée sur l'espoir de vaincre l'emmurement psychique ; éclairée par la joie d'y réussir.

C'est une approbation d'éviction, *un moyen de défense* contre l'inquisition de l'interlocuteur chez certains psychopathes qui abondent dans le sens du médecin pour qu'il abrège ses conversations.

C'est une approbation de simulation, *un moyen d'agression* contre la bonne foi de l'interlocuteur, chez les délirants réticents.

C'est une approbation de convenance, *un acte de déférence* envers l'interlocuteur et même une approbation de consolation, *un moyen d'insensibiliser* son amour-propre, chez certains psychasthéniques ou déprimés, respectueux et compatissants.

DU MASOCHISME

par Roger DUPOUY

Le masochisme est une perversion sexuelle caractérisée essentiellement par l'idée obsédante ou bien plutôt *fixe* — intégrée à la personnalité même du sujet — d'être dominé physiquement, moralement, par la personne aimée, la soumission devant aller jusqu'à la douleur et l'humiliation pour atteindre au sentiment de satisfaction sexuelle.

Il ne faut pas, en effet, aller dans la conception du masochisme aussi loin que Breteille (1). Le fait de courtoiser une femme, de se plier à ses caprices et de s'incliner très bas devant elle (momentanément le plus souvent), au point de baiser sa mule ou le bas de sa robe (au temps des jupes longues), et de porter ses couleurs (au temps de la chevalerie), ne constitue pas une ébauche de masochisme. Cette « cour » et ces « galanteries » ne sauraient être considérées comme une perversion sexuelle ; elles ne déterminent pas pour celui qui s'y prête de souffrance physique ou morale et ne lui sont même pas un condiment indispensable à l'accomplissement de l'acte d'amour.

Il ne faut pas non plus étiqueter masochistes les malheureux époux, amants ou soupirants d'une virago autoritaire ou d'une beauté capricieuse, cruelle et abusant jusqu'au despotisme (nous n'osons dire jusqu'au sadisme) de la puissance souveraine de ses charmes. Samson, ni Hercule, ni Cyrus, ni Holopherne, ni Hérode, ni Socrate, ni même, pensons-nous, Aristote, ne sont des masochistes ; victimes de leur amour ou de leur mansuétude pour une femme, ils subissent à leur corps défendant, et avec plus ou moins de philosophie, leur humiliation ; ils ne la désirent ni ne la sol-

(1) René BRETEILLE. — Etude historique et médico-légale du masochisme. *Th. Paris*, 1913.

licitent ; ils n'en ont pas besoin, comme les masochistes, pour satisfaire leur appétit sexuel et connaître la volupté.

On a voulu établir l'existence du masochisme dans les deux sexes. Nous croyons, au contraire, que le masochisme ne peut être compris psychologiquement que chez le mâle, en qui réside la supériorité physiologique.

Certains auteurs l'ont rapproché de l'uranisme et en ont fait une variété d'inversion sexuelle (Krafft-Ebing, Ramdohr). L'on peut observer, en effet, des traits de passage de l'uranisme au masochisme, l'homme atteint d'inversion sexuelle ne se sentant pas attiré vers des pratiques homo-sexuelles et recherchant un commerce hétéro-séxuel, mais s'humiliant devant la femme, se plaisant à se faire commander par elle, à la servir, à s'imaginer être lui la femme et elle le mari. Tel nous apparaît le cas suivant d'un officier de 44 ans qui « voudrait être femme ». Il s'habille chez lui d'un corset ou d'une ceinture avec jarretelles, de bas gris-perle, d'un peignoir clair ou d'une robe généralement de couleur beige, et se pare de bracelets. En service, sous son uniforme, il se contente de mettre un soutien-gorge et un pantalon de femme. Il use de pâtes épilatoires, de fards, de crèmes, de parfums comme une femme. Il renie sa virilité, s'efforce de la masquer, et tient un jour à sa femme, en allant à table, ces propos : « Je suis femme complètement aujourd'hui, passe ta main entre mes jambes, touche, tu vois, je n'ai plus rien entré les cuisses » (il avait remonté ses parties tellement haut qu'effectivement on ne les sentait plus).

Ses tendances masochistes apparaissent avec ces déclarations à sa femme : « Sois mon petit mari, *tu me commanderas*, tu me feras faire la cuisine, tu m'apprendras à coudre... ». Cet état était constitutionnel, manifesté depuis l'âge de 15 ans. Cet officier avait espéré et voulu être « un homme » en se mariant ; mais il n'aurait éprouvé aucune jouissance dans l'acte sexuel et n'aurait pu, en le pratiquant, parvenir à l'éjaculation. Il est curieux de noter, également, son caractère héréditaire : l'oncle de ce sujet ne pouvait pareillement avoir de satisfaction sexuelle avec sa femme et se plaisait à jouer au jacquet avec elle, habillé en femme.

De tels faits sont rares. Le masochiste reste foncièrement homme ; fuyant les invertis actifs ou passifs, il recherche la femme ; loin de renier sa sexualité, il l'affirme énergiquement, mais l'asservit à la femme devant laquelle il s'humilie. S'il garde des vêtements, ce sont des vêtements masculins et non féminins, et s'il se dénude, il ne cache pas son sexe. Il s'offre, lui, le mâle, aux coups de la femme, à la flagellation, à l'enchaînement... Et cependant l'on reconnaît encore sa virilité et son autoritarisme. Il « exige » sa souffrance, il commande qu'on le commande ; le maître ordonne qu'on le traite en esclave. En cas de résistance trop vive à déférer à son désir, il pourrait être capable de frapper la femme pour qu'elle consente à le frapper. Krafft-Ebing lui-même parle d'association possible du sadisme et du masochisme. L'inverti, au contraire (l'inverti passif, le vrai), est autrement solliciteur, câlin, doux, frôleur, et nullement exigeant.

Un type très spécial de masochiste est le *masochiste chevalin*. Sorte de masochiste fétichiste, il symbolise son asservissement à la femme en se déguisant en cheval, en s'harnachant comme tel, et en se faisant cravacher et monter par la femme.

Ce type est connu depuis longtemps. Trénel (1) a montré que certaines sculptures datant du XIII^e au XV^e siècle figuraient des scènes de masochisme : « Un homme, le mors à la bouche, marchant à quatre pattes, à *chatonant*, suivant la gracieuse expression du trouvère Henri d'Andeli, et sur son dos, muni d'une selle, une femme qui le mène le fouet et la bride à la main. » Ces images seraient la figuration du *Lai d'Aristote*, poème du XIII^e siècle.

Plus près de nous, Krafft-Ebing (2) donne l'observation d'un masochiste qui, après avoir rêvé d'être un coursier fougueux monté par une belle cavalière, chercha à réaliser les scènes qu'il s'était plu à imaginer. Il se faisait « enfourcher » par la femme qu'il appe-

(1) TRENEL. — Représentations figurées et jeux masochistes. *Rev. Méd. de Normandie*, 25 mars 1902.

(2) KRAFFT-EBING. — *Psychopathia sexualis*. Trad. franç., 1895, p. 145.

lait « sa souveraine ». Il contrefaisait alors, autant que possible, tous les mouvements d'un cheval, et aimait à être traité par elle comme une monture et sans aucun égard. Il se faisait battre, piquer, gronder, cravacher, caresser, tout faire, en un mot, selon son bon plaisir.

L'observation que nous allons rapporter lui est tout à fait comparable. Elle nous paraît, cependant, plus typique encore, et surtout plus complète au point de vue psychologique.

Notre malade est masochiste depuis de longues années, dès avant son mariage. Lorsque nous sommes appelé à connaître son histoire, il est déjà âgé, mais tout aussi actif. C'est un homme doué d'exceptionnelles qualités intellectuelles, très brillant, habitué à dominer et à commander tout le monde autour de lui. On se courbe devant sa personne, on l'admire, on le vénère... Cependant, au point de vue sexuel, c'est un pauvre être, tourmenté, malheureux, harcelé par l'idée de se harnacher ou de se faire harnacher en cheval. Il s'engainait les pieds, les mains, la verge, dans des appareils de cuir, se mettait un mors dans la bouche et, autour de la tête, tout un attirail de brides, œillères, martingale, copié de l'équipage de tête des chevaux. Ainsi harnaché, il demandait à sa femme de le cravacher, de le fouetter, et éjaculait dans la gaine en cuir ou en caoutchouc adaptée à sa verge, ou lui proposait, ainsi accoutré, d'avoir des rapports sexuels. Il fit même confectionner, par un bourrelier, une selle spéciale qu'il ajustait à son dos et faisait monter sa femme dessus, elle tenant les rênes et le frappant à coups de cravache.

Il nous fut donné, pour nous convaincre de la réalité des faits, une pleine malle contenant des mors s'adaptant effectivement à une bouche humaine et dont la partie centrale, recouverte de cuir, portait encore l'empreinte des dents ; des harnais composés de pièces diverses et construits pour s'appliquer sur un corps humain ; des brides, des croupières, des colliers, des longes, etc. ; des gaines de cuir destinées à enfermer les mains, les pieds, la verge ; des appareils en métal

épousant la forme du scrotum et de la verge ; enfin une cravache dont les éraillures prouvaient qu'elle avait servi...

Il nous fut, d'autre part, remis toute une série de documents dont l'analyse nous révèle deux ordres d'idées : les unes reflètent la préoccupation, harcelante plutôt qu'obsédante, d'être harnaché, dressé, dompté comme un cheval ; les autres traduisent le principe du masochisme, à savoir la domination de l'homme par la femme, et le but qui paraît en l'espèce avoir été poursuivi. à l'aide de ces pratiques, la fidélité de corps et d'âme envers la femme choisie comme la Dominatrice...

Nous en donnons ci-après les extraits les plus caractéristiques.

A. DESCRIPTION DU MASOCHISME A TYPE CHEVALIN

Programme. — Il y en a qu'on dresse par la douceur. Je suis de ceux qu'on dresse par la rigueur et la force. C'est pourquoi le mors est nécessaire. Il agit par sa force propre et aussi par l'humiliation dans laquelle il me met vis-à-vis de toi...

Encore un programme et des explications qui n'ont aucune valeur que leur mise en pratique... Ici il ne peut être question que de ramener la pensée de l'animal et de le faire vivre dans l'attente inquiète du vrai régime qui devra être le sien. Il faut parler du dressage et obliger à lire ou à dessiner des choses en rapport avec le sujet. Brider la nuit et attacher les mains plus étroitement soit au mors avec la chaîne, soit à la grande ceinture dès le retour du bain. Mettre le harnais complet sans perdre de temps, la rêne et les poucettes, attacher les poucettes au harnais. La vergé enfermée dans son étui de métal. Rêner 2 heures dans la journée, le soir à la volonté du maître.

Réclusion pendant 3 ou 4 jours, les mains toujours attachées, la rêne tendue et détendue. Le maître ne s'approchera jamais de son cheval sans sa cravache et s'en servira chaque fois. Si l'impatience ou la révolte de l'animal se manifestait, la rêne serait tendue plus

fort, le maître saisisrait les guides et donnerait une sévère correction à la bête.

Le temps du domptage fini, le maître ferait comprendre au cheval que l'épreuve sera renouvelée, qu'il ne doit pas s'imaginer qu'il en est débarrassé et qu'elle reprendra plus vite si l'animal n'est pas souple. Le régime qui succédera au domptage et qui devra être maintenu constamment sera, la nuit, la rêne détendue, la martingale tendue ; au réveil l'inverse. L'animal devra porter, le jour, le harnais de cuir avec de larges sous-cuisses et la verge enveloppée. Une ou deux fois par semaine, ou plus souvent, le maître mettra ses bottes et fera faire un exercice à la cravache. Cet exercice consistera dans des mouvements des bras et des jambes indiqués par un bon coup de cravache. La cravache remplacera la parole. Le maître usera de la verge, excitera son cheval, se rendra complètement maître de ses sens. Il se couchera à côté de son cheval avec ses bottes.

Quand le maître aura senti la victoire acquise et qu'il ne veut plus rendre la liberté à son cheval, il pourra s'acheter un bijou en signe de sa victoire et ce bijou, constamment porté, aura sa signification pour le cheval...

Le maître devra être exigeant, se faire servir, se faire appeler mon maître. Je rappelle encore : plus de cadeau au cheval si ce n'est des harnais, tout ce qui peut l'humilier et aider à son asservissement. Acheter les harnais avec les économies de cigares. Les harnais indispensables sont les mors, les bracelets, poucettes ou gants ; les gaines pour la vergée. Ceux qui sont utiles sont : le collier avec cadenas quand le maître, obligé de s'absenter, voudra s'assurer que le cheval ne sortira pas ; le masque, pour empêcher les distractions, les bretelles...

Régime de dressage. — 1° Tu me feras harnacher complètement avec double mors, la rêne, les mains bien attachées, le grand harnais complet. Tu mettras tes bottes et prendras la cravache. Tu me feras faire des mouvements de bras commandés par la cravache. Tu me fatigueras la bouche. Cela pendant dix minutes

environ. Tu rattacheras les mains pendant un temps d'arrêt. Tu recommenceras ainsi pendant une heure environ. Ensuite tu me mettras le masque ou s'il ne va pas tu me mettras la ceinture de caoutchouc sur les yeux et tu me laisseras méditer, attaché par la longe sur cette prise de possession, le temps que tu voudras, en me fouettant quand tu viendras me voir et aussi pour finir.

2° Tu renouvelleras cet exercice au moins une fois par semaine, mais seulement pendant une heure et en me débridant après.

3° Tu feras de même chaque fois que tu me trouveras nerveux, mais alors tu enlèveras la gaine de cuir et tu mettras l'anneau ou la gaine de caoutchouc et tu me déprimeras complètement par contrainte.

Régime ordinaire. — *La nuit.* Tenu comme d'habitude les mains *toujours* attachées, ce que j'accepte difficilement, et tenu à distance de toi. La verge dans une gaine que tu puisses facilement retirer sans défaire le harnais ; au matin, remettre la gaine fixe. *Matin.* Lever à la cravache et rêné pendant une heure. Quand tu restes à la maison, m'obliger à travailler avec le mors dans la chambre d'ami ou dans ta chambre, et à ta fantaisie tu me mettras les poucettes. *Après le déjeuner :* plus de cigare. J'irai dans la chambre d'ami ou dans ta chambre mettre le mors et les poucettes pendant une heure. *Sortie :* toujours avec la verge tenue. *Soirée :* un cigare avec les poucettes, puis le mors. Mettre la croupière pour empêcher la peau de s'abîmer. *Rapports* sur commande et tenu. Par exception pour le maître en liberté, mais avec le collier et la croupière qui ne te gêne pas. Il serait plus sage de me fouetter après cela et en tous cas, si tu me laisses tranquille, de me mettre les poucettes.

B. PRINCIPE ET BUT DE CE MASOCHISME

Je crois que pour qu'il y ait vraie union, il faut un maître dans le ménage et un maître qui absorbe l'autre. Cela se fait naturellement chez beaucoup ; cela se fait par la force chez d'autres, la volonté la plus forte finissant par s'imposer.

Les caractères forts sont ceux qui me plaisent. Déjà, autrefois, j'admirais les dompteuses et les écuyères. Je sentais en elles une volonté qui ne recule devant rien. J'ambitionne pour ma femme une pareille nature. Plus elle est sévère, plus elle est exigeante, plus elle s'impose à moi. Les larmes, les petits moyens flatteurs avec lesquels une femme prend les autres hommes me répugnent et amoindrissent pour moi la femme. Jamais femme semblable ne s'imposera à moi...

Le maître devra prendre plaisir à intimider son cheval par ses menaces, à l'humilier en lui montrant que, même s'il le voulait, il ne pourrait être un homme comme certains autres, qu'il lui enlèvera complètement la satisfaction de penser aux femmes. Elle le déprimera méthodiquement. J'ai dit, et j'en n'ai jamais varié, qu'il était indispensable au maître de briser complètement le caractère du cheval, ce qui s'appelle dompter. Je sais ce qui m'est nécessaire. On ne peut pas demander à l'animal de se dompter lui-même, ou d'accepter l'épreuve et le régime de dressage. C'est au maître de s'imposer, de savoir ce qu'il veut, un cheval soumis totalement ou non. Pour dompter il faut inspirer un sentiment de force et de crainte.

Toi, qui aimes la psychologie, cela t'intéressera peut-être, cela devrait t'intéresser d'entrer dans la mienne et de comprendre pourquoi je n'échappe pas au rapport qu'il y a entre mon dressage et celui d'un étalon. Je ferai un parallèle et tu sauras pourquoi la lecture de certains ouvrages me fait de l'effet quand je me retrouve dépeint. Je reconnais ce que j'éprouve. C'est humiliant à un certain point de vue.

L'axiome du dressage. — « Détruire les forces instinctives pour les remplacer par les forces transmises ».

Cela est-il possible ! Violenter la nature ! la modifier ! Si cela est possible, alors nous sommes sauvés. Eh bien, rien n'est plus vrai. Ce qui arrive pour le cheval, animal si nerveux, si ardent, et qu'on habitue à porter les harnais les plus compliqués et les plus gênants, dont on fait un être résigné, soumis, qui attend les impulsions de son maître, peut m'arriver aussi. La force instinc-

tive, chez moi, est celle qui me donne cette inquiétude de l'esprit, une nervosité que je sais assez bien cacher, mais qui m'excite. La force instinctive agit en dehors de mon raisonnement, elle est la manifestation d'un être à côté d'un autre être.

Ainsi, souvent, je m'aperçois tout à coup que j'ai les yeux plantés dans les yeux d'une femme, ce que je déteste. C'est inconscient. Quand cela devient conscient, je m'arrache à ce regard et je cherche à distraire ma pensée. Dans certains cas c'est moins facile que dans d'autres, la pensée déshabille, elle évoque des désirs, des sensations, tout un ensemble de choses mystérieuses. C'est ici que dans ta confiance qui m'honore, il y a cependant de l'ignorance et de la naïveté. Un homme *ne doit pas* regarder d'une certaine manière une femme. S'il est attiré par un autre corps que celui de sa femme, celle-ci perd de son influence physique, de son attrait. C'est l'amour physique qui est en train de mourir devant l'éveil d'un autre amour physique ; et tout cela est affreusement puissant et sournois. Une femme qui sait cela ne doit pas tolérer un seul instant qu'il en soit ainsi, si elle est vraiment femme et si elle comprend son rôle de gardienne. Celles qui le comprennent sont prêtes à tout faire, et tout passe pour elles après ce devoir.

Tu ne dois pas tolérer chez moi mon tempérament, puisqu'il est possible de détruire les forces instinctives et leur substituer des forces transmises. Le procédé, c'est d'isoler, même dans la foule, l'étalon humain, de créer entre les autres et lui des obstacles, de faire de son corps et de sa pensée le siège de sensations qui s'opposent à celles qui sont dangereuses. En général le remède est à côté du mal. La femme qui veut dominer les sens de son mari et les tenir partout, si elle est intelligente et tenace, peut y parvenir. Pour toi, tu sais un peu l'action que tu as par le dressage ; tu as remarqué que malgré lui l'étalon répond à la voix de son maître. La verge en est la preuve. C'est une preuve infaillible, contre laquelle il n'y a rien à dire, si ce n'est que tu devrais t'en féliciter. C'est le remède à côté du mal. Il faut développer cet ordre de sensations

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Décembre 1929. 2. 26

à ton profit et au détriment des autres sensations. Il faut détruire les forces instinctives et leur substituer les forces transmises ; je ferais un traité là-dessus, tant je suis averti, et je ne craindrais la contradiction sur aucun point.

Quand je t'ai dit : il ne faut pas me permettre d'avoir des rapports autrement que bien harnaché, c'est parce que je voulais que tu fasses l'éducation de mes sens et que tu les accapares dans ta main. J'ai prévu le jour, et je te l'ai dit, où ce n'est que bridé que je pourrais avoir des rapports ; et loin d'en avoir maintenant peur, je souhaite que ce jour arrive, car ce sera la réalisation de la substitution des forces transmises. Il est évident que les femmes perdent d'autant plus leur action sur moi. Il n'y en aura qu'une qui tiendra la clef de ma nature et qui saura la faire marcher. Et je sais cela par expérience. J'ai déjà éprouvé la chose dans les périodes où j'étais le plus tenu et où les rapports commandés étaient un peu fréquents. Donc, pour lutter contre les sensations dangereuses, il faut mettre à part l'étalon et le vacciner par des sensations contre d'autres. Un harnais très gênant faisant sentir son action autour de la verge, a déjà son rôle. La discipline d'un régime sévère, la crainte, l'attente de ce qu'on peut redouter d'un maître, fait le reste.

Tu m'amèneras ainsi à vivre partout dans l'atmosphère favorable. En dehors de mon travail je ne pourrais me distraire de ta pensée et de ma dépendance de toi. Immédiatement ton image surgira de tout devant moi. Une pareille dépendance a un côté bien rude. On ne la supporte que si elle vous est vraiment imposée, mais elle a aussi son caractère de grandeur.

Non, il ne faut pas mépriser, tu l'as dit, un pareil cadeau qu'on a reçu. Quand un homme vous dit : je veux t'appartenir, mais prends-moi, et pour cela voici le harnais, la cravache, etc., on se sert vigoureusement et joyeusement de ces instruments, et l'on ne rend jamais la liberté à son cheval. Car l'idéal n'est pas de ce monde, il faut vouloir ce qu'on ne peut pas empêcher. Et puisque d'un côté il y a des sens qui s'émancipent, il faut que de l'autre il y ait une main pour

les tenir. Puisqu'il n'y a à choisir qu'entre deux esclavages, comme tu l'as dit toi-même, le choix à faire pour celui qui peut devenir le maître n'est pas douteux. N'hésite donc plus à ne faire parler mes sens que quand je suis en bride. J'ai beaucoup trop joui de liberté à cet égard. Fais-moi oublier cette liberté-là et les sensations qu'elle m'a procurées. Tout te pousse, hélas, à agir ainsi, l'importance qu'il y a pour toi à ne plus être enceinte te donne encore plus de force, tu n'as plus de raisons pour ne pas faire des rapports un simple exercice de discipline et d'hygiène, et je perdrai d'autant plus ma fierté d'homme, car, remarque-le toujours : *il n'y a rien qui rende les hommes plus fringants que l'exercice à leur fantaisie de leur virilité*. Rien qui les rende plus modestes comme quand ils sont sous la domination de leur femme. Retiens bien cela qui est l'expérience universelle.

Principes du dressage. — Le dressage ne répond pas seulement à une question de tempérament. Il ne faut pas y voir uniquement une affaire de sens. C'est un moyen, le seul que je connaisse, de supprimer une volonté et d'agir sur un caractère. Voilà pourquoi il faut me tenir en bride même quand les sens sont déprimés. S'il n'y avait qu'une question physique je ne t'aurais pas dit de ne pas me relâcher et de me tenir aussi sévèrement après les rapports qu'avant.

Il ne faut pas perdre de vue, dans le dressage, *l'action morale autant que physique*. Tu exerceras une action morale en cessant de plaisanter sur le dressage et en me montrant que tu es décidée à me dompter, que c'est un but que tu veux atteindre et qu'à partir de maintenant tu me considères comme ta chose. Connaissant mon tempérament et la puissance des moyens que tu as, tu t'en serviras pour arriver à ton but. Au lieu de laisser ma pensée se détourner ou se distraire du dressage, tu l'y ramèneras constamment par la parole, par les ordres, par les instruments qui me rappellent ce que je suis vis-à-vis de toi. Personne d'autre que moi ne peut te dire l'effet moral que cette méthode exerce sur moi. En ton absence, le meilleur moyen d'entretenir mes impressions est de m'obliger à

lire ou à relire des ouvrages d'équitation, à copier ou à recopier ce qui concerne le dressage.

Au point de vue physique, on se trompe en croyant que je suis l'esclave de mes sens. Tu sais le contraire. Mais ces sens existent et c'est à toi de les prendre si tu veux être le maître et que ces sens soient toujours ramenés à toi. Ils sont tels qu'ils sont et impossibles à changer. Il n'y a que deux alternatives ; les laisser indépendants ou s'en servir pour assurer ton influence. Au lieu de les laisser s'exciter en dehors de toi, il faut qu'ils ne vibrent qu'à tes ordres comme un instrument dont tu jouerais et qu'ils soient déprimés vis-à-vis de toute influence du dehors...

Attitude du Maître. — Elle a une grande influence. Tu dois t'imposer à moi et savoir que *l'impression de te voir avec tes bottes et ta cravache en main* m'en imposent. Fais de ce que je te dis ce que tu voudras, mais ces signes de ta domination sur moi m'impressionnent et me ramènent à la pensée de ce que je suis pour toi. Ma verge trahit ces impressions et tu dois la tenir en éveil, car chaque fois que tu agis sur elle, tu la détournes des autres impressions. C'est ainsi que tu arriveras, je le sais, à tenir partout ma pensée. Tu ne dois tolérer aucune discussion, ne tenir compte d'aucune préférence, d'aucune fantaisie. Je ne dois être libre que pour le devoir à accomplir. Mais, en dehors, je suis ta chose. Avant de voir les beautés ou les agréments d'un pays, ma pensée doit être fixée par ce fait : voilà l'endroit où je serai tenu. Tu dois multiplier les ordres de façon à ce que je n'aie aucune initiative. Tu commanderas le moindre de mes mouvements et tu prendras plaisir à m'enlever toute liberté, jusqu'à ce que tout soit assoupli et brisé en moi. Si tu le veux tu en prendras facilement l'habitude, mais il faut y songer *Ainsi voilà des exemples.* Habitude de t'appeler toujours mon maître, dans l'intimité ; de te servir ; de ne pas quitter une pièce sans ta permission ni de de faire quoi que ce soit.

Résultats à obtenir : que je sois dans l'attente continue de tes gestes et de tes ordres, et que peu à peu toute opposition fasse place à la fusion de ma personne

avec la tienne, et qu'intérieurement j'aie une véritable crainte de toi. *A cet égard il faut qu'au seul rappel de tes bottes*, sans même l'avouer, *j'en aie la crainte* ; que tu n'aies qu'à dire « apporte-moi mes bottes » pour que je me sente humilié et craintif. De cette façon, ce ne seront plus les jambes des femmēs qui me feront de l'effet, et s'il te plaît de me commander des caresses, quand tu les as et si tu me les fais sentir, tu me donneras l'empreinte de ton corps comme je ne l'ai jamais eue et comme je ne l'aurai jamais sans cela.

Cependant, réfléchis encore, car le malheur du dressage c'est qu'on ne peut revenir en arrière, ni toi, ni moi, le pouvons. Si on l'abandonne après l'avoir commencé, la situation est pire qu'avant. Le cheval lâché est plus indépendant ; le maître qui a laissé tomber sa cravache a pris des habitudes d'autoritarisme qui lui rendent insupportable l'indépendance de celui dont elle ne peut oublier qu'il a été son cheval. C'est là une profonde vérité.

C'est pourquoi celui qui a porté le mors doit être condamné à le garder, et la verge qu'on a mise sous clef ne doit jamais être rendue à la liberté.

Un masochiste de ce type ne nous apparaît point comme un pervers passif, comme un débile se laissant battre par une femme autoritaire ou sollicitant humblement ses coups. Il se dessine, au contraire, comme un sujet actif, doué d'intelligence et de volonté, sachant exiger et capable de certaines violences, physiques ou morales, pour obtenir ce qu'il veut, les pratiques anormales qui satisfont son désir morbide. Il faut, tu dois, j'ai dit..., voilà comme il parle à celle qu'il veut avoir pour maître et dont il veut servir de cheval. Il n'y a pas, chez lui, d'uranisme, mais une virilité pervertie, n'abdiquant pas malgré les apparences sa supériorité masculine, usant seulement de son commandement pour une fin sexuelle, délirante, vaguement mystique et suprêmement anti-sociale.

CRITIQUE DE LA NOTION DE SCHIZOPHRÉNIE ⁽¹⁾

par G. DE MORSIER et F. MOREL (Genève)

(Travail de la clinique psychiatrique de Bel-Air (Genève),
Dir. Prof. Dr Ch. Ladame)

Depuis la découverte de la Paralyse générale, les grandes synthèses nosologiques ont toujours tenté les aliénistes : elles se sont toujours montrées artificielles et passagères en l'absence d'un critère anatomique ou étiologique. Après la grandeur puis la décadence de la Dégénérescence mentale de Morel et Magnan, de l'Hystérie de Charcot, de la Démence précoce de Kraepelin, a surgi en 1911 la Schizophrénie du professeur Bleuler.

La notion de Schizophrénie procède directement de la Démence précoce de Kraepelin. Mais, frappé à juste titre du fait que les malades rangés dans cette catégorie ne deviennent pas toujours déments, et que, d'autre part, la maladie ne débute pas toujours dans le jeune âge, Bleuler a proposé de remplacer ces termes impropres par celui de « Schizophrénie ». Mais, il y a plus, la Schizophrénie a des caractères différentiels psychologiques qui lui sont propres et qui en font une entité morbide autonome.

Quels sont ces caractères différentiels, ces symptômes pathognomoniques ? Ils sont au nombre de trois : 1° *le relâchement des associations des idées* ; 2° *les troubles de l'affectivité* ; 3° *l'autisme*. Sous le nom de troubles des associations, sont groupés plusieurs symptômes décrits par Bleuler, avec une précision remarquable. Ce sont : les troubles du langage, les jeux de mots, l'écholalie, l'échopraxie, la persévération, les stéréotypies verbales, le « flux de pensées » (Gedankenfluss), les pensées imposées (Gedankendrang), la pri-

(1) Communication faite à la Séance commune de la Société suisse de Psychiatrie et de la Société des Psychiatres du Sud-Ouest de l'Allemagne, Bâle, octobre 1929.

se de pensée (Gedankenentzug), l'arrêt de la pensée (Sperrung). Ce sont là les symptômes *cardinaux* ou *primaires*. Tous les autres symptômes (hallucinations, convictions délirantes, syndrome d'influence, troubles moteurs et sensitifs), sont considérés comme *secondaires* et *accessoires*. Les symptômes cardinaux se retrouvent dans les formes cliniques les plus différentes, depuis la confusion mentale aiguë, la plus intense, jusqu'au délire chronique le plus lucide.

A cette entité clinique définie, correspond un tableau *anatomo-pathologique* déterminé. « Dans tous les cas prononcés de Schizophrénie, déclare Bleuler, au Congrès de Genève, en 1926, on constate des modifications *anatomo-pathologiques* dans le cerveau, modifications d'un caractère suffisamment déterminé et qu'on ne trouve point dans les autres psychoses. L'intensité de ces modifications correspond à peu près à la gravité des symptômes primaires. La Schizophrénie est ainsi non seulement une entité clinique, mais en même temps une entité anatomo-clinique. »

La Schizophrénie constitue encore une entité *étiologique*. « La recherche des éléments héréditaires, dit Bleuler, ramène toutes les formes de la Schizophrénie aux mêmes traits familiaux, et c'est toujours dans une constitution particulière qu'il faut rechercher la cause principale de l'affection elle-même. »

Dès lors, toutes les formes cliniques réunies sous le nom de Schizophrénie, constituent réellement une seule et même entité étiologique.

Etant constitutionnelle, cette maladie comporte des améliorations, mais jamais de guérisons véritables. La Schizophrénie devient ainsi une entité morbide ayant sa sémiologie, son anatomo-pathologie, son étiologie et son évolution propre. Les différentes formes cliniques ne deviennent que les espèces du même genre.

La *pathogénie* de la Schizophrénie est double. Les symptômes cardinaux, primaires, ont une base organique, ils sont réputés « physiogènes », probablement d'ordre chimique ou toxique. Les symptômes secondaires (hallucinations, idées délirantes, phénomènes moteurs sensitifs) sont au contraire réputés « psycho-

gènes ». Ils ne sont que la conséquence du « relâchement des associations habituelles ». Faisant sienne la théorie psychanalytique de Freud, le professeur Bleuler admet que les désirs et les craintes du malade, presque toujours d'ordre sexuel, après avoir été refoulés dans l'inconscient, en jaillissent sous la forme d'hallucinations et d'idées délirantes et de ce fait ne sont pas reconnues par le malade comme appartenant à sa propre personnalité.

La Schizophrénie, d'après son auteur, ne peut se développer que sur un terrain prédisposé nommé « schizoïde » avec Kretschmer, et toutes les formes de passage existent entre l'état normal et la Schizophrénie confirmée, sans même qu'il soit nécessaire d'admettre un facteur spécifique pour transformer l'état schizoïde normal en Schizophrénie.

Des directives *thérapeutiques* importantes découlent de cette pathogénie. Les éléments réputés psychogènes peuvent être fortement influencés par le médecin. « C'est l'habileté et le savoir-faire du médecin qui décident du sort ultérieur du malade, déclare Bleuler. Maint malade qui serait condamné à rester jusqu'à la fin de ses jours à l'asile, reprend, sous l'influence du traitement approprié, ses occupations du dehors ».

Cette doctrine hardie et présentée avec beaucoup de talent a eu rapidement un grand succès à cause de sa simplicité, son schématisme, et aussi en raison de la place très large faite à la psychologie et à la psychanalyse dont la vogue allait alors en grandissant, à une époque où les explications anatomiques de la psychose avaient déçu les espoirs qu'on avait mis en elle.

Cependant, cette notion de Schizophrénie, la dernière venue des grandes synthèses nosologiques en psychiatrie, âgée actuellement d'une vingtaine d'années, a-t-elle été plus heureuse que ses aînées ? Sort-elle victorieuse de l'épreuve du temps qui, sans égard pour les théories, accumule inlassablement des faits nouveaux ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

Reprenons successivement les critères sémiologiques, anatomo-pathologiques, étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

I. Sémiologie. — L'observation des malades, non pas seulement dans les asiles de chroniques mais surtout dans les hôpitaux, les polycliniques et les consultations, montre qu'au début de la psychose la grande majorité des malades présente comme symptôme un certain nombre de phénomènes très particuliers. Les plus frappants ont été décrits déjà par Baillarger. Ce sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées, les intuitions (qu'il appelle « hallucinations psychiques »). Cet auteur réunit ces différents phénomènes sous le nom d'« automatisme cérébral », parce qu'ils apparaissent au malade comme étrangers à sa personne, comme faisant irruption dans sa conscience, en un mot comme fonctionnant automatiquement. Plus tard, vers 1890, Séglas, reprenant cette analyse, a créé les termes « d'hallucinations verbales » et « verbo-motrices ». Le premier, il a montré nettement la parenté fonctionnelle de ces symptômes. Que le malade dise : « J'entends qu'on me parle », ou « Je sens qu'on me parle, comme une voix muette, comme un sixième sens », c'est toujours la même fonction du langage qui est troublée. En 1911, Bleuler, sous le nom de « Troubles des associations des idées », décrit les symptômes que nous avons énumérés plus haut. Depuis 1920, enfin, Clérambault a eu le grand mérite d'achever ce travail analytique en donnant, avec une clarté et une précision incomparables, la liste complète de ces phénomènes de début qu'on retrouve, avec une constance remarquable, lorsqu'on les recherche systématiquement. Le terme d'« automatisme mental », adopté au début, puis justement critiqué, a été depuis abandonné par son auteur et remplacé par le symbole algébrique « Syndrome S ». Nous désignerons à notre tour ces phénomènes sous le nom plus explicite peut-être de « mécanismes élémentaires de la psychose », et nous tenterons de les grouper par fonctions.

Parmi ces mécanismes élémentaires, nous trouvons :

A) Des troubles de la *fonction du langage*, l'écho de la pensée, l'énonciation des actes, les auditions verbales (mots, phrases, etc.), les pensées imposées ou parasites, les intuitions, les convictions, le flux des pensées

(idéorrhée). Les dysphasies ou schizophasies constituent les blocages ou inhibitions de cette même fonction.

B) Des troubles de la *fonction mnésique* (hyperinnésies, ecmnésies, sentiments d'étrangeté, fausse reconnaissance). Les inhibitions sont constituées par les arrêts, les vides dans la pensée, les oublis brusques. Les blocages complets et transitoires de la fonction d'acquisivité mnésique déterminent des états connus sous le nom d'« états crépusculaires », « états seconds », « automatisme ambulatorio », etc., comme l'un de nous l'a développé ailleurs (1).

C) Des troubles *sensitifs et sensoriels* : paresthésies, cénesthopathies, hallucinations visuelles, auditives communes, visions imposées, hallucinations olfactives et gustatives.

D) Des troubles *moteurs* (mouvements imposés, stéréotypies, itérations, myoclonies, convulsions, gesticulations, agitations, inhibitions, akinésies).

E) Des troubles *émotionnels et végétatifs* (anxiété, pleurs ou rires imposés, euphorie, troubles du sommeil, vaso-moteurs et sécrétoires, dysréflexies sympathiques diverses).

Nous prétendons que tous ces phénomènes sont les mécanismes élémentaires de la psychosé. Ce sont les premiers signes du trouble cérébral, comme la douleur fulgurante annonce la souffrance radiculaire ou le clonus du pied annonce la déficience pyramidale, sans qu'on soit en droit de les déclarer secondaires à d'autres phénomènes hypothétiques exprimés en langage psychologique.

Les symptômes décrits par Bleuler sous le nom de « troubles des associations » ne forment qu'une partie de ces mécanismes. Aucune raison clinique ne permet d'établir une distinction de priorité ou de subordination entre la prise de la pensée et l'écho de la pensée, ou encore entre une pensée imposée et une hallucination verbale. Les uns comme les autres constituent les troubles élémentaires de la psychose. Ils apparaissent

(1) G. DE MORSIER. — Les Blocages mnésiques transitoires. (Soc. Médico-Psych. de Genève, février, 1929).

dans le cerveau sain comme un corps étranger. Le malade qui les ressent s'en étonne, s'en inquiète, s'en effraie et vient souvent demander spontanément conseil et protection. Ce stade initial peut comporter tous les devenir ; les troubles peuvent rester stationnaires, discrets et localisés à certaines fonctions sans toucher les autres ; c'est le type bien connu depuis Esquirol sous le nom de « monomanie », de délire lucide. Pour caractériser cet état, l'énoncé du mécanisme élémentaire (cénesthopathie, conviction, etc.) et de son contenu (persécution, jalousie, érotomanie, etc.) suffit. Tout autre terme psychologique est inutile.

Mais les mécanismes élémentaires peuvent augmenter d'intensité et s'étendre à un plus grand nombre de fonctions ; l'individu peut présenter alors à tous les degrés l'aspect connu depuis B.-A. Morel sous le nom de Démence précoce. A ce stade avancé, tel qu'on le rencontre en si grand nombre dans les asiles de chroniques, il est légitime, ou du moins pittoresque, de formuler l'aspect présenté par ces malades au moyen de termes empruntés à la vieille psychologie associationniste (« le relâchement de l'association des idées ») ou à la psychologie plus récente des sentiments (« indifférence ou inadaptation affective ») ou encore à l'aide d'un néologisme ingénieux : « l'autisme » indiquant que les mécanismes pathologiques ont envahi toute l'activité cérébrale du malade. Mais quels que soient les termes adoptés — et l'on peut en imaginer bien d'autres : « perte de la fonction du réel » (Janet), « perte de contact vital avec la réalité » (Minkowski) — il est évident que ces termes ne peuvent servir à exprimer qu'à certains aspects tardifs de la psychose, et qu'ils ne sauraient prétendre à constituer un caractère différentiel ni à avoir une valeur explicative.

2. *Anatomo-pathologie.* — Une formule anatomo-pathologique particulière, correspondant aux états schizophréniques n'existe certainement pas, car les quelques altérations névrogliques constatées dans certains cas sont banales et ne sauraient prétendre à aucune spécificité.

3. Les observations des malades rendent illusoires

tout critère *étiologique*. Les mécanismes élémentaires décrits précédemment ne sont pas spécifiques, les mêmes symptômes peuvent être produits par des étiologies différentes. Le terme Schizophrénie ne peut désigner qu'un syndrome. Ainsi les phénomènes élémentaires de la psychose se retrouvent dans les infections (Syphilis cérébrale et Paralysie générale, fièvre typhoïde, encéphalite), dans les intoxications (alcool, haschisch, mescaline), dans les dysendocrinies (états menstruels et puerpéraux), dans les lésions encéphaliques circonscrites (traumatisme et tumeur cérébrale), dans les troubles humoraux passagers (migraines, épilepsie), dans les états dégénératifs familiaux, enfin dans des cas où l'étiologie reste inconnue. De même, l'idée de chercher dans une caractérologie particulière, la cause de la Schizophrénie se heurte à un grand nombre de faits qui lui sont contraires. L'observation nous montre en effet que des individus qui n'ont jamais présenté aucun des caractères dits schizoïdes font des psychoses où se retrouve tout l'ensemble symptomatique qualifié Schizophrénie. Les états dits schizophréniques relèvent donc des causes les plus variées. Les cas familiaux avec caractérologie prémorbide spécifique n'en constituent qu'une partie.

A la question d'étiologie est liée celle de *l'évolution*. Nous ne pensons pas que l'apparition du Syndrome schizophrénique entraîne forcément au pronostic d'incurabilité. L'observation nous montre qu'un certain nombre de malades étiquetés « Schizophrènes » se guérissent et reprennent leur activité complète. Parler alors de « Schizophrénie latente », quand il n'y a aucun symptôme quelconque, c'est faire une définition verbale analogue à celle du célèbre aphorisme : « Un homme bien portant est un malade qui s'ignore. » De nombreux individus guéris, étiquetés schizophrènes, souffrent toute leur vie du brevet d'incurabilité qui leur a été décerné.

5. *Pathogénie*. — Notre critique de la pathogénie de la Schizophrénie découle tout naturellement de notre critique de la sémiologie. Les mécanismes élémentaires étant tous sur le même plan, il n'est plus nécessaire

de recourir aux hypothèses freudiennes pour expliquer l'apparition des hallucinations verbales et des idées délirantes. Les troubles des différentes fonctions cérébrales (pensées imposées, hallucinations, convictions délirantes, arrêt de la pensée, phénomènes sensitifs et moteurs, etc.), sont les mécanismes élémentaires de la psychose et sont d'origine strictement physiologique; ce sont des « dysréflexies » intracérébrales. Le terme « psychogène » doit disparaître comme totalement dénué de valeur explicative. Toute cette partie de la pathogénie schizophrénique étant celle de Freud est en train de subir le même sort que le freudisme. Edifiée sur la Psychanalyse, comme la Psychanalyse elle-même l'a été sur l'Hystérie de Charcot, deuxième étage d'un édifice dont le rez-de-chaussée est en ruine, cette pathogénie est destinée à s'écrouler, parce qu'elle est fondée sur des concepts psychologiques sans liaison possible avec l'anatomo-physiologie cérébrale. Imitant le freudisme, la Schizophrénie a donné toute une floraison métaphysique qui quitte toujours plus le terrain de l'observation et de l'expérimentation. Opposer une « tendance à la totalité » (*Ganzheitstendenz*) à une « tendance à l'isolement » (*Isolierungstendenz*) (1) pour expliquer les phénomènes biologiques, c'est remonter au temps où, avant la science expérimentale, les catégories métaphysiques avaient une valeur explicative. Dénoncer la stérilité de ces ontologies dans la neuropsychiatrie du vingtième siècle, c'est faire l'œuvre d'assainissement que le XIX^e siècle a exécuté en pathologie générale.

Il y a vingt-cinq ans, la pathologie nerveuse comptait encore un certain nombre d'affections qualifiées névroses (épilepsie, chorée, Parkinson, Basedow) attribuées à des causes morales, psychiques, des émotions, des chagrins, etc. Actuellement, ces syndromes sont incorporés à la neurologie. Les mécanismes élémentaires de la psychosé, dernière forteresse de la psychogénie à cause de leur riche contenu psychologique

(1) BLEULER. — Syntonie-Schizoidie-Schizophrénie (*J. f. Psychol. u. Neur.*, 38, p. 47, 1929).

sont en train de subir le même sort, de se « neurologiser », c'est-à-dire de rentrer dans la physiologie du système nerveux, dans la pathologie générale et de se plier à leurs lois.

Aux explications métaphysiques toujours stériles, nous opposerons donc les hypothèses physiologiques fondées sur l'observation et l'expérimentation, plus modestes, mais seules fécondes. L'écho de la pensée et l'énonciation des actes sont, comme l'a montré Clérambault, des phénomènes purement mécaniques, dépourvus de tout contenu psychologique ; toute idéogénèse est impuissante à les expliquer. Il faut parler d'une véritable dysrèflexie intracorticale analogue aux dysrèflexies basales des choréiques. A la suite de Clérambault, nous distinguerons dans la structure d'un délire : 1° la *caractérologie* pré-délirante ; 2° les *mécanismes élémentaires* tels que nous les avons énumérés ; 3° le *contenu* du délire. A propos du contenu, il est bien évident qu'on ne peut retenir que le contenu explicite par le malade lui-même. Tout contenu découvert par le médecin au moyen des procédés de la symbolique freudienne est arbitraire et illusoire ; 4° la *systématisation* du délire par travail interprétatif normal sur les données immédiates fournies par les mécanismes élémentaires.

D'autre part, l'expérimentation montre : la production expérimentale des syndromes hallucinatoires, convictionnels ou anxieux par le haschisch et la mescaline ; la production du syndrome catatonique par la bulbo-capnine ; la modification des mécanismes élémentaires par élévation thermique, au cours de la fièvre, par exemple ; les relations entre la chronaxie des neurones corticaux et les facteurs végétatifs et endocriniens (Santenoise) ; la fixation élective des toxines sur les neurones suivant leur chronaxie (Bourguignon).

Les résultats fournis par ces méthodes ne sont qu'à leur début ; ils ne permettent pas encore de synthèses grandioses. Les méthodes se heurtent à de grandes difficultés expérimentales. Mais si le travail est long et obscur, il est solide et demeurera, parce qu'il est fondé sur l'anatomie et la physiologie cérébrales.

En présence d'un syndrome mental, il conviendrait donc de renoncer aux étiquettes d'allure nosologique comme « Démence précoce » ou « Schizophrénie », de même qu'on a renoncé à celle de « Dégénérescence mentale » et « d'Hystérie », et d'en revenir plus modestement à énumérer d'une part les mécanismes élémentaires et à déterminer d'autre part l'étiologie de ces mécanismes par toutes les méthodes de la pathologie générale. Si l'étiologie reste inconnue, il est plus utile de poser un point d'interrogation que de faire un diagnostic différentiel savant entre des entités nosologiques fictives. Cette distinction entre symptômes et étiologie est formulée maintenant sur les fiches des malades de la Clinique psychiatrique du professeur Ladame à Genève. Elle a le grand avantage de ne pas supposer résolus des problèmes qui ne le sont pas.

6. *Thérapeutique.* — Les directives thérapeutiques découlent de notre critique de la pathogénie. La psychothérapie savante qu'on appliquait aux dystonies (comme Brissaud pour le torticollis mental) a fait place aux alcaloïdes agissant sur les neurones commandant le tonus de posture ; de même, il faut chercher le traitement des mécanismes élémentaires de la psychose, non pas dans des moyens psychothérapeutiques systématisés comme la « catharsis » qui n'est en définitive que le résidu de pratiques d'exorcismes appartenant à l'âge prescientifique de la médecine, mais bien dans les agents physiques ou chimiques capables de modifier l'excitabilité des neurones intrahémisphériques. La disparition du syndrome d'influence par le haschisch, certains résultats obtenus avec la mescaline, ne sont que les premiers faits qui appellent de nouvelles recherches.

En résumé : *les troubles des fonctions phasiques, mnésiques, sensorielles, motrices et végétatives constituent les mécanismes élémentaires de la psychose. Les symptômes réunis sous le nom de « troubles des associations » ne renferment qu'une partie de ces mécanismes. Des termes comme « indifférence affective », « autisme » ne peuvent servir qu'à désigner, sous une forme pittoresque, certains aspects secondaires.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 NOVEMBRE 1929

Présidence de M. Pierre JANET, président

Assistent à la séance : MM. P. Abély, X. Abély, Baruk, Collet, Demay, Lautier ; Mme Minkowski ; MM. Lauzier, Vignaud, membres correspondants.

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

M. H. COLIN, *Secrétaire général*. — Quand un homme de l'envergure de Clemenceau vient à disparaître, le devoir est de s'incliner très bas et de se taire.

Aussi me bornerai-je à vous rappeler qu'en novembre 1928, votre Société, que j'avais l'honneur de présider, conféra le titre de membre d'Honneur au Président du Conseil, le Dr Georges Clemenceau, ami et ancien camarade d'internat de Magnan, de Bouchereau, de Regnard, de Bouchard.

Ce titre, Clemenceau voulut bien accorder à notre Société la faveur insigne de l'accepter.

M. JANET, *Président*. — Je vous propose de lever la séance en signe de deuil (*adopté*).

Reprise de la Séance

Psychose hallucinatoire par refoulement

par le Dr J. LAUTIER

(Asile d'Alençon)

Je m'excuse d'introduire, dans le titre de cette communication, un nouveau terme dans la nomenclature des maladies mentales, car je n'aime pas à recourir

à des néologismes. Mais le genre de psychose hallucinatoire dont je veux vous rapporter deux cas ne me paraît pas encore avoir été isolé.

Freud et son école, pour justifier les résultats médiocres du traitement psychanalytique chez les aliénés proprement dits, distinguent deux classes de maladies mentales. En premier lieu les névroses de transfert, telles que l'hystérie, la névrose d'angoisse, etc... où la psychanalyse donne ses plus beaux résultats : en gros, cette classe correspond à ce que les Français appellent les psychonévroses. En second lieu, les maladies narcissiques, dans lesquelles la psychanalyse a peu ou pas du tout d'action curative. Cette seconde classe correspond à nos psychoses. Elle comprend les délires hallucinatoires, notamment la démence précoce et le délire systématisé ou paranoïa des Allemands. Freud dit même avoir réuni paranoïa et démence précoce sous un nom commun, celui de paraphrénie, ce qui constitue une nouvelle signification pour ce terme imprécis qui en change d'un auteur à l'autre (1).

Les psychoses narcissiques, pour Freud, sont dues, comme les autres, à des désirs sexuels refoulés. C'est ainsi qu'il explique la production du Délire Systématisé de Persécution par le refoulement d'une passion homosexuelle (2).

Il est donc certain que, pour les Psychanalystes, le titre de ma communication n'a pas de signification, puisque toutes les Psychoses sont des Psychoses par refoulement.

Mais, pour moi, j'emploie ce nom pour exprimer que je veux parler de Psychoses hallucinatoires dans lesquelles le refoulement sexuel est *évident*, et non, comme dans les Délires de persécution, accessible seulement à une analyse compliquée et admettant comme démontrées un bon nombre d'hypothèses. Les malades dont je veux parler extériorisent, sous la forme d'hallucinations, des désirs sexuels qu'elles ne veulent pas s'avouer à elles-mêmes. Les hallucinations n'expriment pas autre

(1) *Introduction à la Psychanalyse*. Trad. Yankélévitch, p. 441.

(2) *Introduction à la Psychanalyse*. Trad. Yankélévitch, p. 442.

chose que ces désirs que leur moi ne veut pas reconnaître comme venant de lui. Il ne se greffe sur ces hallucinations aucune idée de persécution. D'autre part, dans nos deux cas, elles ne sont pas écloses sur un terrain de dégénérescence marquée et ont évolué de façon bénigne sans production d'aucun affaiblissement intellectuel.

Disons encore que cette psychose n'a aucun point commun avec le délire érotomaniac. Dans l'érotomanie, le malade délirant attribue à l'objet de son amour, les sentiments qu'il ressent lui-même. Dans nos cas, au contraire, nos malades ne se sont jamais crues aimées de l'objet ; elles se sont seulement refusées à croire qu'elles l'aimaient elles-mêmes, les hallucinations étant la seule traduction involontaire de leurs tendances.

Aussi ai-je été obligé de chercher un nom nouveau à cette psychose dont voici une observation caractéristique :

OBSERVATION I

Mlle P... est une vieille demoiselle de 51 ans, au moment de sa première entrée à l'Asile d'Alençon en 1921. Elle est conturière en chambre et vit avec sa sœur, célibataire comme elle et à peu près du même âge. Toutes deux mènent une vie très retirée ; elles ont toujours eu une conduite exemplaire ; elles sont dévotes.

Mlle P... n'a aucun signe de déséquilibre mental, aucune tare héréditaire, mais elle a une santé fragile. Elle aurait eu deux fois la « fièvre muqueuse » à 23 ans et à 30 ans. Elle a été les deux fois très fatiguée ; la convalescence a été traînante ; elle a perdu ses cheveux ; elle a eu des vertiges d'estomac ; elle a conservé des troubles intestinaux persistants. Elle a cessé d'être réglée à 47 ans, et depuis sa ménopause, son état physique lui paraît s'être sensiblement amélioré.

Les deux sœurs P... ont pour voisin un employé supérieur de la maison de confection pour laquelle elles travaillent. Ce M. B... est justement chargé de la réception de leurs ouvrages de couture. Il leur paraît très « bien », très distingué, menant lui aussi une vie très digne et très convenable. Il est veuf ; il a une dizaine d'années de moins que les deux sœurs, une situation supérieure à la leur. Comme on le voit souvent, il est le sujet fréquent des conversations des deux vieilles filles qui s'accordent à faire son éloge.

La malade a commencé à ressentir de la dépression nerveuse et de l'inquiétude au mois de juin 1920. En mai 1921, elle commence à avoir des hallucinations sensorielles. Elle entend prononcer le nom de M. B... On lui dit qu'il l'aime ; parfois « on » emprunte sa voix pour faire la même déclaration, mais elle est persuadée que ce n'est pas M. B... qui parle lui-même. « Comment, dit-elle, pourrait-il y avoir quelque chose entre lui et moi ? L'âge, la situation, tout s'y oppose. Et c'est un Monsieur qui est tellement convenable. » Ce n'est pas de ce Monsieur si convenable que peuvent venir quelques injures grossières qu'elle entend. D'autres fois ce sont des conseils : « Va chez M. Un Tel », chez des personnes qui peuvent lui être utiles dans les circonstances présentes.

Ces hallucinations auditives deviennent de plus en plus fréquentes. Elles s'accompagnent d'insomnie, de crises de larmes ; mais elle n'a aucune véritable idée de persécution. Personne ne lui veut du mal ; elle ne sait pas d'où viennent les voix, pourquoi elle les entend. Mais ce sont bien des voix réelles, certainement pas dues à une maladie. Peut-être est-ce un traitement qu'on lui fait subir

Elle finit par avoir des paroxysmes hallucinatoires, avec angoisse. Elle est internée le 27 décembre 21 à la suite d'une fugue faite sous l'influence des hallucinations. La voix lui avait dit : « Sauvez-vous de chez vous. Allez chez M. D... puis chez M. C... » Elle a fait des visites à tous ses amis, dans un état de surexcitation extraordinaire « poursuivie par cette voix, qui l'accompagnait partout ».

A l'Asile, le paroxysme hallucinatoire se calme presque de suite. Deux ou trois jours après son entrée, elle arrive à critiquer les phénomènes pathologiques. « Ce sont peut-être des hallucinations », dit-elle. Mais elle a une rechûte à la fin de sa première quinzaine. Cette nouvelle bouffée délirante paraît plus polymorphe. Elle dit que sa sœur est morte dans la cour de l'Asile, que la police la recherche, etc...

Puis tout se calme. Elle sort de l'Asile apparemment complètement guérie moins de deux mois après son entrée. Le traitement avait consisté en psychothérapie et en opothérapie ovarienne.

Après sa sortie, elle est restée sept ans et demi en liberté, vivant de son existence normale et sans que sa sœur, dans leur vie commune, se soit aperçue d'aucun symptôme psychopathique chez elle. Il y a donc eu, au point de vue social, guérison complète. Et cependant, lorsque je l'ai revue, elle m'a affirmé qu'elle n'avait jamais été complètement guérie.

C'est que, pendant cette longue durée, elle n'a cessé de penser à M. B... et que, se défendant de toutes ses forces contre ces pensées, sans résultat, elle les a attribuées à une influence étrangère, incompréhensible. Elle est donc restée 7 ans 1/2 sur le bord de l'automatisme mental. Elle n'avait pas d'hallucinations.

Une seconde crise hallucinatoire s'est produite cette année et l'événement qui l'a occasionnée montre de façon irréfutable l'influence des tendances sexuelles refoulées. Mlle P... est retombée malade en apprenant que M. B... allait se remarier. Aussitôt il y a eu un sentiment d'inquiétude, des crises de larmes et bientôt apparition d'hallucinations, cette fois-ci psychomotrices. Elle ressent une voix qui articule dans sa poitrine le nom de l'objet de son amour, et les paroles : « Qu'est-ce que c'est que cet homme-là ? Qu'est-ce que c'est que cette femme-là ? »

Elle croit à une origine extérieure de ces hallucinations, mais n'a aucune idée de persécution. Elle croit que c'est un traitement qu'on lui fait subir, qu'il est payé par un de ses parents riches, et comme les malades prennent volontiers les psychiatres pour des espèces de sorciers, employant des moyens thérapeutiques miraculeux, ce sont les médecins de l'Asile qui sont chargés de lui appliquer ce traitement.

Internée une seconde fois, elle se montre très volubile, raconte volontiers ce qu'elle ressent, mais paraît surtout soucieuse de se défendre de pouvoir aimer M. B... « Vous voyez si ça peut venir de moi, dit-elle ; vous voyez si c'est combiné, quelle torture je subis. » Et elle proteste qu'elle ne peut aimer M. B... à cause de leur différence d'âge, de son âge avancé, de la différence de situation, etc...

A part les voix, elle a ressenti quelques autres hallucinations motrices ou inhibitrices. A l'église, on l'a forcée, malgré elle, à s'approcher de M. B... et à passer auprès de sa chaise. Lorsqu'elle va lui apporter son ouvrage, on fige ses traits, on l'empêche de répondre à son sourire accueillant.

Mais tout cela est fait, sans doute, pour son bien et elle n'en veut à personne. A l'Asile, l'amélioration est aussi rapide que la première fois. Les hallucinations disparaissent en quelques jours. J'ai tenté de lui faire comprendre qu'elle pouvait avoir un sentiment inconscient pour M. B... J'ai reçu des dénégations passionnées.

Elle a découvert elle-même un traitement pour que, après sa prochaine sortie, de pareils troubles ne se reproduisent plus. Elle voudrait déménager... mais les circonstances ne s'y prêtent pas.

OBSERVATION II

Je ne vais faire que résumer brièvement la deuxième observation, attendu que je l'ai exposée à la séance du 31 janvier 1927 de votre Société, en collaboration avec M. Nouët, sous le titre de : « Hallucinations auditives conscientes de longue durée ».

Je rappelle que, chez une jeune femme de trente ans, dans une période de fatigue, s'étaient produites brusquement des hallucinations auditives qui faisaient allusion aux tendances sexuelles de la malade. Les paroles entendues étaient :

- 1° « Tu es hystérique. »
- 2° « Veux-tu venir avec moi en Algérie ? », phrase prononcée par la voix d'un collègue masculin de la malade.
- 3° « Lesbienne. »

Les hallucinations ont toujours été reconnues comme telles. Elles ont duré pendant plus de six mois.

J'indique, car on avait émis un pronostic très grave lorsque nous avons rapporté cette observation, que j'ai eu des nouvelles de la malade plus d'un an après notre communication. A ce moment, elle exerçait son métier de sténo-dactylographe et passait pour complètement guérie aux yeux d'une amie intime.

S'il n'y avait pas guérison complète, il y avait du moins guérison sociale comme dans la première observation.

Je crois cette seconde observation beaucoup moins probante que la première, mais il m'a paru intéressant de l'en rapprocher.

On voit ce que j'ai voulu décrire sous le nom de : Psychose hallucinatoire par refoulement. Il s'agit d'une psychose qui peut éclore à l'occasion de la ménopause, d'une fatigue de l'organisme, etc..., mais dans laquelle un rôle étiologique important est joué indéniablement par un élément moral, par des tendances sexuelles refoulées.

Dans cette psychose, les hallucinations soit auditives, soit psychomotrices, expriment directement et nettement ces tendances sexuelles. Il semble que l'hallucination constitue un exutoire pour le désir que la conscience s'interdit.

Si ce désir est chassé de la conscience, il en reste au moins très proche, puisque le sujet emploie toute sa

dialectique à convaincre son interlocuteur, et à se convaincre lui-même, qu'il est *impossible* qu'il ait véritablement ledit désir.

D'après ces premières observations, la psychose paraît bénigne puisque l'hallucination est facilement corrigée, que quelques jours d'isolement suffisent à la faire disparaître, que le sujet admet très facilement qu'elle soit de nature pathologique, qu'il ne construit aucun délire de persécution et ne présente aucun affaiblissement intellectuel.

Peut-être, dans certains cas, ces psychoses pourraient-elles constituer la période de début d'un délire érotomane, les malades finissant par se croire aimées par l'objet. Mais je connais la malade de l'observation I depuis plus de huit ans, et elle n'a pas évolué dans ce long espace de temps vers l'érotomanie.

Symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique

*(A propos de la guérison d'une psychose
d'apparence chronique)*

par M. P. GUIRAUD et Mlle Yv. LE CANNU

De temps en temps on voit guérir des malades pour lesquels on avait porté le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique entraînant un pronostic d'incurabilité.

Les tendances modernes cherchent à rapprocher la psychose hallucinatoire chronique des autres syndromes mentaux surtout d'origine toxique et infectieuse. On peut admettre au moins comme hypothèse de recherche que les délires systématisés des auteurs classiques sont des formes résiduelles de délires transitoires n'ayant pas guéri (alcooliques par exemple) ou des atteintes cérébrales très torpides, chroniques d'emblée. Il est presque superflu de rappeler à ce sujet les travaux de G. de Clérambault, sur l'automatisme men-

tal, de Claude et de Leroy sur les formes délirantes ou hétérophréniques des paralysies générales incomplètement guéries par le paludisme, de Dide et Guiraud sur les « délires systématisés symptomatiques ».

Le malade présenté par nous entre dans le groupe des psychoses d'apparence chronique ayant évolué vers la guérison, mais avec une particularité digne d'être soulignée : dans l'exposé de son délire ou si l'on préfère dans l'expression de son automatisme mental il s'exprimait en un langage incohérent émaillé de néologismes. On sait que ce symptôme passe à juste titre pour un signe presque certain de chronicité.

D..., ouvrier monteur électricien, âgé de 42 ans, est tombé malade en juillet 1928. Il a commencé par une phase de dépression, se sentant triste, fatigué, sans courage. Il était d'autant plus inquiet de sa maladie qu'il venait de se marier depuis un mois.

D'après sa femme, le premier symptôme inquiétant a été une sorte de monologue chuchoté, inintelligible. Souvent ce monologue s'accompagnait de gestes brusques, de flexion de la tête sur l'épaule droite, rythmiquement réitérés. Après un séjour de quelques mois à l'hôpital Henri-Rousselle, D..., incomplètement guéri, a essayé de se remettre au travail. Mais il se plaignait toujours d'être triste, il lui semblait qu'il n'était pas maître de ses mouvements qui allaient plus vite que sa volonté. Il a fait, à ce moment, une tentative de suicide. « Ce n'est pas une idée de suicide mûrie d'avance, dit-il ; ayant vu mon rasoir, brusquement l'idée de me couper le cou m'est venue, je l'ai fait et immédiatement après j'ai repris possession de moi-même, j'ai pu dissimuler le sang et nettoyer la chambre. Jusqu'à ma guérison, j'étais convaincu que j'avais été poussé à cet acte par une volonté étrangère. »

Au moment de son entrée dans le service (mai 1928), le malade est en plein délire ; il présente :

1° *des troubles cénesthésiques* : le matin, au réveil, il est comme amarré par les pieds ; ça se fait par effet de glaces ; il sent de l'électricité par tout le corps. Il sent entre les cuisses et sous les pieds comme du métal fondu.

2° *une transposition visuelle de ses troubles cénesthésiques* : « Je me vois comme dans un transformateur électrique qui me travaille le corps, je me dis pourtant que je ne peux pas être à la fois à Villejuif et dans un transformateur. »

3° *des hallucinations gustatives et olfactives* : c'est comme un goût, une odeur de sel et poivré, dans la bouche du poivre.

4° *des hallucinations auditives* : « J'ai entendu des voix, surtout au début. Les femmes malades de l'hôpital me parlaient ; elles me commandaient ou m'interdisaient certaines choses. On me parlait, je sentais ça dans la figure, dans le nez, c'était comme si on me parlait à l'intérieur du nez. On répétait à haute voix tout ce que je disais. »

5° *un syndrome moteur* : par accès, pendant quelquefois des heures, le malade présente des phénomènes moteurs très particuliers : la tête se fléchit brusquement vers l'épaule droite, en même temps les membres supérieurs se mettent en flexion et les membres inférieurs réalisent un véritable sauttillement. Au cours de l'accès, le malade est dans un état continu d'hypertonie auquel s'adjoignent les secousses rythmiques plus haut décrites. Il présente en même temps une congestion intense de la face, comme il s'en produit au cours d'efforts musculaires réitérés.

6° *loquacité* : si l'on interrompt le malade au cours de ses accès moteurs, ou des périodes pendant lesquelles il semble écouter des interlocuteurs imaginaires et leur répondre à voix basse, on arrive à attirer son attention avec une certaine difficulté, il semble se réveiller et essaie d'expliquer ses troubles en usant d'un langage spécial dont voici un exemple :

Ça allait bien, ça reprend dans le crâne, je sens de tout. Ce sont les *encadrats* des *pastisseurs*, les mécanos des P. T. T., les crânes de mouton. Bande d'abrutis ! va ! A l'hôpital Henri-Rousselle pas moyen d'en dire une. Il y a des moments, entre les jambes, de temps en temps sous les pieds du métal fondu. On connaît, on connaît, on connaît, on connaît, les *encadreurs pastisseurs*. Il y a une huitaine de

jours, n'importe quel infirmier, n'importe quel infirmier, mathématiquement et systématiquement. A l'hôpital Henri-Rousselle deux bassins, deux bassins. Ici ils ont des mannequins avec des lampes et des fils de bronze et des *préciseurs*. Comme c'était, comme c'était, comme c'était, comme c'était. N'importe quoi, n'importe quoi, n'importe quoi, n'importe quoi. Sept jours et sept nuits sans arrêter de débluffer. Il y a des moments, il y a des moments. Ces saloperies de bassins du Boulevard Haussmann, on les a foutus en l'air et ces ascenseurs. La conduite d'eau du parc Monceau. Le dentiste de l'Hôpital Henri-Rousselle. Ils ont des crânes de mouton, des crânes de mouton, des crânes de mouton, des crânes de mouton et des calots de P. T. T.....

Au début, les phénomènes hallucinatoires et le délire étaient continus ; peu à peu ils se sont atténués et le malade a pu rester calme pendant des semaines avec des périodes de quelques heures où les symptômes se reproduisaient. Il expliquait, dans les moments de calme, qu'il était la victime d'ennemis mystérieux qui le « travaillaient » par l'électricité. Jamais il ne voulait accepter de croire qu'il s'agissait de phénomènes maladifs.

Après un an environ, tout a disparu progressivement, et D... s'est rendu compte qu'il avait été malade mentalement. L'amélioration mentale s'est accompagnée d'une véritable transformation physique ; le malade a engraisé de dix kilos en quelques mois. Il attribue cette maladie au paludisme contracté en Orient.

Nous avons profité du retour à l'état normal pour essayer de lui faire expliquer le sens des néologismes. Il n'a pu nous donner qu'une explication : les pastis-seurs sont les gens qui font des pastis, comme on dit dans le Midi dans le sens d'affaires désagréables et embrouillées. Il ignore le sens des mots *encadrats*, *préciseurs*, etc. A côté de ces néologismes qui rappellent à la fois ceux du rêve, de la psychose hallucinatoire chronique et de l'hébéphrénie, nous devons signaler les *itérations verbales*. Elles sont très comparables à celles que nous constatons dans la psychose hallucinatoire chronique quand il est possible de faire reproduire exactement les hallucinations* par le malade.

Disons en passant que les itérations appelées *stéréotypies verbales* dans l'hébéphrénie, et *palilalie* dans certaines formes d'encéphalite épidémique, ne nous paraissent pas différer essentiellement de celles constatées chez notre malade. De plus, elles doivent être rapprochées des itérations motrices observées chez lui.

Cette observation nous paraît constituer un document intéressant à verser à la discussion sur l'automatisme mental. Deux tendances se partagent l'opinion des aliénistes. Pour G. de Clérambault et son école, tous les symptômes de parasitisme mental (action sur la pensée, hallucinations verbales, phénomènes cénesthésiques et moteurs) sont le résultat de l'action d'un excitant pathologique sur les diverses régions encéphaliques, circonvolutions, noyaux gris centraux, etc. Seule l'explication délirante est une superstructure non pathologique dans son essence. Pour beaucoup d'autres auteurs, dont nous sommes, tous les phénomènes de parasitisme xénopathique ne résultent pas d'une excitation pathologique directe des divers centres nerveux. Nous croyons que tout spécialement les hallucinations auditives verbales et les phénomènes psychomoteurs verbaux ne sont pas des symptômes primitivement pathologiques, mais ne sont qu'un corollaire de véritables symptômes primitifs (cénesthésiques) qu'elles expriment en utilisant les complexes idéo-affectifs antérieurement acquis. L'automatisme auditif ne nous semble ni neutre ni athématique, surtout au début, contrairement à ce que dit G. de Clérambault. Cependant, le cas actuel nous oblige à apporter de nouvelles précisions sur la répartition des symptômes en primitifs et secondaires. Nous n'avions, dans notre étude de 1924 (1), donné comme symptômes primitifs que : la cénestopathie, l'inquiétude, avec cette caractéristique que ces deux symptômes sont dépourvus d'appropriation à la personnalité, selon l'heureuse expression de Ceillier.

(1) P. GUIRAUD. — Les délires chroniques. *Encéphale*.

Nous croyons qu'il faut allonger cette liste de symptômes primitifs et y comprendre : les hallucinations olfactives et gustatives (qui sont fréquentes), et assez souvent des troubles moteurs (beaucoup plus rares), dont l'observation actuelle est un bel exemple. Les mouvements rythmiques que nous avons décrits chez notre malade, intermédiaires entre les tics et les myoclonies, résultent, sans aucun doute, de l'excitation directe des centres moteurs, et ne sont l'expression d'aucun état affectif ou instinctif. Ils rappellent beaucoup les stéréotypies motrices de l'hébéphrénie. La liste des symptômes primitifs doit s'allonger encore d'un autre côté. Nous avons déjà soutenu que l'élément « non appropriation à la personnalité », phénomène d'ordre général pouvant s'appliquer à la plupart des événements psychiques, résulte d'un défaut d'intégration à la cénesthésie physique réalisant normalement l'intuition du moi (cénesthopathies dystoniques). Nous avons tendance à croire que cette intuition de la personnalité est un phénomène moins cortical que thalamo-sous-thalamique.

Les itérations (répétitions et stéréotypies motrices et verbales) nous paraissent également un symptôme primitif dans la psychose hallucinatoire chronique, et entrent dans le cadre des modifications générales pathologiques s'étendant à tous les processus psychiques. Il en est de même des phénomènes de barrage.

A part exceptions rares (attribuables à l'hébéphrénie, à la sénilité, peut-être à l'alcoolisme), nous croyons toujours que les phénomènes verbaux (auditifs, oraux et par transmission de pensée) sont des symptômes secondaires.

Nous croyons que, peu à peu, les divergences s'atténuent entre les deux théories de la psychose hallucinatoire chronique. G. de Clérambault admet déjà une complication idéique graduelle utilisant les complexes antérieurement acquis. De notre côté, nous croyons qu'on peut augmenter la liste des symptômes primitifs par atteinte cérébrale pathologique directe.

En terminant, nous devons rechercher l'étiologie de cette psychose hallucinatoire curable. Le paludisme,

évoqué par le malade, nous paraît un agent étiologique bien douteux ; nous n'avons jamais constaté ni accès de fièvre, ni splénomégalie, ni aucun autre symptôme de malaria.

On doit penser à la syphilis à cause d'une légère inégalité pupillaire sans troubles des réflexes photo-moteurs, et de l'abolition persistante du réflexe achilléen gauche. Les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang et le liquide ; la réaction au benjoin est normale. Une légère hypertension doit cependant être signalée (30 dans la position couchée).

La négativité des réactions ne permet de conclusion ferme dans aucun cas.

Le traitement a consisté en deux séries de salicylate de soude intraveineux et une série de 21 grammes de stovarsol sodique. Le malade, qui avait conservé un désagréable souvenir du paludisme spontané, a refusé énergiquement la malariathérapie. Ajoutons, en toute impartialité, que l'amélioration était nettement visible avant tout traitement. C'est précisément cette tendance à la guérison qui nous a poussés à faire un traitement actif.

La catatonie expérimentale par la bulbocapnine

par H. DE JONG (d'Amsterdam) et H. BARUK (de Paris)

Dans une série de recherches expérimentales et cliniques combinées, nous nous sommes attachés à montrer que l'injection de bulbocapnine permet, chez un certain nombre d'animaux, de reproduire le syndrome moteur catatonique dans tous ses éléments. Nous avons exposé, dans diverses communications, les protocoles de nos expériences à ce sujet ; cette question fera, d'ailleurs, l'objet d'un livre actuellement en préparation. Nous en indiquerons les résultats principaux.

Nous avons utilisé toujours l'hydro-chlorate de bulbocapnine en solution aqueuse légèrement acidifiée par l'acide chlorhydrique. Nous avons pu ainsi réaliser les dilutions multiples que nécessitaient les expériences. En pratique, l'hydro-chlorate de bulbocapnine pur n'est pas répandu sous cette forme dans le commerce. On trouve dans le commerce de la bulbocapnine Merck qui est vendue sous forme d'ampoules contenant 10 centigrammes par cm³. Ces ampoules sont manifestement trop concentrées pour être utilisées sous cette forme dans le but de reproduire la catatonie expérimentale chez la plupart des animaux, les doses employées à cet effet ne dépassant guère, en général, 50 à 75 mgr., et même, chez certains animaux comme la souris, devant être réduites à 1 ou 2 mgr. *La question des doses est, en effet, capitale*, et les effets obtenus peuvent être extrêmement différents suivant la dose employée. Chez le chat, les doses moyennes pour produire la catalepsie et le négativisme sont entre 50 et 75 mgr. Faute d'utiliser un médicament rigoureusement dosé et titré avec la plus grande précision, on s'expose à des résultats erronés.

Les effets de la bulbocapnine sont différents suivant les animaux auxquels on s'adresse et, à ce point de vue, il importe de distinguer :

1° Les animaux présentant un cortex cérébral complètement développé et en particulier porteurs d'un néopallium comme le sont les mammifères.

2° Les animaux avec un néopallium incomplètement développé comme les oiseaux.

3° Les animaux dont le cerveau est dépourvu de cortex ou ne présente qu'un cortex rudimentaire (rhinencéphale).

C'est avant tout chez les animaux avec néopallium développé que la bulbocapnine détermine les éléments du syndrome catatonique, aussi les prendrons-nous comme type de description.

Prenons par exemple un mammifère, notamment un chat, une souris, un singe. L'injection de bulbocapnine va réaliser chez ces animaux, suivant la dose

employée, les divers éléments du syndrome catatonique. Les doses moyennes réalisent une catalepsie et un négativisme typiques. Par exemple, injectons à une souris 1 ou 2 mgr. de bulbo-capnine sous la peau ; au bout de 2 à 3 minutes, l'animal commence à s'immobiliser ; on peut le menacer, l'exciter, il ne réagit pas. Cependant l'animal n'est nullement paralysé et ne présente pas davantage le moindre état de narcose ; il se tient, en effet, parfaitement sur ses pattes, les yeux ouverts. Si on essaye de le retourner sur le dos, il se rétablit immédiatement en équilibre. Enfin, si on place l'animal dans une position difficile à maintenir, il la gardera. Si on l'approche, par exemple, d'un bec Bunsen, il se fixe immédiatement sur ce support vertical, et s'y maintient accroché d'une façon active pendant longtemps et en déployant *un effort musculaire actif et énergique*.

Des phénomènes analogues peuvent être constatés chez les autres animaux dont nous venons de parler. Chez tous on retrouve la même absence d'initiative motrice, la persistance parfaite de toutes les réactions d'équilibre, et la conservation active des positions imposées. C'est ainsi, par exemple, que l'un de nos films représente une expérience dans laquelle on voit un chat et une souris catatoniques se regarder l'un et l'autre sans pouvoir bouger. La main de l'opérateur lève peu à peu la tête du chat, celle-ci se maintient dans la position qu'on lui imprime ; on peut approcher du chat une allumette et même lui brûler la moustache sans qu'il s'enfuie.

Chez le singe, les phénomènes sont encore plus caractéristiques. Après une injection de 50 mgr., on voit très nettement sur un de nos films un singe immobile, enroulé sur lui-même, ne réagissant pas lorsqu'on le pousse avec un bâton. Cependant, l'animal se tient très bien sur ses pattes ; lorsqu'on soulève les pattes en l'air, tantôt elles sont maintenues en l'air quelques instants, tantôt elles s'abaissent doucement jusqu'à une position de repos relatif. La conservation des attitudes peut parfois se produire dans des positions extrême-

ment inconfortables ; c'est ainsi que nous avons vu un jeune cobaye se maintenir en équilibre en position verticale, ne reposant sur le sol que sur les deux pattes de derrière, les deux pattes de devant restant en l'air.

Ces quelques exemples, choisis entre bien d'autres, montrent donc que la bulbo-capnine permet de réaliser, chez un certain nombre d'animaux, une catalepsie tout à fait caractéristique et superposable à la catalepsie observée chez le malade catatonique. On note, en effet, pour les doses que nous venons d'indiquer, une attitude d'enroulement de flexion de l'animal, qui est également à rapprocher des attitudes de flexion analogues qu'on observe avec une grande fréquence en clinique humaine. Les mêmes doses peuvent également réaliser le *négativisme* ; celui-ci revêt, le plus souvent, les aspects du négativisme passif : par exemple, lorsqu'on pousse le chat intoxiqué, on sent une résistance qui peut se développer lorsqu'on intensifie la poussée. Parfois on peut observer aussi un négativisme actif. Nous avons vu ainsi une souris qu'on poussait en avant, faire, lorsqu'on l'abandonnait, quelques pas en arrière. Catalepsie et négativisme, tels que nous venons de les indiquer, ne sont d'ailleurs réalisables qu'en utilisant des doses moyennes.

Si on utilise des doses un peu plus fortes, on observe des symptômes nouveaux, en particulier des *hyper-kinésies* des plus intéressantes. Celles-ci, par exemple, sont très nettes chez la souris avec des doses de 4 ou 5 mgr. ; l'animal est alors tendu, contracté, parfois animé de tremblements, puis, tout d'un coup, surviennent des *impulsions* ; brutalement, l'animal qui est complètement immobilisé fait un énorme bond en l'air, puis retombe complètement figé. D'autres fois, il est pris d'une agitation brutale, se met à courir avec violence, et retombe brusquement dans une immobilité totale. Parfois, ces hyper-kinésies prennent l'allure de *mouvements rapides, rythmés et stéréotypés*, comme nous l'avons observé chez un lapin et chez un cobaye ; brusquement, ces animaux se mirent à frotter rapidement leurs pattes de devant l'une contre l'autre comme

dans une sorte de mouvement de jeu qui ne dura d'ailleurs que quelques secondes.

Mais c'est surtout chez le singe que ces hyper-kinésies sont particulièrement intéressantes ; elles peuvent prendre, en effet, chez cet animal, l'allure de mouvements complexes, de véritables gestes d'allure plus ou moins expressive, accompagnés de modifications de la mimique. Ces faits rappellent de très près les manifestations analogues décrites déjà par Kahlbaum chez les catatoniques, sous le nom de *pathéticismus*. L'animal se redresse sur ses pattes de derrière, écarte largement ses bras dans une sorte de pose d'allure extatique rappelant la crucifixion. A d'autres moments, le singe présente des sortes de mouvements de tortillement du train postérieur stéréotypés et rythmés.

Les troubles moteurs que nous venons d'envisager s'accompagnent en outre, très souvent, de *troubles végétatifs* qui constituent une analogie de plus avec le syndrome clinique. On note en effet le plus souvent, chez les animaux intoxiqués, une salivation exagérée, des troubles respiratoires, parfois même quelques vomissements.

En résumé, l'injection de bulbo-capnine à doses moyennes et fortes réalise, chez les mammifères, la catalepsie, le négativisme, les hyper-kinésies, les troubles organo-végétatifs, en un mot, tous les éléments du syndrome catatonique.

Avec des doses encore plus fortes, on détermine de véritables crises épileptiques, tout à fait caractéristiques et absolument identiques dans tous leurs détails à l'épilepsie humaine. Parfois, notamment chez la souris, on voit se succéder immédiatement des impulsions, l'agitation brutale et des convulsions épileptiques caractérisées, qui d'ailleurs précèdent en général la mort.

Si, au contraire, on emploie des doses beaucoup plus faibles, on détermine chez l'animal non plus la catalepsie véritable mais le sommeil : l'animal est immobile, ferme les yeux, mais la moindre incitation le réveille immédiatement et lui restitue toute son activité motrice.

En résumé, *sommeil, catatonie, épilepsie* représentent trois grandes étapes correspondant à l'emploi d'une gamme de doses progressivement croissantes. On peut y ajouter parfois, en même temps que le stade de l'épilepsie, l'apparition d'une rigidité généralisée en extension, rappelant la rigidité décérébrée.

Les résultats que nous venons d'indiquer n'ont trait qu'aux animaux à néopallium développé. Chez les animaux à cortex incomplètement développé, comme les oiseaux, on ne peut déterminer qu'une catalepsie et un négativisme partiels et instables. Enfin, chez les animaux sans néopallium comme les poissons, les reptiles, les batraciens, la bulbo-capnine ne détermine aucune catalepsie, aucun négativisme, mais seulement des convulsions ou des hyper-kinésies.

Le tableau suivant résume ces résultats :

BULBOCAPNINE à doses croissantes chez des animaux où le
NÉO-CORTEX est :

		↓	↓	↓
ESPÈCES		ABSENT	RUDIMENTAIRE	DÉVELOPPÉ
		Poissons Grenouilles Serpent Lézards Salamandre	Poule	Souris, Singes, Chats Chien Lapin, Cobayes
Symptômes suivant les doses	Faibles Moyennes		Sommeil Catalepsie et négativisme transitoires tr. végétatifs	Sommeil Catalepsie Négativisme Troubles végétatifs Hyperkinésie
	Fortes Très fortes	Hyperkinésie Convulsions Mort.		Epilepsie et signes rappe- lant la décérébration Mort.

Ces faits soulignent l'importance du *facteur cortical* dans la pathogénie d'un certain nombre d'éléments du

syndrome catatonique, tout au moins de la catalepsie et du négativisme. On ne saurait faire toutefois de localisations exclusives et, comme nous y avons insisté à maintes reprises, il faut tenir grand compte de la *diffusion de l'action toxique* qui porte sur tout le système nerveux.

Pour le détail de nos expériences relatives à la catatonie expérimentale voir les publications suivantes :

1° DE JONG et BARUK : Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome catatonique. *Revue Neurol.*, janvier 1929.

2° L'épreuve de la bulbo-capnine chez la grenouille et la souris. *Proceedings Academie des Sciences d'Amsterdam*, vol. XXXII, n° 7, 1929, p. 940.

3° L'épreuve de la bulbo-capnine chez la poule. *Ac. Sc. d'Amsterdam*, vol. XXXII, n° 7, p. 947.

4° L'épreuve de la bulbo-capnine chez les animaux avec et sans néo-pallium. *Soc. de Neurol. de Paris*, 7 novembre 1929.

5° L'épreuve de la bulbo-capnine chez les singes. *Soc. de Neurol.*, 7 novembre 1929.

DISCUSSION

M. JANET. — Je voudrais rappeler ici ce que j'ai dit au Congrès de Hollande au sujet du syndrome catatonique. Je considère ce syndrome comme résultat de la suppression des fonctions psychiques supérieures. Les expériences de MM. de Jong et Baruk viennent confirmer cette façon de voir, puisque, selon les doses de bulbo-capnine administrées, ils déterminent, chez les animaux, tantôt le sommeil, tantôt le syndrome catatonique, tantôt des crises convulsives ; le syndrome catatonique occupe ainsi une place intermédiaire entre le sommeil, degré moins intense de la suppression des fonctions supérieures, et la crise d'épilepsie, degré beaucoup plus profond de la même suppression. La catatonie n'est d'ailleurs pas une manifestation fondamentalement pathologique ; nous observons bien souvent chez l'individu normal la tendance à maintenir des attitudes prises, par exemple à garder dans la main,

sans y faire attention, un objet ; la différence entre le normal et le pathologique consiste en ce que, dans le premier cas, d'autres phénomènes, comme l'attention, la surprise, la surveillance, viennent constamment limiter la tendance à la conservation des attitudes. C'est cette limitation qui fait défaut au malade ; elle ne disparaît d'ailleurs pas d'une façon absolue ; ainsi, quand on attire l'attention du malade sur les mouvements qu'on lui fait faire, la catatonie est moins accusée ; le degré de la catatonie dépend aussi de la surprise plus ou moins grande qu'éprouve le malade en voyant le médecin, ou encore de l'habitude prise de le voir plus ou moins souvent.

M. GUIRAUD. — Dans l'étude du syndrome catatonique, on a, à mon avis, attaché trop d'importance au symptôme « conservation des attitudes ». Le syndrome catatonique comporte, dans son ensemble classique, des éléments de divers ordres. Les plus importants sont des phénomènes d'ordre *exclusivement moteur*, tels que : exagération des réflexes posturaux, itérations motrices, distribution anormale du tonus musculaire, contractions parasites. Ces troubles moteurs sont souvent associés à des troubles végétatifs et trophiques. Je ne puis accepter l'opinion de M. Janet d'une part, de MM. Claude et Baruk de l'autre : à savoir que les troubles catatoniques résultent de la suppression des fonctions psychiques supérieures ou du contrôle psychique.

En effet :

1° Ces phénomènes consistent en *additions parasites* (hypertonie, répétitions, arrêt de mouvements volontaires).

2° Jamais ces phénomènes catatoniques ne surviennent par suite de la destruction exclusive des circonvolutions cérébrales (anesthésies, opérations sur les animaux, démences profondes).

3° Dans l'hébéphrénie elle-même, on constate des états de stupeur profonde prolongée pendant des années sans manifestations catatoniques.

4° Quelquefois les phénomènes moteurs catatoniques surviennent en pleine lucidité et sont signalés par le malade lui-même.

Par conséquent il ne s'agit pas, dans la catatonie motrice, de la simple *libération* d'une activité *physiologique* sous-corticale, mais de l'apparition de phénomènes pathologiques *nouveaux, surajoutés*, explicables seulement par une atteinte sous-corticale.

Pour se rendre compte de la réalité des symptômes dont je parle, il faut examiner en série les hébéphréniques vivant dans un Asile et non choisir des catatoniques légers, chez lesquels il est difficile d'éliminer l'intervention du psychisme.

La catatonie a donné lieu, depuis quelques années, à une série de recherches graphiques qui ne doivent pas être acceptées aveuglément. Pour la raison que les électromyogrammes des membres au cours de la « conservation des attitudes » ressemblent à ceux de la contraction dite volontaire, on a voulu conclure que les attitudes catatoniques sont d'origine psychique active. Malheureusement les résultats des électromyogrammes varient avec chaque auteur. De plus, l'aspect physiologique des divers types de contraction musculaire est loin d'être élucidé pour les électromyogrammes.

Qu'il me suffise de citer à ce point de vue les recherches récentes de Schwartz et Guillaume (1). Contrairement aux résultats de Foix et Thévenard, ces auteurs ont obtenu pendant la durée du phénomène de Westphal des courants d'action à oscillations très fréquentes. Il s'agit donc d'une contraction non tonique, mais tétanique, ce qui la rapproche des constatations faites dans la catatonie bulbocapnique ou spontanée.

D'autre part on a souvent cité des expériences de Sotaltenbraud démontrant que l'extirpation de l'écorce cérébrale empêchait la catatonie expérimentale par la bulbocapnine. La lecture du protocole de ces expériences faisait déjà supposer l'action inhibitrice transitoire

(1) V. BUSCAINO. — *Riv. sper. di Pat. nerv. e mentale*, nov. 1929, p. 739.

du shock ou de la dicrotise. De nouvelles expériences de Sotaltenbraud et Stanley-Cobb (1) il résulte que si l'on prend soin d'attendre un certain temps, l'animal privé d'écorce cérébrale présente les mêmes symptômes catatoniques que les animaux chez lesquels l'écorce a été laissée intacte.

J'estime pouvoir conclure de ces faits que l'hypothèse que je défends depuis longtemps, en accord avec de nombreux auteurs étrangers, sur l'origine sous-corticale de nombreux symptômes catatoniques, est confirmée par les recherches expérimentales les plus récentes.

M. H. BARUK. — Les remarques que viennent de faire MM. P. Janet et P. Guiraud synthétisent les deux conceptions qui s'opposent sans cesse dans l'étude de la catatonie : suivant la première, le syndrome catatonique est lié à la suspension des fonctions psychiques de contrôle ; suivant la seconde, le syndrome catatonique est formé de deux éléments distincts : un élément moteur organique et un élément psychique se heurtant en quelque sorte à la résistance des automatismes moteurs.

Les recherches que nous avons faites avec le P^r Claude nous ont amené à penser qu'il était impossible de dissocier dans le syndrome catatonique l'élément moteur de l'élément psychique : la spasticité si spéciale du catatonique par exemple ne constitue pas une contracture comme celles qui sont connues en neurologie, mais une contraction musculaire analogue à la contraction volontaire. La catalepsie ne consiste pas, comme on le dit souvent, dans une simple propriété des muscles de conserver les positions sans fatigue, mais dans l'*adoption active* des positions imprimées de l'extérieur, comme on peut le voir dans l'épreuve de la flexion passive de l'avant-bras sur le bras (Claude, Baruk et Nouel, *Revue neurol.*, mai 1929) ; le malade accompagne le mouvement imprimé, ou même le précède (anticipation des mouvements passifs). Il inter-

(1) SCHWARTZ et GUILLAUME. — *C. R. Soc. Biol.*, 1929, n° 17, p. 176.

vient donc là une véritable réaction psychique. Les mêmes remarques peuvent être faites à propos du négativisme, des stéréotypies, et surtout des gestes si complexes qui sont décrits par Kahlbaum sous le nom de « pathéticismus ». En un mot le syndrome catatonique nous apparaît essentiellement, non comme un simple syndrome moteur, mais comme un syndrome *psycho-moteur*.

Mais les troubles psychiques sur lesquels nous venons d'insister *ne doivent nullement impliquer une conception psychogénique*. C'est par une confusion déplorable entre le point de vue clinique et le point de vue étiologique que l'on attribue *a priori* une origine et une étiologie purement psychologiques aux troubles qui paraissent intriqués avec le psychisme. On a en effet l'habitude de limiter l'organicité aux syndromes purement moteurs, dépourvus de toute participation psychique, aux « automatismes neurologiques » suivant l'expression de Mignard.

Nous pensons au contraire que les *fonctions psychiques* et *psycho-motrices supérieures* peuvent être également touchées primitivement et directement par certaines atteintes cérébrales. C'est ce qui se passe dans la catatonie. Les troubles observés dans cette affection ont toutes les apparences de manifestations volontaires, et les variations capricieuses des manifestations psychiques. Mais *ces troubles d'apparence volontaire peuvent être réalisés expérimentalement chez l'animal par l'action d'un toxique*. On ne saurait donc dire qu'ils soient l'expression d'un motif psychologique. Le même problème se pose à propos des équivalents psychiques de l'épilepsie : les actes, les gestes si complexes et si coordonnés de l'automatisme comitial n'ont-ils pas les caractères extérieurs des actes et des gestes volontaires ? Et pourtant personne ne peut soutenir qu'ils ne soient pas la conséquence des perturbations cérébrales ? Aussi ne saurait-on trop insister sur certaines parentés cliniques (Marchand) et physiologiques qui existent entre la catatonie et l'épilepsie, comme le montre l'épreuve de la bulbo-capnine. Malgré des différences incontestables, l'étude de ces deux

syndromes doit se poursuivre sur le même terrain, le terrain physiologique cérébral.

Quelle est la nature des atteintes cérébrales qui déterminent l'automatisme psycho-moteur catatonique? Les faits cliniques et expérimentaux que nous avons recueillis nous montrent qu'on ne saurait expliquer ce syndrome — pas plus d'ailleurs que l'épilepsie — par des lésions purement localisées et destructives. Nous avons vu en effet que la catalepsie et le négativisme par exemple ne peuvent être réalisés que par une *intoxication modérée* des cellules corticales. Il s'agit donc là d'un trouble irritatif, « dynamique », suivant l'expression de Claude, caractérisé par une *perturbation du fonctionnement des cellules* et non par leur destruction.

Quelle est la nature de cette perturbation cellulaire? La théorie des décharges établie par de Jong permet d'en donner une idée. Dans ses études poursuivies sur les phénomènes rythmiques dans le système nerveux central, de Jong a établi la théorie suivante : les cellules des différents étages du système nerveux ont la propriété de se décharger suivant un rythme différent suivant la localisation. A l'état normal les décharges ne se produisent qu'à la suite d'incitations d'une grande intensité. Lorsque les cellules sont malades le seuil de décharge est abaissé. Les cellules motrices peuvent alors se décharger automatiquement ou à la suite d'incitations minimales. Les décharges de faible intensité donnent lieu à la catalepsie, au négativisme, etc..., celles de très grande intensité à l'épilepsie (Voir à ce sujet de Jong, *Revue neurol.*, mars 1928 et mai 1929).

Je voudrais enfin en terminant faire remarquer que la conception toxique de la catatonie qui peut être démontrée, pensons-nous, par les données expérimentales de la bulbo-capnine, est tout à fait en accord avec les hypothèses émises de longue date par les cliniciens. Kræpelin, Jellgersma et bien d'autres ont à l'étranger défendu cette hypothèse toxique. En France, on sait la place si importante qu'elle a toujours tenue, en particulier dans l'œuvre de Régis, et dans la notion si

féconde établie par cet auteur de la parenté de la confusion mentale et de certaines manifestations hébéphrénocatatoniques. Mais c'est surtout Sérieux qui a exprimé avec la plus grande netteté cette conception en ce qui concerne la catatonie. Il écrivait en effet dès 1902 (*Revue de Psychiatrie*) : « Le poison, dit-il, exerce une action élective sur les éléments les plus vulnérables du système nerveux, sur les neurones des centres d'association qui restent plus ou moins gravement lésés..... » Et il ajoute plus loin, à propos des signes physiques de la démence précoce qu'il étudiait alors avec Masselon : « Nous pensons, d'après nos recherches, que ces symptômes appartiennent surtout à la période active d'intoxication diffuse du système nerveux. Ultérieurement quand le poison a été éliminé laissant des lésions destructives dues à son action spécifique sur les éléments plus vulnérables de certains centres corticaux, les troubles physiques deviennent de moins en moins fréquents. »

Les recherches physiologiques que nous avons faites avec le P^r Claude et celles faites avec le D^r de Jong confirment entièrement la conception défendue par Sérieux, et il nous paraît important d'insister à ce sujet sur la concordance des données cliniques et expérimentales.

Troubles psychiques et réactions particulières du liquide C.-R., consécutifs à une fracture du crâne méconnue.

par MM. Paul ABÉLY, TRILLÔT et Mlle TRUCHE

Le 6 novembre, B... rentre dans notre service à l'hôpital de Tours. Son médecin traitant nous l'adresse avec le diagnostic de délire alcoolique.

B..., chiffonnier, âgé de 35 ans est en effet un ivrogne invétéré, qui absorbe en moyenne 4 à 5 litres de vin par jour. C'est fréquemment qu'on le trouvait ivre-mort dans

les rues ; à plusieurs reprises déjà il avait présenté des crises de confusion éthylique aiguë, avec onirisme très actif, zoopsie, terreurs, agitation nocturne, etc. ; les crises de ce genre ne dépassaient pas habituellement 48 heures, mais cette fois, nous dit-on, on a jugé utile de le mettre en observation à l'hôpital, parce que la crise est beaucoup plus longue, elle persiste depuis 6 jours.

Tels sont les seuls renseignements que nous avons pu recueillir à son sujet.

Nous sommes frappés à notre premier examen par la présentation anormale du sujet.

Plongé dans une profonde torpeur, il somnole presque continuellement, répond avec difficulté et imprécision aux questions qu'on lui pose. Son visage est calme, certainement il n'est tourmenté par aucune hallucination.

Tous ses membres sont contracturés et il est difficile de rechercher les réflexes tendineux, les réflexes cutanés sont intacts. Il n'y a pas de Babinski. La nuque présente une raideur toute particulière, le Kernig est franchement positif. Les pupilles réagissent parfaitement à la lumière. L'examen superficiel ne montre aucun trouble oculaire.

Le teint est subictérique. Le foie, douloureux à la palpation, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

Le malade paraît très fatigué, et lorsque nous voulons le faire se lever pour étudier sa marche, il a une syncope et on doit le recoucher aussitôt.

L'examen n'est pas poussé plus avant ce jour-là. On fait une prise de sang qui donne un Wassermann négatif et 0 gr. 27 d'urée par litre.

Sa température rectale est de 37°4 seulement. Le pouls à 60.

A notre visite du lendemain matin, nous apprenons que B... a passé une nuit très calme et qu'il a dormi sans interruption. Il est aujourd'hui beaucoup moins somnolent, il est souriant, expansif et nettement euphorique. En l'interrogeant, nous remarquons qu'il présente les signes psychiques habituels à la presbyophrénie ou à la psychose de Korsakoff, à savoir : fausses reconnaissances, amnésie de fixation et fabulation extrêmement riche : « Il est venu ici se chauffer parce qu'il fait froid à l'extérieur ; il est en Corrèze, il a pris le train pour venir et hier soir, avant de partir, il est allé passer la soirée au théâtre. Ses amis doivent venir le chercher dans quelques instants pour aller faire une promenade, etc... » Puis oubliant ce qu'il vient de dire il y a quelques secondes à propos de son emploi du temps de la

veille, il ajoute : « Ce matin même, j'ai encore travaillé chez moi. » Il nous reconnaît tous comme étant ses parents et ses amis. Il oublie presque immédiatement les questions qu'on vient de lui poser. Il est confiant, joyeux et parfaitement calme, il ne présente aucun symptôme habituel à la confusion alcoolique aiguë.

La contraction des membres a un peu diminué, on peut examiner ses réflexes avec plus de précision : les réflexes tendineux des membres supérieurs sont uniformément et légèrement exagérés, le réflexe rotulien est normal à gauche et considérablement diminué à droite ; les achilléens sont normaux. Comme la veille, tous les réflexes cutanés sont intacts. Il n'y a pas de Babinski. Mais la raideur de la nuque est toujours très marquée et le Kernig persiste.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité superficielle, profonde, thermique et douloureuse. Pas de troubles vasomoteurs, pas de vomissements, pas de raie méningitique de Trousseau. B... va bien à la selle et ne se plaint d'aucune céphalée. La tension artérielle est de 14-8.

La démarche est un peu hésitante, un peu ébrieuse, mais ne présente pas le type cérébelleux.

D'ailleurs, on ne trouve ni dysmétrie, ni adiadocosinésie, ni Romberg ; pas de tremblement intentionnel, pas d'asynergie.

Nous essayons une ponction lombaire, mais du sang coule de notre aiguille, nous supposons avoir atteint une veinule et nous n'insistons pas, en raison de la fatigue du patient.

Au 3^e jour, même présentation physique et mentale : fabulation, euphorie, fausses reconnaissances et amnésie de fixation, sans affaiblissement intellectuel global. Le malade a un peu de fièvre : 38°3.

Nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire : nous retirons un liquide citrin, ayant la teinte, un peu plus pâle cependant, d'un liquide d'ascite, il est uniformément coloré et cela dans les trois tubes que nous utilisons. Ce liquide un peu hypertendu, à teinte xanthochromique, nous fait supposer l'existence d'une tumeur.

L'examen de laboratoire nous donne les résultats suivants :

Albumine : 0,50 0/00.

70 lymphocytes et mono.

Présence de globuline et d'hémoglobine dissociée.

Syndrome de Froin : négatif.

Meinicke : très franchement positif.

Wassermann : négatif.

Nous pratiquons des ponctions étagées, le liquide est uniformément coloré : ce résultat et par ailleurs la négativité du syndrome de Froin ôtent la possibilité de toute compression médullaire.

Mais cette formule du liquide céphalo-rachidien indiquant de l'hyperalbuminose, une très forte lymphocytose et un Meinicke très franchement positif peut s'interpréter de façons diverses : soit en faveur d'une gomme cérébrale, d'une paralysie générale à forme atténuée, et même d'une méningite tuberculeuse où le Meinicke est quelquefois positif.

Dans l'expectative nous pratiquons deux jours après une nouvelle ponction lombaire, la coloration pseudo-xanthochromique du liquide a totalement disparu, il est franchement eau de roche.

L'examen de laboratoire donne les résultats suivants :

Albumine : 0,22 (diminution considérable).

Cytologie : 20 lymphocytes.

Meinicke : légèrement positif (voile faible).

Benjoin et Wassermann négatifs.

Cette nouvelle formule éliminait en grande partie nos trois hypothèses précédemment citées. La teinte légère du liquide céphalo-rachidien, la présence d'un peu d'hémoglobine dissociée laissait subsister la probabilité d'une hémorragie transudant au niveau des méninges et déjà ancienne. L'absence d'urée dans le sang et d'hypertension artérielle nous fit penser, par élimination, à un traumatisme possible et nous décidâmes une radiographie du crâne.

Une première radiographie de la base ne donna aucune indication, une deuxième, faite en position antérieure et intéressant la région pariéto-frontale, fut également négative. Ce fut la troisième radiographie postérieure qui nous permit de constater une importante fracture de l'occipital, siégeant à gauche, linéaire et longitudinale sur une longueur de 6 à 8 cm. et ne paraissant pas atteindre le rocher.

A noter qu'extérieurement, le cuir chevelu ne porte à ce niveau, aucune cicatrice, et que la palpation n'est nullement douloureuse. Il semble que cette fracture ait surtout agi par l'hémorragie secondaire qu'elle a provoquée. Une intervention chirurgicale paraît inutile. Nous avons d'ailleurs recherché, par un examen neurologique complet, si le lobe occipital et les régions voisines n'étaient pas lésées ; notre examen a été négatif.

L'acuité visuelle est normale, il n'y a ni diplopie, ni

hémianopsie, ni scotome. Les oreilles fonctionnent d'une façon normale, tant subjectivement que fonctionnellement, aux diverses épreuves du diapason, les épreuves caloriques, celle du fauteuil tournant et du vertige voltaïque, nous ont montré l'intégrité physiologique du lobe occipital, du cervelet et des labyrinthes.

Le malade, actuellement, est beaucoup mieux orienté, il ne fabule plus et ses fonctions mnésiques s'améliorent progressivement. Le signe de Kernig a totalement disparu, la raideur de la nuque a considérablement diminué. Les deux réflexes rotuliens ont tendance à s'identifier.

Cette observation nous a paru présenter quelque intérêt tout d'abord par l'allure très spéciale des troubles mentaux, survenus à la suite d'un important traumatisme chez un alcoolique, troubles mentaux s'identifiant parfaitement avec ceux d'une psychose de Korsakoff (les symptômes de polynévrite mis à part); ensuite et surtout par la formule humorale très spéciale du liquide céphalo-rachidien: hyperalbuminose, lymphocytose et Meinicke fortement positif.

Il paraît évident que la positivité de cette réaction de Meinicke est due à la présence d'hémoglobine dissociée. Ce cas particulier peut servir utilement d'indication dans l'interprétation de cette réaction.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires de séance,

P. GUIRAUD, MINKOWSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 novembre 1929

Délire d'interprétation post-traumatique, par L. MARCHAND.
— Fracture du crâne chez une femme de 32 ans ne présentant aucune prédisposition psychopathique ; confusion mentale consécutive, syndrome commotionnel ; depuis la guérison de la confusion mentale, évolution d'un délire d'interprétation sans caractère paranoïaque. La malade est poursuivie par une bande ; elle reconnaît ses persécuteurs parmi les passants dont elle interprète les gestes, les attitudes. Elle reconnaît leurs agissements dans certains articles de journaux. Aucune idée revendicatrice ; aucune protestation contre l'indemnité dérisoire qui lui a été attribuée.

Présentation de paralytiques générales traitées avec succès par le stovarsol sodique, par L. MARCHAND. — Sur douze cas, six rémissions telles que l'on peut parler de retour à l'état mental antérieur ; une amélioration nette ; une forme stabilisée ; quatre résultats nuls. Toutes les fois que le traitement a eu un heureux effet, l'amélioration s'est faite au cours de la première série d'injections de stovarsol. Chez toutes les malades en rémission, les réactions humérales du liquide céphalo-rachidien ont subi des modifications parallèles les rapprochant de la formule normale. Les réactions de B.-W. et de Meinicke dans le sang sont restées positives.

Délire imaginatif et métabolique au cours d'une paralysie générale atypique, par MM. J. CAPGRAS et J. VIÉ. — Femme atteinte d'une paralysie générale atypique (pas de dysarthrie) de forme périodique chez laquelle s'est développé progressivement au cours d'accès successifs de teinte cénesthésique, euphorique ou dépressive, un délire d'imagination relativement fixe, entraînant une méconnaissance systématique de la vie antérieure ; ce délire s'apparente surtout à ceux des paraphrénies fantastiques.

Paralysie générale tardive chez une hérédo-syphilitique myxœdémateuse, par R. DUPOUY, A. COURTOIS et DUBLINEAU. — Débile de 32 ans chez laquelle apparaissent, depuis quelques mois, une incapacité progressive à travailler, des troubles du caractère, des larcins de type dementiel, du gâtisme. Nanisme avec myxœdème, infantilisme, absence de règles ; jamais de rapports sexuels. Signes cliniques et biologiques de paralysie générale. Les auteurs insistent sur le caractère anormalement tardif de l'évolution paralytique survenue chez cette femme dont le système glandulaire a été gravement touché par l'infection héréditaire alors que les malformations crânio-faciales et osseuses font défaut.

Polynévrite à forme monoplégique et confusion mentale chez un alcoolique psoriasique, par R. DUPOUY, A. COURTOIS et H. PICHARD. — Syndrome de Korsakoff d'origine alcoolique ; polynévrite à forme monoplégique crurale gauche. Cas intéressant par le caractère unilatéral de l'atteinte névritique et par le rôle possible d'un psoriasis ancien sur un terrain tuberculeux, dans sa détermination.

Méningite tuberculeuse chez un syphilitique tabétique. Diagnostic par la ponction lombaire, par A. COURTOIS, Mlle SALAMON et H. PICHARD. — Diagnostic difficile de méningite tuberculeuse chez un homme de 32 ans, alcoolique chronique, tuberculeux pulmonaire et présentant des signes cliniques de tabès avec réactions de la syphilis positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs insistent sur l'importance de l'examen complet du liquide et particulièrement sur la valeur de la réaction du benjoin qui aide grandement à établir le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse chez un malade atteint de syphilis nerveuse évolutive. Vérifications anatomiques.

L. MARCHAND.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ASSISTANCE

Le Régime des aliénés : réforme de la loi du 30 juin 1838, par le D^r G. DELTOUR, L. Chauny et L. Quinsac, éd., 1930.

Après beaucoup d'autres, M. le D^r G. Deltour apporte sa contribution à l'étude de la loi du 30 juin 1838.

Il rend hommage à cette loi, « depuis plus de 90 ans qu'elle fonctionne, jamais les magistrats n'ont eu à intervenir pour punir un acte de séquestration arbitraire ; c'est le plus bel éloge qu'on en puisse faire. Il suffirait d'y apporter quelques retouches sur certains points pour lui permettre de bénéficier des progrès de la science médicale ».

L'auteur étudie tour à tour ces quelques retouches : signalons le placement des malades à l'étranger, — le régime des aliénés criminels, — les services ouverts.

En ce qui concerne ces derniers services, il constate le précieux concours que le service libre de prophylaxie mentale a apporté à la Préfecture de Police en lui permettant d'effectuer l'internement de plusieurs milliers de malades dangereux.

Voici, à cet égard, l'intéressante statistique fournie à l'auteur par M. le D^r Toulouse :

En 1922	221 internements.
En 1923	553 —
En 1924	715 —
En 1925	863 —
En 1926	862 —
En 1927	923 —
En 1928	1.238 —
En 1929	2.000 environ.

Il présente, d'autre part, du système dit « des services ouverts », une critique qu'il convient de retenir :

« Ce programme comporte, dit-il, en premier lieu, une transformation totale du système actuel de la « police » des aliénés. A cet égard, il ne résiste pas à l'examen, c'est pourquoi nous ne l'avons pas mentionné dans les projets de réforme examinés au chapitre précédent.

« Sur ce point, il est repoussé par la majorité des médecins des asiles dont M. G. Demay s'est fait l'interprète.

« Que l'on remarque simplement qu'avec cette nouvelle organisation, la maintenance d'un aliéné dans un service dit « ouvert », maintenue nécessairement forcée, donc internement véritable, serait désormais dépourvue de toute garantie et de tout contrôle. »

M. le Dr G. Deltour estime qu'il convient de procéder avec prudence en des matières aussi délicates, sans négliger cependant les évolutions nécessaires.

Cet ouvrage vient à son heure, au lendemain du dépôt, par M. Paul Strauss, de son rapport au Sénat sur la réforme de la loi de 1838 ; nul doute que les Commissions parlementaires compétentes ne s'en inspirent : ce sera tout profit pour les malades.

A. F.

BIOLOGIE

Nouvelle réaction colloïdale au Baume du Canada applicable au liquide céphalo-rachidien, par le Dr Albert BERTRAND, Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (in *L'Union médicale du Canada*, Montréal, février 1929).

Cherchant une substance résineuse bien homogène, dont les « principes actifs » soient répartis d'une façon égale dans toute la masse, assurant ainsi des solutions alcooliques toujours identiques les unes aux autres, M. Alb. Bertrand expose ici les résultats qu'il a obtenus avec le Baume du Canada (*Abris balsamea*).

De préparation extrêmement simple (mettre dans un tube à essais 1 gramme de Baume du Canada et 10 cc. d'alcool absolu, fermer le tube, agiter vigoureusement pendant quelques minutes jusqu'à dissolution du baume, laisser déposer ou filtrer), l'antigène au Baume du Canada se présente sous forme d'un liquide jaune clair, transparent, et peut être utilisé immédiatement.

Le nombre de cas examinés (33) est trop restreint pour permettre des conclusions définitives sur la valeur de la réaction, qui dans les expériences de M. Alb. Bertrand s'est montrée aussi sensible et aussi spécifique que la réaction du benjoin, tout en étant simple et rapide.

René CHARPENTIER.

Réaction à la gomme d'épinette dans le liquide céphalo-rachidien, par le Dr Albert BERTRAND, Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (in *L'Union médicale du Canada*, Montréal, sept. 1929).

Poursuivant ses recherches d'un antigène nouveau pour les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, M. Albert Bertrand, afin d'obtenir une technique encore plus rapide, d'une lecture à la portée de tous sans la nécessité d'un examen à l'ultra-microscope, a substitué la *gomme d'épinette* au Baume du Canada dans la préparation de l'antigène.

Préparé comme l'antigène au benjoin et utilisé aux dilutions suivantes : 1/5, 1/6, 1/7, 1/10, en examinant la transparence ou l'opacité des tubes ayant servi à la réaction, il a été étudié, par comparaison avec les autres procédés, dans 84 examens de liquide céphalo-rachidien.

De technique simple, de préparation facile, de résultat rapide, cette réaction, conclut M. Alb. Bertrand, est spécifique et plus sensible que la réaction au benjoin ou celle de Lange. Elle n'est pas trop sensible si elle est pratiquée avec des liquides parfaitement clairs ne contenant pas de globules rouges ni de pus.

René CHARPENTIER.

Le Suicide et la Responsabilité, par le Dr G. LEFÉBURE DE BELLEFEUILLE, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Montréal (16 pages in *L'Union Médicale du Canada*, nov. 1929).

Le Code Criminel du Canada (art. 270) considère la tentative de suicide comme un acte criminel punissable de deux années d'emprisonnement. D'où l'importance de l'appréciation de la responsabilité du sujet.

Le Professeur G. Lef. de Bellefeuille affirme ici que « le suicide, même celui qui paraît, pourrait-on dire, le plus normal, même celui motivé par des raisons affectives manifes-

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Décembre 1929. 5. 29

tes, est toujours l'indice d'altérations psychiques profondes, soit passagères, soit chroniques ». Il rappelle l'opinion d'Esquirol, Georget, Falret, Magnan, Bourdon, Forbes Winslow, Davey, Viallon, etc., et apporte des statistiques destinées à montrer le parallélisme du nombre des suicides du district de Montréal et des internements à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Passant en revue les divers états dans lesquels se rencontre le suicide volontaire (obsessions, impulsions, hallucinations, idées délirantes mélancoliques ou de persécution, irritation, spleen, hérédité suicide, suicides d'enfants), l'auteur, après avoir rappelé l'opinion de J. Maxwell sur la conception de la criminalité, conclut que le suicide, si motivé qu'il puisse paraître, ne s'accomplit qu'à la faveur d'un trouble psychopathique.

Faisant observer que 80 0/0 des individus arrêtés au Canada de 1921 inclus à 1926 inclus pour tentative de suicide ont été condamnés, le Professeur G. Lef. de Bellefeuille demande très sagement que tout sujet inculpé de tentative de suicide soit soumis à une expertise psychiatrique.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les Délirants, par le Dr Raymond MALLET (1 vol., 102 pages, in Coll. des Actualités de Médecine Pratique, G. Doin, édit., Paris, 1930).

En intitulant son premier chapitre : « Qu'est-ce que le délire ? », M. Raymond Mallet a suffisamment indiqué qu'il ne craignait pas les difficultés. Il est, en effet, peu de questions en psychiatrie, aussi vastes et aussi importantes, aussi étudiées et moins précisées, aussi discutées à des points de vue différents, et dans lesquelles les points qui semblèrent les mieux établis, le chapitre des hallucinations par exemple, aient été sujets à des révisions plus nécessaires.

Aussi l'auteur prend-il la précaution, dans un avant-propos, de nous avertir des caractères d'imprécision et de précarité des théories pathogéniques qu'il va exposer et qui s'orientent actuellement vers la pathologie générale. N'est-ce pas suffisamment caractéristique de l'évolution des idées, des progrès accomplis et des espoirs permis que de voir se rétrécir chaque jour en psychiatrie le champ des troubles men-

taux où il semblait naguère que la médecine ne saurait avoir accès.

Le livre de M. Raymond Mallet vient à son heure. Et si tout ce qu'il suggère ne devait pas se trouver confirmé, il aura eu le mérite de résumer avec clarté, de situer avec netteté, d'exposer avec concision la position d'une question difficile, à la solution de laquelle il apporte des vues originales.

Aussi ne saurait-on condenser à nouveau un exposé aussi dense. Pour M. Raymond Mallet, le délire, qui est un, traduit cliniquement une perturbation temporaire ou définitive qui porte à la fois sur un ou plusieurs processus idéo-sensitivo-moteurs. L'irréductibilité qui caractérise l'idée délirante entraîne la conviction et devient le départ d'une activité automatique de la pensée, en conflit avec l'activité volontaire.

Au syndrome d'automatisme mental, décrit par M. G. de Clérambault, s'ajoutent les troubles de l'autoconduction mis en lumière par MM. Toulouse et Mignard. Quelquefois même, ils les précèdent. Hallucinatoires ou non, les délires d'aspect clinique variable ont une identité d'origine. L'émancipation de processus organo-psychiques s'arrête à l'obsession lorsqu'elle se heurte à une résistance suffisante de l'autoconduction, mais aboutit à une organisation suivant le mode hallucinatoire ou interprétatif lorsque l'autoconduction est déficiente, soit congénitalement, soit accidentellement. Dans la genèse du délire, à côté de l'automatisme et de l'autoconduction, M. Raymond Mallet fait une part importante au trouble de l'affectivité.

Ici apparaît l'importance possible des facteurs infectieux ou toxiques qui, se portant sur les systèmes d'association, ont été indiqués à l'origine des phénomènes d'automatisme. On les retrouve, de même que le rôle des altérations des systèmes neuro-végétatif et endocrinien, dans la pathogénie des troubles de l'autoconduction et de la dissociation affective. Le délire deviendrait ainsi une réaction mentale à des processus organiques. Ce serait un retour vers les modes de penser infantile, primitif, à la faveur de la libération d'automatismes neuro-psychiques normalement soumis au contrôle de l'autoconduction.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude de l'Hystérie et de la Mythomanie, par le Dr Edouard TRUBERT, ancien interne, pr. des Hôpitaux de Paris (1 vol., 146 pages, Amédée Legrand, édit., Th. Paris, 1929).

Ecrit sous l'inspiration de M. Achille Delmas, cet intéressant travail contient l'exposé de sa théorie de l'hystérie, variété de mythomanie et perversion de la « sociabilité », c'est-à-dire de la disposition à intéresser les autres à soi, à conquérir leur sympathie ou leur bienveillance.

M. Trubert fait une rapide revue de l'évolution des idées sur l'hystérie et distingue parmi les phénomènes hystériques ceux qui, éclorent sur un fond de suggestibilité, constituent le véritable pithiatisme, ceux qui relèvent de l'hyperémotivité et ceux qui, constituant le plus grand nombre, sont d'origine mythomane. Il rappelle l'opinion de Dupré et Logre qui considèrent l'hystérie comme une variété de mythomanie.

Les manifestations hystériques vraies, ajoute-t-il, ne sont d'origine ni pithiatique, ni émotive. Elles traduisent une simulation morbide, spontanée, impulsive, plus ou moins irrésistible, née d'un besoin affectif anormal, mais consciente.

Pour l'auteur, l'existence de la constitution mythomane est nécessaire et suffisante à l'éclosion des accidents hystériques. La suggestibilité, l'hyperimaginativité, la psychoplasticité sont des éléments accessoires.

La production des diverses manifestations est facilitée par l'absence de réducteurs (éthisme, jugement) et activée par la présence d'éléments adjuvants ou renforceurs de la tendance morbide. Ces associations constitutionnelles expliquent les variations individuelles du comportement, la diversité des accidents, la complexité apparente du sujet.

La mythomanie, conclut M. Trubert, représente essentiellement la pathologie de la vanité.

René CHARPENTIER.

DIDE et GUIRAUD, Psychiatrie du médecin praticien, 2^e édition, Masson et Cie, éditeur.

Sous sa jolie robe rouge, avec ses huit planches artistiques dont l'une a été avantageusement changée, l'œuvre nouvelle de l'école de Braqueville, aujourd'hui fortement teintée de parisianisme, obtiendra le même succès, sinon plus, que la précédente. Cette seconde édition d'un manuel universellement estimé réalise, en effet, un progrès dont on ne saurait trop féliciter les auteurs. Associant leurs efforts, leur érudition

tion, leur enthousiasme scientifique, leur idéalisme passionné, ils ont écrit un livre clair, précis, agréable à lire, tant par son style que par sa composition, où, en termes mesurés, se trouvent analysés et critiqués les plus récents travaux, soigneusement décrites les toutes dernières acquisitions thérapeutiques.

« Un livre dédié aux étudiants, aux médecins non spécialisés, aux magistrats, aux avocats, à tous les curieux de psychiatrie en un mot, doit, dans ses formules successives, être repensé à chaque nouvelle apparition. » Cette phrase liminaire de leur introduction, D. et G. en ont tenu la promesse. Dès les premières pages, on se trouve en présence d'un ouvrage, immuable dans sa pensée directrice, mais entièrement remanié et parachevé. Il bénéficie de cette discipline spéciale et de ce postulat uniciste, adoptés par les auteurs, grâce auxquels s'éliminent les discussions stériles et les pathogénies fossiles. Son orientation franchement biologique ne lui fait pas négliger la psychogénèse si bien connue de Dide qui lui a consacré son importante thèse de doctorat ès lettres.

Je ne pourrais citer les multiples corrections ni toutes les additions. Tout d'abord le chapitre sur le psychisme inconscient résume et simplifie les découvertes incontestables de la psychanalyse sans tomber dans les exagérations du pansexualisme ; il note aussi l'influence de Bergson et, peut-être par un excès de coquetterie scientifique, il n'oublie même pas l'Hormi de Monakow, « matrice des instincts ». Les moindres détails révèlent le souci de refléter nettement les tendances de notre époque. Contrairement au plan de la première édition, les troubles de l'activité sont examinés avant ceux de l'intelligence parce que, de nos jours, l'activité apparaît comme un élément dynamogène de la conscience dont l'importance devient de plus en plus grande. Au comportement des malades trouve naturellement sa place l'aproxie. Plus loin, exposé lumineux des conceptions de Head et de Foix sur l'aphasie. « La pensée xénopathique » sert d'enseignement néologique à l'étude du syndrome d'action extérieure de Claude, des hallucinations où sont énumérés en première ligne les symptômes décrits par G. de Clérambault sous le nom d'automatisme mental.

D. et G. ont quelque peu modifié leur classification, plus dans la forme que dans le fond ; ils décrivent maintenant de grands syndromes instinctivo-affectifs. Les toxicomanies passent des syndromes acquis aux constitutions psychopathiques. Dans la première édition, en tête du chapitre sur les

Constitutions, on lisait en gros caractères : La notion de dégénérescence doit être abandonnée ; ce titre a aujourd'hui disparu et les auteurs constatent au contraire que la théorie de Magnan a repris un regain d'actualité. Une bonne place est réservée à Krestchmer. Ses tableaux sur la cyclothymie et la schizothymie tiennent toute une page et se complètent par la description des structures pykniques, athlétiques, asthéniques, dysplasiques ; on ne regrette pas trop de n'y point trouver le leptosome, mais on regrette davantage que trois mots suffisent à rappeler la théorie de Delmas et Boll qui a bien son intérêt. Les auteurs rejettent la constitution mythomaniacale et se contentent d'une description sommaire de la mythomanie hystérique ; la vie quotidienne a pourtant confirmé l'existence de ces mythomanies diverses que Dupré a si brillamment analysées. Par contre, excellente description de la constitution passionnée avec, d'une part, ses égoïstes : revendicateurs, érotomanes, jaloux, d'autre part, ses idéalistes : mystiques, réformateurs, anarchistes.

Les psychoses constitutionnelles demeurent comme précédemment : psychose maniaque dépressive, délires progressifs, hébéphrénie. Les auteurs n'ont pas modifié leur conception des Délires systématisés progressifs ; ils l'ont plutôt accentuée en supprimant l'adjectif systématisé ; ils agglomèrent hallucinoses, délire d'influence, délire d'imagination, délire d'interprétation, délire hallucinatoire. Ils semblent considérer le terme paraphrénie comme synonyme de Délire progressif, ce qui est contraire à la terminologie kräpelinienne qui sépare la Paraphrénie de la Démence paranoïde sans l'assimiler à la Paranoïa, laquelle équivaut à notre Délire d'interprétation.

A mes yeux, peut-être troublés par une opinion personnelle, ce chapitre fait tache dans ce beau volume. Sans doute suis-je mauvais juge en la matière, mais on ne comprendrait cette conception unitaire que si elle se rattachait à la schizophrénie. Or, D. et G. résument en quatre pages et critiquent judicieusement la schizophrénie de Bleuler et même les schizoses de Claude. Ils n'admettent guère la démence paranoïde et assimilent la Démence précoce à l'Hébéphrénie, n'osant pas encore, malgré la hormone stimulante, la baptiser athymhormie, terme qui leur est cher puisqu'ils l'ont inventé et que son étymologie rappelle effectivement cette perte de l'élan vital devenu le signe pathognomonique de la schizophrénie. Très loyalement, au surplus, ils reconnaissent que l'anatomie pathologique de la D. p. n'est pas aussi bien connue qu'ils l'avaient supposé en

1922 ; les résultats obtenus ont été quelquefois discordants. Ils auraient pu ajouter, cependant, que leur prévision sur cette athymhormie, liée aux lésions de la région sous-optique, semble bien près de se réaliser.

Il y aurait encore nombre de particularités intéressantes à signaler, mais il faut se borner. Citons, cependant, le chapitre où le praticien trouvera les indications techniques les plus précises sur le traitement de la paralysie générale par la malaria, le Stovarsol, le Dmelcos et les arsenicaux, enfin, la protéinothérapie. Bon résumé des syndromes artériels de l'encéphale, de la sylvienne notamment, des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, l'encéphalite épidémique, l'encéphalite périaxiale, les syndromes hépato-lenticulaires. Mise au point du chapitre sur l'épilepsie avec un paragraphe sur l'épilepsie extra-corticale, le traitement par le gardénal, les accidents du gardénalisme. Description complétée de la neurasthénie émotive.

Essentiellement médical, foncièrement didactique et pratique, ce travail consciencieux, aussi complet qu'un gros Traité, garde la simplicité et la clarté d'un Précis, sans rien dissimuler de la complexité des syndromes mentaux. Il instruira sans peine ceux qui ignorent tout de la psychiatrie, il sera lu avec profit par les aliénistes les plus avertis.

J. CAPGRAS.

JOURNAUX ET REVUES

THERAPEUTIQUE

La Malariathérapie dans la paralysie générale progressive, par MM. Luis ESTEVES-BALADO et Julio-V. OLIVIERA-ESTEVES. *La Semana Médica*, 24 octobre 1929.

Après avoir rappelé la nécessité d'un diagnostic précis, basé avant tout sur l'examen neurologique et humoral, les auteurs exposent leur technique. Ils insistent sur la nécessité d'une surveillance prolongée du malade après la suppression des accès. Immédiatement, par le traitement spécifique, le malade étant devenu plus syphilitique que

paralytique et, médiatement, la syphilis ayant été combattue. Pendant six mois, la rémission peut se faire attendre ; il faut renouveler le contrôle humoral et, en cas d'échec du traitement, envisager le problème de la réinoculation.

P. CARRETTE.

Importance du syndrome, hypotonie vasculaire dans la Malariathérapie, par MM. Gonzalo Bosch, Arturo Mó et Pedro Cossio. *La Semana Médica*, 21 novembre 1929.

L'hypertension artérielle marquée serait une contre-indication formelle de l'impaludation ; un examen doit être fait après chaque accès fébrile ; il est indispensable de surveiller l'apparition possible d'œdèmes, l'oligurie, l'abaissement de la tension, surtout de la minima. Si ces signes d'insuffisance sont notés, il faut interrompre les accès et instituer un traitement cardiotonique.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIES

LE PROFESSEUR CABRED

Le professeur CABRED, auquel ses compatriotes ont décerné le titre de Pinel argentin, est mort à l'âge de 70 ans, — le 27 novembre 1929 —, après une longue et brillante carrière, surtout consacrée à l'Assistance des Aliénés.

Membre de l'Académie Nationale, il était également membre-associé de la Société Médico-Psychologique et de la Société Clinique de Médecine Mentale.

Nommé professeur suppléant à Buenos-Ayres, en 1887, il vint ensuite visiter les asiles et les cliniques de France, d'Allemagne, d'Autriche et d'Italie et prit part au Congrès international de Paris. Titularisé comme professeur de Psychiatrie à son retour en Argentine, il devint directeur de l'hospice des Grâces et s'inspira surtout des méthodes françaises. Il chercha à intéresser les pouvoirs publics à ses réformes de l'Assistance. Président de la Commission des asiles et hôpitaux régionaux, il travailla, avec une rare énergie, au développement de l'Open-Door, en créant la colonie nationale de Luján qui porte aujourd'hui son nom, à la fondation de la colonie des Arriérés de Torres, de celle des mineurs abandonnés et des délinquants d'Olivera.

Il s'était également intéressé au traitement et à la prophylaxie des toxicomanies, et fit beaucoup pour la création de la colonie pour toxicomanes du Manzanares, qui a été inaugurée récemment.

P. CARRETTE.

D^r Paul FAIVRE

Le D^r Paul FAIVRE, Inspecteur général honoraire des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur.

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 de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine le lundi 10 mars à quatorze heures.

Internat des Asiles de la Seine

Un concours pour sept places d'internes en médecine, titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmier spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle, s'ouvrira, à Paris, le *lundi 17 mars 1930*.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance Départementale, 3^e bureau), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2^e étage, pièce 227, tous les jours, de 10 à 12 heures, et de 14 heures à 17 heures, sauf les dimanches.

Les candidats, docteurs en médecine, ou possédant 14 inscriptions et ayant satisfait au stage d'accouchement, devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1^{er} avril de l'année 1930.

Les épreuves du concours sont les suivantes : 1^o une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, médecine et chirurgie, 30 points pour cette épreuve qui pourra être éliminatoire ; — 2^o une épreuve écrite, de deux heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 20 points ; — 3^o une épreuve orale, de 5 minutes, sur une question de garde (conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie, ou d'obstétrique), temps égal au candidat pour réfléchir, 15 points.

Durée : trois ans ; internes provisoires : une année. A la fin de la troisième année, les internes peuvent être maintenus, sur leur demande, pendant deux périodes successives d'une année.

Traitements : 1^{re} année, 8.500 fr. ; 2^e année, 8.900 fr. ; 3^e année, 9.300 fr. ; 4^e année, 9.700 fr. ; 5^e année, 10.100 fr. ; indemnité de résidence, 2.240 fr.

Indemnités pour charges de famille pour les internes mariés avec enfants.

Le budget des aliénés de la Seine

Le préfet de la Seine vient de faire distribuer un mémoire sur le service des aliénés. De ce document, il ressort qu'au 31 décembre 1928, le nombre des aliénés soignés dans les asiles du département de la Seine et les colonies familiales était de 14.953, chiffre supérieur de 149 unités à celui de 1927, lequel était lui-même en augmentation de 284 unités sur celui de 1926. Ce dernier dépassait déjà le chiffre de 1925 de 51 unités.

Quant aux dépenses, qui étaient de 93 millions en 1928, elles sont prévues pour 100 millions en 1930.

La réforme de la loi de 1838 au Sénat

En sa réunion du 5 décembre 1929, tenue sous la présidence de M. Penancier, la commission de législation, a terminé l'étude de la proposition adoptée par la Chambre relative à la responsabilité civile des déments, ainsi que l'examen, pour avis, du projet modifiant la loi de 1838 sur le régime des aliénés.

Les deux rapporteurs, MM. Dauthy et Lebert, ont fait adopter une résolution tendant à assimiler, dans une certaine mesure, aux aliénés guéris, sortis définitivement des établissements hospitaliers, les aliénés « en sortie d'essai ».

MM. Dauthy et Lebert ont été autorisés à déposer leurs rapports et avis.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

M. Serge Gas, préfet de 1^{re} classe de l'Yonne, est nommé Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène, en remplacement de M. NÉPOTY.

Concours de médecin des Asiles publics d'aliénés

Ce concours s'ouvrira au Ministère du Travail, le lundi 31 mars. Le nombre des postes mis au concours est fixé à huit. (Arrêté du 24 janvier 1930).

Nominations

M. le D^r MARTIMOR, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé médecin-chef de l'Asile public d'aliénés de Blois, en remplacement de M. le D^r SENGÈS.

M. le D^r CARBILLET, est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège), en remplacement de M. le D^r MARTIMOR.

M. le D^r TRIVAS est nommé médecin-chef de service du quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Niort, en remplacement de M. le D^r GODARD.

M. le D^r CHATAGNON, médecin des asiles, détaché à l'hôpital Henri-Rousselle, est nommé médecin-directeur de l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le D^r GOURIOU, nommé médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche.

Vacances de postes

Le poste de médecin-directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège) sera prochainement vacant, par suite du départ de M. le D^r MARTIMOR.

Facultés de médecine

Sont nommés, pour une période de neuf ans, agrégés près des Facultés de médecine :

de Paris, neurologie et psychiatrie : M. LÉVY-VALENSI ;
de Lille, médecine : M. NAYRAC, médecin des asiles.

(Officiel du 4 décembre 1929).

RÉUNION ET CONGRÈS

XV^e Congrès de médecine légale de langue française

Le XV^e Congrès de médecine légale se tiendra à Paris, les 26, 27 et 28 mai 1930, sous la présidence du docteur Dervieux, de Paris.

Le bureau du Congrès sera composé, outre le D^r Dervieux, des docteurs Fribourg-Blanc (de Paris), Marcel Héger (de Bruxelles), Cavalié (de Béziers), vice-présidents ; Piédelièvre (de Paris), secrétaire général ; M. Szumlanski (de Paris), secrétaire des séances.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :
1^o *Médecine légale* : a) la mort subite (fin) : MM. Héger-Gibert (de Bruxelles), Laignel-Lavastine (de Paris), de Laet (de Bruxelles), rapporteurs ; b) La responsabilité médicale : MM. Donnedieu de Vabres et Duvoir (de Paris), rapporteurs.
2^o *Accidents du travail* : l'ostéomyélite traumatique, MM. Le-

roy et Muller (de Lille), rapporteurs. 3° *Criminologie* : la criminalité mystique dans les sociétés modernes : M. Costedoat (de Paris), rapporteur.

STATUTS

DE L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALIÉNÉS DE FRANCE

TITRE I. — But et composition de l'Association

ARTICLE PREMIER. — Les médecins des établissements publics d'aliénés de France forment entre eux une association dite : Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France.

ART. 2. — Cette Association a pour but :

1° De prendre en main les intérêts généraux et particuliers de ses membres, en leur donnant un appui quand ils en auront besoin, et en contribuant aussi activement que possible à améliorer leur situation morale et matérielle ;

2° De créer et maintenir entre ses membres des liens de bonne confraternité, de favoriser tout ce qui peut les amener à se bien connaître les uns les autres, et de veiller à ce qu'ils observent les règles essentielles de l'honorabilité professionnelle ;

3° D'étudier les questions qui se rapportent aux divers modes d'assistance des aliénés.

ART. 3. — L'Association comprend des membres actifs et des membres honoraires.

ART. 4. — Sont de droit membres actifs, après en avoir adressé la demande écrite au président ou au secrétaire de l'Association, après avoir payé la cotisation, et sauf opposition du comité : tous les médecins ou anciens médecins-directeurs, en chef et adjoints des asiles publics, des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, des quartiers d'hospice affectés au traitement des aliénés, et des services psychiatriques près les facultés de médecine et la préfecture de police, ainsi que les médecins ayant obtenu, au concours, l'aptitude pour exercer dans les établissements sus-désignés.

Ne peuvent être admis membres actifs que les médecins issus du concours.

ART. 5. — Le titre de membre honoraire peut être donné par un vote de l'Assemblée à toute personne, docteur en

médecine ou non, qui aura rendu des services éminents, soit à l'assistance des aliénés, soit à l'Association elle-même.

ART. 6. — Tout membre actif de l'Association doit une cotisation annuelle dont la quotité est fixée à 40 francs.

Cette cotisation doit être envoyée au trésorier avant le 1^{er} mars de chaque année. Passé cette date, le trésorier fera recouvrer par la poste, mais la quittance sera majorée des frais de recouvrement.

ART. 7. — La qualité de membre de l'Association se perd :

1^o Par la démission ;

2^o Par la radiation, prononcée par le Comité pour non paiement de la cotisation, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications ;

3^o Par l'exclusion.

Pourra être exclu de l'Association tout membre qui aurait commis une faute contre l'honorabilité professionnelle et dont les agissements tendraient à compromettre la bonne harmonie entre les membres de l'Association ou nuiraient aux intérêts généraux des médecins des Asiles.

L'exclusion sera proposée à une Assemblée générale avec exposé des motifs. Elle ne pourra être prononcée que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

TITRE II. — Administration et Fonctionnement

ART. 8. — L'Association est administrée par un comité qui comprend un président, deux vice-présidents, un secrétaire, un trésorier et quatre membres.

Le Comité doit comprendre : deux médecins-directeurs, cinq médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés, un médecin des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, un médecin des quartiers d'hospice d'aliénés, tous en activité de service. Seul, le président pourra être choisi parmi les médecins honoraires des Etablissements publics d'aliénés.

Les anciens présidents font de droit partie du Comité à titre consultatif.

ART. 9. — Les membres du Comité sont élus pour trois ans et rééligibles à l'expiration de leurs fonctions, à l'exception du président, qui est élu pour trois ans, mais n'est pas immédiatement rééligible.

Les élections se font au scrutin secret au cours de l'Assemblée générale annuelle prévue par l'article 11. Le vote par

correspondance est admis, ainsi que le vote par délégation. Dans ce dernier cas, des pouvoirs, écrits par le nombre représenté, devront être fournis par celui qui le représente. Tous les membres de l'Amicale, sans distinction, votent pour élire les membres du Comité de toute catégorie.

Toutefois, si, au cours de l'année statutaire, l'un des membres du Comité, président, vice-président, secrétaire ou autre vient à décéder ou à se démettre de ses fonctions, il pourra être procédé à son remplacement, en cas de nécessité, dans les trois mois suivants, au moyen du vote par correspondance et en dehors de toute assemblée générale ordinaire ou extraordinaire.

ART. 10. — Le Comité se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du tiers de ses membres. Il est tenu procès-verbal des séances.

ART. 11. — L'Assemblée générale annuelle a lieu chaque année à Paris, le dimanche qui précède le dernier lundi du mois de mai. Son ordre du jour est réglé par le Comité. Elle entend les rapports sur la gestion du Comité et sur la situation financière de l'Association. Tout membre actif qui désire faire une proposition ou une communication à l'Assemblée générale annuelle doit en adresser la teneur, avec les motifs à l'appui, au secrétaire, avant le 15 mai.

ART. 12. — En dehors de l'Assemblée générale annuelle, l'Association se réunit en une Assemblée générale extraordinaire, chaque fois que le Comité en décide la convocation ou lorsqu'une demande en aura été adressée au président par lettre recommandée signée de dix membres actifs de l'Association.

Les Assemblées extraordinaires délibèrent seulement sur l'objet de leur convocation.

ART. 13. — Tous les membres de l'Amicale votent, au cours des Assemblées générales, directement ou par délégation, sur toutes les questions soumises à l'Assemblée. Le vote peut avoir lieu au scrutin secret ou non, selon les décisions de l'Assemblée.

Pour qu'un vote émis en assemblée statutaire soit valable, il suffit qu'il ait été exprimé par la majorité des membres présents et représentés.

Au cours des Assemblées générales, les votes ont lieu par voie directe, ou par pouvoir écrit donné à un membre présent.

ART. 14. — En dehors des Assemblées, et en cas d'urgence, il peut être procédé à des votes par correspondance.

Dans certains cas intéressants plus spécialement une catégorie particulière des membres de l'Amicale, il sera procédé par correspondance à un referendum préalable au vote, auprès des membres de cette catégorie.

ART. 15. — Le président dirige les travaux et les Assemblées générales de l'Association. Il convoque le Comité toutes les fois qu'il le juge utile, et représente, avec le secrétaire, l'Association en toutes circonstances.

ART. 16. — Le secrétaire est chargé de la garde des Archives. Toute correspondance se fait par son intermédiaire et, avec le président, il représente l'Association en toutes circonstances.

TITRE III. — Ressources et Comptabilité

ART. 17. — Les ressources de l'Association se composent :

- 1° du produit des cotisations annuelles ;
- 2° des revenus des biens et valeurs qui pourront appartenir à l'Association ;
- 3° des dons manuels qui viendraient à lui être faits, ou des subventions qui pourraient lui être attribuées.

ART. 18. — Le trésorier perçoit les cotisations, paye les dépenses faites pour le compte de l'Association et a la garde de la caisse. Chaque année, il présente un état de caisse, et ses comptes de gestion sont vérifiés par deux membres désignés par le Comité. Il tient au jour le jour une comptabilité deniers, par recettes et par dépenses et, s'il y a lieu, une comptabilité matières.

TITRE IV. — Modification des statuts et dissolution

ART. 19. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Comité ou du dixième des membres de l'Association, proposition soumise au Comité au moins un mois avant la séance. L'Assemblée extraordinaire spécialement convoquée à cet effet ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents et représentés.

ART. 20. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois, elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents et représentés.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents et représentés.

ART. 21. — En cas de dissolution de l'Association, les sommes qu'elle pourrait avoir en caisse seront versées à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

TITRE V. — Dispositions générales

ART. 22. — Toute discussion politique ou religieuse est formellement interdite pendant les réunions de l'Association.

ART. 23. — Le siège social de l'Association est fixé à Paris.

ART. 24. — En cas de demande de reconnaissance d'utilité publique, l'Assemblée générale annuelle pourra déléguer à deux des membres du Comité le droit de consentir les modifications aux statuts qui pourraient être requises par l'Administration ou par le Conseil d'Etat.

ART. 25. — Le secrétaire se conformera aux mesures de surveillance prévues par la loi du 1^{er} juillet 1901.

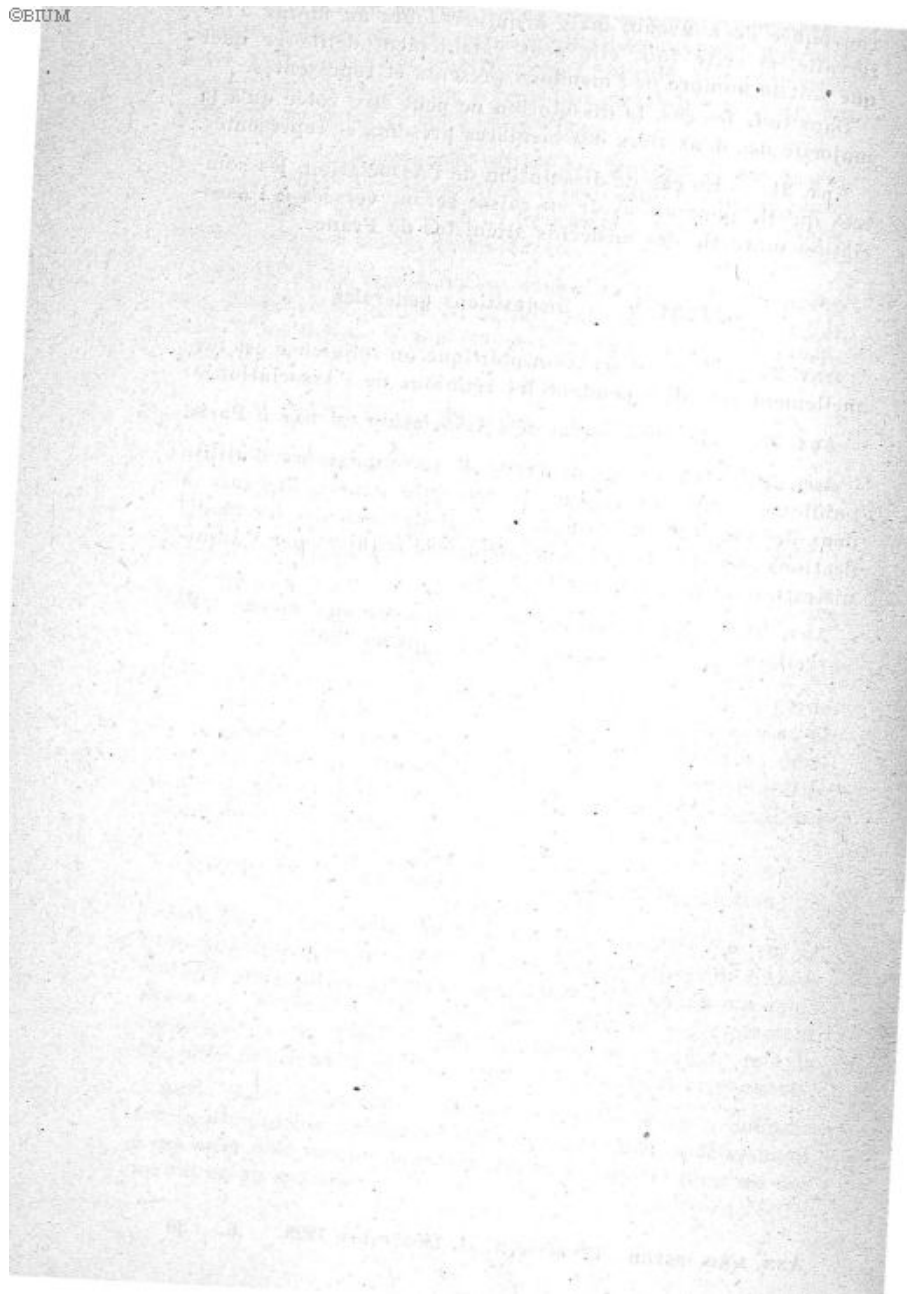


TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1929

Chroniques

Dialogue familial sur le Freudisme : Inconscient ou Science ? Soyons seulement médecins, par AMELINE, tome I, p.	5
Le Congrès de Québec (5-7 septembre 1928), par M. René CHAR- PENTIER	97
A propos de l'« Ergothérapie », par G. HALBERSTADT	193
Dialogue familial sur le Freudisme (<i>suite et fin</i>). Inconscient et Ignoré Œdipe, de Secundus à Freud	289
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Barcelone (21-26 mai 1929), par M. le Dr COURBON, tome II, p.	5
Le beau voyage au Portugal, par M. F. PACTET	97
Les risques professionnels du médecin d'asile, par le Dr A. RODIET	193
Légitime défense, par le Dr Paul ABELY	289

Articles originaux

M. G. HEUYER, Mlle BADONNEL et M. BOUYSSOU. — Les voies d'entrée dans la démence précoce, tome I, p. 30, 117,	199
Docteurs J.-C. MILLER, M. SAMSON et C.-A. PAINCHAUD (de Qué- bec). — Le traitement des Neuropsychopathies syphilitiques par les chocs associés	128
M. Henri DAMAYE. — Un cas d'hystéro-catatonie ; l'Hystéro- Schizophrénie	315
Docteur MACDONALD CRITCHLEY. — L'écriture en miroir	323
MM. L. LAGRIFFE et N. SENGES. — (Documents cliniques. Méde- cine Légale). Un cas de stimulation prolongée de troubles mentaux, tome II, p. 127, 241,	332
Docteur NERIO ROJAS. — Situation légale des paralytiques trai- tés par la « Malariathérapie »	385
Docteur WITRY. — Lettres de deux prêtres homosexuels. Guéri- son après fièvre typhoïde. Homosexualité et traumatisme ...	398
Docteur E. MINKOWSKI. — Jalousie pathologique sur un fond d'automatisme mental, tome II, p.	24
M. Henri DAMAYE. — Tuberculose pulmonaire et lésions céré- brales	48
M. CHAVIGNY. — Une consultation médico-pédagogique, cécité orthographique	59
MM. R. DUPOUY et P. CHATAGNON. — Le joueur. Esquisse psycho- logique	102
M. Henri DAMAYE. — Traitement du délire aigu et du déli- rium tremens	113

M. R. DE SAUSSURE (Genève). — Les mécanismes de projection dans les névroses	118
M. N. SENGES. — Autisme et vie intérieure	199
M. A. COURTOIS. — Sur certaines modifications du Liquide Céphalo-rachidien dans la Confusion mentale, la Démence précoce, la Dépression mélancolique	218
M. Henri DAMAYE. — Formes et traitement de l'état de mal comitial	293
M. Nicolas POJOGA. — Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie et le problème de l'expertise	298
MM. L. ARSIMOLES et A. VAINSTOC. — Un cas de simulation inconsciente d'hypochondrie urinaire	309
M. Alfred GORDON. — L'aspect social des anomalies mentales et le problème de l'eugénisme	315
M. Joseph HANDELSMAN. — Accès de délire périodique avec exhalation d'une odeur fétide (foetorækreusis) dans un cas d'encéphalite épidémique.	329
Paul COURBON. — Le signe de l'approbativité dans les psychoses	385
Roger DUPOUY. — Du masochisme	393
G. DE MORSIER et F. MORE. — Critique de la notion de schizophrénie	406

Société Médico-Psychologique

<i>Séance du 31 décembre 1928.</i> — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Séance ordinaire. — L'impudeur sans érotisme, par MM. P. Courbon et J. Rondepierre. — Délire à deux, par MM. Hyvert et A. Perret. — Essais de protéinopyréthérapie avec le propidon, par Mlle A. Chiarli. — Le traitement de la Paralysie générale, par M. Beaudoin. — Présentation de malades traités par la malariathérapie, par MM. H. Claude, R. Targowla, M. Cénac et A. Lamache, tome I, p.	45
<i>Séance du 28 janvier 1929.</i> — Correspondance : MM. Guiraud, Mallet, R. Charpentier, Burger. — Allocution de M. Leroy, Président sortant. — Allocution de M. P. Janet, Président. — Rapport de la Commission des finances. — Prix de la Société. — L'action thérapeutique du stovarsol sodique dans la paralysie générale, par MM. Barbé et Sézary. Discussion : MM. Vurpas, Marie, Barbé. — Importance de la malariathérapie chez les syphilitiques et plus spécialement dans les lésions du système nerveux central comme moyen prophylactique de la paralysie générale, par MM. Leroy et Médakovitch. — Discussion : MM. Marie, Targowla. — Réaction antisociale psychopathique et accidents du travail. Responsabilité civile, par MM. Beaudouin et Dupont	136
<i>Séance du 25 février 1929.</i> — Correspondance : M. R. de Saussure. — Rapport de la Commission nommée au sujet de la délivrance, par les pharmaciens, de l'Elixir parégorique. — Le signe du miroir dans la Démence précoce, par M. F.-Achille Delmas. Discussion : MM. Janet, Séglas, P. Abély, Hesnard, Revault-d'Allones, Courbon, Minkowski. — Les idées de Bergson en psychopathologie, par M. E. Minkowski. Discussion : MM. Hesnard, Delmas, Courbon, Revault-d'Allones, Leroy, Guiraud, Janet. — Psychoses post-émotionnelles des	

jeunes gens simulant la démence précoce, par M. Paul Abély. Discussion : MM. Guiraud, A. Marie. — Les rémissions dans la paralysie générale ; leurs caractères ; leurs différences fondamentales avec les rémissions obtenues par la malariathérapie. Présentation d'un P. G. guéri à la suite d'une maladie infectieuse (fonte purulente de l'œil), par MM. Leroy, Médakovitch. Discussion : M. A. Marie	225
<i>Séance du 25 mars 1929.</i> — Correspondance : M. René Charpentier. — Rapport de candidature. — Un cas de démence précoce encéphalitique. — Considérations anatomo-cliniques, par L. Marchand. Discussion : MM. Dide, Guiraud, Marchand. — L'adultisme mental et les états de maturité précoce de la personnalité, par M. Paul Courbon. Discussion : MM. Dide, Colin, Guiraud, Marchand, Semelaigne, Janet, Courbon. — Les réactions biologiques chez les paralytiques généraux traités par la malaria, par MM. Leroy et Médakovitch	338
<i>Séance du 25 avril 1929.</i> — Correspondance : M. R. de Sausure. — Examen de cent liquides céphalo-rachidien d'épileptiques, par MM. L. Marchand, J. Picard et A. Courtois. — Séquestration d'un vieillard dans son domicile par parasitisme défensif d'une prostituée persécutée, par M. Paul Courbon. — Etat de béatitude chez un schizophrène. Thème délirant imaginatif. Pseudo-hallucinations. Fabulation. Divination de la pensée, par MM. Pignède et Paul Abély. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par le paludisme, par M. Paul Abély. Discussion : MM. Henri Claude, Leroy, Demay, Marchand, Trénel. — Les délires chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie (10 observations dont 7 personnes). — Présentation des malades, par MM. Leroy et Médakovitch. Discussion : M. Henri Claude. — Sur certaines modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique, par M. A. Courtois. — Le test du « Néo-intellect ». Les troubles du contrôle de l'« action » et des réactions du système nerveux central chez les déments précoces, par MM. Baruk (de Paris) et H. de Jong (d'Amsterdam)	420
<i>Séance du lundi 27 mai 1929.</i> — Correspondance : MM. Crouzon et Thiéry. — Autisme et vie intérieure, par M. Sengès. — Le mécanisme d'action de la malariathérapie, par MM. Leroy et Médakovitch. — Syphilis cérébrale et hébéphrénocatatonie, par MM. H. Claude et A. Baruk. Discussion : M. Guiraud, tome II, p.	67
<i>Séance du lundi 24 juin 1929.</i> — Invitation de la Royal Médico-Psychological association de Londres. — Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène, par MM. de Massary, Leroy et Mallet. Discussion : MM. Dumas Minkowski, Guiraud, Mallet, Courbon, Leroy, Colin, Janet. — Note sur le traitement de la démence précoce par la méthode de Walbum, par B. Rodriguez-Arias et Artigues-Sirvent. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme subaigu (100 examens), par A. Courtois et H. Pichard. Discussion : MM. Legrain, Courtois	144
<i>Séance du lundi 29 juillet 1929.</i> — Correspondance. — Délire mystique, par MM. Leroy et Médakovitch. — Auto-mutilation	

pittoresque d'une analgésique algophobe, par le Dr Paul Courbon	264
<i>Séance du 28 octobre 1929.</i> — Mort du Dr Louis Parant. — Démence précoce à évolution rapide. Impulsion homicide : premier symptôme, par M. Paul Abély. Discussion : MM. de Clérambault, Marchand, Guiraud. — Le surréalisme et les attaques contre les médecins aliénistes, par le Dr Paul Abély. Discussion : MM. de Clérambault, P. Janet	345
<i>Séance du 25 novembre 1929.</i> — Eloge funèbre de Georges Clémenceau. — Psychose hallucinatoire par refoulement, par le Dr J. Lautier. — Symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique, par M.-P. Guiraud et Mlle Yv. Le Canu. — La catatonie expérimentale par la bulbocapnine, par H. de Jong et H. Baruk. Discussion : MM. Janet, Guiraud, H. Baruk. — Troubles psychiques et réactions particulières du liquide C.-R., consécutifs à une fracture du crâne méconnue, par MM. Paul Abély, Trillot et Mlle Truche	416

Analyses

L'assistance des psychopathes en Suisse, en Allemagne et en France, par M. le Dr Tomas Busquet Teipidor (an. par M. René Charpentier), tome I, p.	267
Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs. Travaux du Kaiser Wilhem, Institut Für Biologie (Berlin Dahlem), publiés par M. Otto Warburg (an. par M. L. Marchand)	268
Éléments d'histologie. Librairie Alcan (an. par M. L. Marchand)	268
Le Syndrome Epilepsie, par M. le Dr Crouzon (an. par M. René Charpentier)	270
L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues, par M. le professeur René Cruchet (an. par M. René Charpentier)	271
Encéphalite léthargique et encéphalomyélite subaiguë diffuse de Cruchet, par M. C. Von Economo (an. par M. René Charpentier)	271
L'homme debout. Régulation de la statique, ses troubles, par M. le Professeur Jules Froment (an. par M. René Charpentier)	473
Mémoires de l'Hôpital de Juquery (S. Paulo, Brésil) (an. par M. René Charpentier)	474
L'Hygiène de l'attention par la méthode de l'autorégulation consciente, par le Dr Ruiz, Arnau (an. par M. René Charpentier)	475
Les rayons ultra-violet par E. et H. Biancani (an. par M. René Charpentier)	475
La Banisterine, une alcaloïde agissant sur le système moteur extrapyramidal, par M. Briau, tome II, p.	90
Sur les tumeurs méningées, par le Dr Domingo Mosto (M. Carrette)	92
Sur le syndrome comitio-parkinsonien, par le Dr Fernando Estrain (M. P. Carrette)	92
Le Dmelcos dans le traitement de la P. G., par le Dr Adolpo-M. Sierra (M. P. Carrette)	93

Les amyotrophies systématisées dans l'encéphalite épidémique chronique, par le Prof. Aug. Wimmer et M. Alex.-V. Neel (M. René Charpentier)	274
L'épilepsie dans l'encéphalite épidémique chronique, par le Prof. Aug. Wimmer (M. René Charpentier)	276
Les limites de la croyance morbide, par le Dr Eugène Gelma (M. E. Minkowski)	277
Schizophrénie et schizoidie, par le Dr Fernando Gorriti (M. P. Carrette)	279
La tension artérielle et rachidienne chez les épileptiques, par le Dr V. Dimitri (M. P. Carrette)	279
Malaria et Neurosyphilis, par le Dr Carrasco Martínez (M. P. Carrette)	280
Recherches sur le liquide céphalo-rachidien de paralytiques et de tabétiques impaludés, par les Drs V. Dimitri et P. Kafer (M. P. Carrette)	280
Modification à la méthode du carbonate d'argent pour la coloration de la microglie, par F. Cardillo	362
Les ganglions de la base, par S. Kodama	362
Les plages de désintégration en grappe dans l'encéphale du lapin, par V.-M. Buscaino	362
Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale, par D. Santenoi (anal. par M. René Charpentier)	363
Malariathérapie des psychoses non syphilitiques, par Aldo Graziani	364
Malariathérapie de la psychose maniaque dépressive, par MM. Lévi, Bianchini et J. Nardi	364
Observations cliniques sur la malariathérapie de la P.G., par A. Mari	365
Les origines des sentiments sociaux et religieux au point de vue psychanalytique, par E. Weiss	365
Recherches sur l'histoneuropathologie, l'encéphalographie, le liquide céphalo-rachidien des déments précoces (1926-1928), avec un appendice sur les plages de désintégration en grappe, par V.-M. Buscaino	366
La notion des réactions en psychiatrie, par L. Redalié	366
Un paralytique général de 82 ans, par C. Rizzo	368
Recherches hématologiques et sérologiques dans les maladies mentales, par Roberti	368
La maladie de Wilson, par L. de Lisi	369
De l'évolution des reliquats psychiques de l'encéphalite épidémique dans les premiers âges de la vie, par M. Bergamini ..	370
Pathologie de la perception, W. Mayer-Gross et Johannes Stein (E. Minkowski)	371
L'épilepsie de Louis XIII, par M. Trénel	372
La galerie des portraits de demi-fous et d'aliénés de Tallemant des Réaux, par M. Trénel	373
Le Régime des aliénés : réforme de la loi du 30 juin 1838, par le Dr G. Deltour, L. Chaumy et L. Quissac (A. F.)	447
Nouvelle réaction colloïdale au Baume du Canada applicable au liquide céphalo-rachidien, par le Dr Albert Bertrand (René Charpentier)	448
Réaction à la gomme d'épinette dans le liquide céphalo-rachidien, par le Dr Albert Bertrand (René Charpentier)	449
Le Suicide et la Responsabilité, par le Dr G. Lefébure de Bellefeuille (René Charpentier)	449

Les Délirants, par le Dr Raymond Mallet (René Charpentier) ..	450
Contribution à l'étude de l'Hystérie et de la Mythomanie, par le Dr Edouard Trubert (René Charpentier)	451
Psychiatrie du médecin praticien, Dide et Guiraud (J. Capgras).	452
La Malariathérapie dans la paralysie générale progressive, par MM. Luis Esteves-Balado et Julio-V. Oliviera-Esteves (P. Carrette)	455
Importance du syndrome, hypotonie vasculaire dans la Malariathérapie, par MM. Gonzalo Bosch, Arturo Mó et Pedro Cossio (P. Carrette)	456

Réunions et Congrès

Dixième Congrès de Médecine de langue française de l'Amérique du Nord. — Compte rendu de la journée psychiatrique (Québec, 8 septembre 1928), tome I, p.	175
Compte rendu du XXXIII ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, par le Dr Hacquart, tome II, p.	157
Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française de 1930	184

Sociétés Savantes

Académie de Médecine. — Séance du 2 juillet 1929, tome II, p. 192,	280
Société clinique de médecine mentale. — Séance du 17 décembre 1928, tome I, p. 87, 188, 273, 381,	476
tome II, p. 93, 185, 282,	445
Société Belge de médecine mentale. — Séances des 24 novembre et 22 décembre 1928, tome I, p.	89
tome II, p.	187

Variétés

Décrets, arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Réunions et Congrès, etc.	
tome I, p. 92, 191, 283, 382,	478
tome II, p. 94, 190, 284, 375,	457

Association mutuelle des médecins aliénistes de France

Assemblée générale du 26 mai 1928, tome I, p.	275
Prix de la Société Médico-Psychologique, tome I, p.	190

Table des matières, douzième série, Tomes I et II, janvier-décembre 1929	465
Table alphabétique des noms d'auteurs	472
Table analytique des matières	475

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

Abély P., I, 247, 432, 438 ; II, 289, 345, 358, 440.	Chatagnon, I, 88, 273, 274, 381, 382 ; II, 402, 282.
Alajouanine, II, 163.	Chavigny, II, 59.
Alexander I, 91.	Chiarli (Mlle), I, 59 ; II, 94.
Ameline, I, 5, 289.	Claude, I, 73 ; II, 79.
Arsimoles, II, 309.	Cossio, II, 456.
Artigues-Sirvent, II, 150.	Couderc, I, 88.
	Courbon, I, 47, 188, 355, 381, 428 ; II, 5, 183, 270, 281, 385.
Badonnel (Mlle), I, 30, 447, 499.	Courtois, I, 87, 189, 273, 274, 381, 420, 477 ; II, 93, 153, 185, 186, 248, 282, 446.
Barbé, I, 445.	Critchley, I, 323.
Baruk, I, 463 ; II, 79, 428.	Crouzon, I, 270.
Beaudoin, I, 63, 474.	Cruchet, I, 271.
Bergamini, II, 370.	
Béringer, II, 91.	Damaye, I, 315 ; II, 48, 113, 293.
Bertrand A., II, 448, 449.	Décamps, II, 174.
Biancani, I, 475.	Delmas F.-A., I, 227.
Bianchini, II, 364.	Deltour, II, 447.
Bosch, II, 456.	Demay (Mlle), II, 282.
Boulanger, II, 189.	Dereux, I, 89.
Bourguignon, II, 176.	Desrochers, I, 180.
Bouyssou, I, 30, 447, 499.	Dide II, 452.
Brousseau, I, 175, 177, 179, 180.	Dimitri, II, 278, 279.
Buscaino, II, 362, 366.	Divry, I, 90.
Busquet-Teixidor, I, 267.	Donaggio, II, 176.
Buvat, I, 88.	Drouet, II, 175, 181.
	Dublineau, II, 446.
Capgras, II, 445.	Dupont A., I, 87, 474, 188 ; II, 94.
Cardillo, II, 362.	Dupouy, II, 93, 402, 186, 393, 446.
Caron, I, 175, 183.	
Catasus, II, 182.	
Cénac, I, 73.	
Charpentier, I, 97, 188.	

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Dury, II, 189.
 Dutoy, II, 188.
- Economo (von), I, 271.
 Esteves-Balado, II, 455.
 Estrani, II, 90.
 Ey, II, 186.
- Fay, II, 177.
 Folly, I, 477.
 Froment, I, 473.
- Gelma, II, 276.
 Gordon, II, 345.
 Gorriti, II, 278.
 Graziani, II, 364.
 Greef (de), II, 189.
 Gross (Mlle), II, 189.
 Guiraud, II, 185, 187, 422, 452.
- Halberstadt, I, 493.
 Hamel, II, 157, 175, 181.
 Handelsman, II, 329.
 Hascovec, II, 180.
 Heuyer, I, 30, 447, 499.
 Hollander (d'), II, 189.
 Hoven, I, 89.
 Hyvert, I, 53, 88.
- Jong (H. de), I, 463 ; II, 428.
 Juncosa Orga, II, 182.
- Kafer, II, 279.
 Kline, I, 182.
 Kodama, II, 362.
- Lacan, II, 185.
 Lagriffe, I, 333 ; II, 427, 244.
 Laignel-Lavastine, II, 177.
 Lamache, I, 73.
 Larue, I, 175, 180.
 Lautier, II, 446.
- Le Cannu (Mlle), II, 185, 187, 422.
 Lefébure de Bellefeuille, II, 449.
 Leroy (R.), I, 462, 253, 362, 442, 476, 477 ; II, 68, 144, 177, 185, 265, 282.
 Leroy (de Liège), II, 188.
 Lévi, II, 364.
 Lisi (de), II, 369.
 Lopez Albo, II, 157.
- Mallet, II, 444, 450.
 Marchand L., I, 87, 273, 341, 381, 420 ; II, 185, 445.
 Mareschal, I, 87, 273.
 Mari, II, 365.
 Marie (A.), I, 65, 188 ; II, 186.
 Martínez, II, 278.
 Massary (de), II, 444.
 Masselon, I, 88.
 Mayer-Cross, II, 371.
 Maza, II, 178.
 Médacovitch, I, 462, 253, 362, 442, 476, 477 ; II, 68, 177, 265.
 Menger, II, 281.
 Migault, II, 185, 282.
 Miller (J.-C.), I, 428, 182.
 Minkowski, I, 234 ; II, 24.
 Miquel, I, 188 ; II, 186.
 Mó, II, 456.
 Moralen Valesco, II, 182.
 Moreau, II, 189.
 Morel (F.), II, 406.
 Morsier (de), II, 406.
 Mosto, II, 90.
- Nardi, II, 364.
 Neel, II, 274.
- Oliviero-Esteves, II, 455.

- Pactet, II, 97.
 Painchaud, I, 128.
 Pameyer, II, 179.
 Panelle, II, 175.
 Perret, I, 53.
 Pfersdorff, I, 88.
 Picard, I, 420.
 Pichard, II, 153, 186, 282, 446.
 Pignéde, I, 432, 438.
 Pojoga, II, 298.
 Pouffary, I, 88, 274, 381, 382 ;
 II, 282.
 Redalié, II, 366.
 Repond, II, 179.
 Rizzo, II, 368.
 Roberti, II, 368.
 Rodiet, II, 493.
 Rodrigues-Arias, II, 450, 182.
 Rodriguez-Morini, II, 179.
 Rogues de Fursac, II, 183.
 Rojas, I, 385.
 Rondepierre, I, 47, 188.
 Roy (S.), I, 179.
 Ruiz-Arnau, I, 475.
 Russell (Mlle), II, 93.
 Salamon (Mlle), II, 446.
 Samson I, 428.
 Sanchez Banus, II, 170.
 Santenoise, II, 363.
 Sarro, II, 181.
 Saussure (de), II, 448, 181.
 Schiff, I, 381.
 Semelaigne II, 281.
 Sengès, I, 333, 477 ; II, 427, 499,
 244.
 Sézary, I, 445.
 Sierra, II, 91.
 Simon Th., I, 184, 185, 186, 187.
 Soler-Martin, II, 180.
 Solervicens, II, 175, 176.
 Stein, II, 371.
 Targowla, I, 73.
 Thomas (J.), I, 87, 189 ; II, 282.
 Tolosa, II, 176.
 Toulouse, I, 88, 274 ; II, 282.
 Toussaint (Mlle), II, 175.
 Trelles, I, 88, 274, 381, 382, 477 ;
 II, 282.
 Trénel, I, 89 ; II, 372, 373.
 Trillot, II, 440.
 Trubert, II, 451.
 Truche (Mlle), II, 440.
 Vainstoc, II, 309.
 Van Hirtum, II, 187, 188.
 Vêrain, II, 175.
 Vermeylen, II, 174, 178.
 Vié, I, 87, 188 ; II, 445.
 Villaseca, II, 178.
 Villey, I, 88.
 Vullien, II, 168.
 Wallace, I, 176.
 Warburg, I, 268.
 Weiss, II, 365.
 Wimmer, II, 274, 275.
 Witry, I, 398.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

- | | |
|--|---|
| <p>Académie de médecine, séance, II, 279.</p> <p>Adultisme, I, 355.</p> <p>Alcoolisme :</p> <p>— Polynévrite à forme monophasique, II, 446.</p> <p>— Somnambulisme, I, 90.</p> <p>— L.C.-R., II, 453, 282.</p> <p>— Criminalité, II, 183.</p> <p>— Assistance, I, 179.</p> <p>Anatomie pathologique, II, 362.</p> <p>Anxiété ; équilibre acido-basique, II, 175.</p> <p>Approbation dans les psychoses, II, 385.</p> <p>Assistance aux psychopathes :</p> <p>— Loi de 1838, II, 447, 458.</p> <p>— Toxicomanes et alcooliques, I, 179.</p> <p>— Enfants délinquants, II, 178.</p> <p>— Assistance externe, II, 179.</p> <p>— Suisse, Allemagne, France, I, 267.</p> <p>— Budget des aliénés, II, 458.</p> <p>Autisme, II, 499.</p> <p>Automatisme mental chez deux sœurs, I, 87.</p> <p>Automutilation, II, 270.</p> <p>Azotémie ; encéphalite aiguë azotémique, II, 93.</p> | <p>Babinski (signe de), II, 178.</p> <p>Banistérine, II, 91.</p> <p>Bergson, I, 234.</p> <p>Bulbocapnine, II, 176, 428.</p> <p>Catatonie, II, 189, 428.</p> <p>Cécité orthographique, II, 59.</p> <p>Chocs thérapeutiques, II, 188.</p> <p>Chronaxie, II, 176.</p> <p>Claudication continue des territoires artériels des membres supérieurs, I, 274.</p> <p>Concours :</p> <p>— Médecin des asiles de la Seine ; annonce, I, 283 ; II, 458 ; résultats, II, 95.</p> <p>— Médecin des asiles ; résultats, I, 479 ; annonce, II, 459.</p> <p>— Médecin assistant du Centre Henri-Rousselle ; annonce, I, 286 ; résultats, I, 480.</p> <p>— Internat ; résultats, I, 382 ; annonce, II, 458.</p> <p>Confusion mentale, I, 87.</p> <p>Congrès :</p> <p>— Aliénistes 1929. Barcelone ; programme, I, 284 ; chronique, II, 5 ; rapports, II, 157.</p> <p>— Aliénistes 1930. Lille ; annonce, II, 184 ; programme, II, 380.</p> |
|--|---|

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Québec ; chronique, I, 97 ; compte rendu, I, 175.
- 10^e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, II, 380.
- XV^e Congrès de médecine légale ; annonce, II, 459.
- Coprophagie, II, 188.
- Corps étrangers, I, 89.
- Cotard (syndrome), II, 178.
- Croyance morbide, II, 276.

- Débilité mentale gémellaire, II, 186.
- Délinquance juvénile, II, 181.
- Délirants (les), II, 450.
- Délire :
 - délire à deux, I, 53 ; II, 94, 265.
 - délire interprétatif, I, 88, 382.
 - délire aigu et *delirium tremens* ; traitement, II, 413.
- Démence précoce :
 - voies d'entrée, I, 30, 447, 499.
 - et poliomyélite, I, 87, 477.
 - et encéphalite, I, 273, 341.
 - origine infectieuse, I, 274.
 - choc émotif, II, 185.
 - familiale, I, 188.
 - fille de P.G., I, 273.
 - anorexie révélatrice, I, 188.
 - signe du miroir, I, 227.
 - test du « néo-intellect », I, 463.
 - évolution rapide, II, 345.
 - traitement ; méthode de Walbum, II, 450.
 - lésions, II, 366.
- Développement de l'intelligence :
 - mesure, I, 185.
- Courbes de croissance intellectuelle, I, 184.
- Dystrophie cranio-faciale, type Crouzon, II, 189.

- Ecoliers :
 - anormaux, I, 186.
 - anormaux éducatibles, I, 182.
 - organisation scientifique de l'école, I, 187.
 - surmenage scolaire, II, 279.
 - dépistage de la débilité mentale, I, 182.
- Ecriture en miroir, I, 323.
- Education de l'attention, I, 475.
- Emotion ; psychoses post-émotionnelles, I, 247.
- Encéphalite épidémique :
 - psychoses postencéphalitiques, I, 89.
 - origines, I, 271.
 - et encéphalomyélite subaiguë diffuse de Cruchet, I, 271.
 - et démence précoce, I, 272.
 - et psychose hallucinatoire, I, 477.
 - épidémie, II, 182.
 - et amyotrophies, II, 274.
 - et épilepsie, II, 275.
 - exhalation fétide, II, 329.
 - dans les 1^{ers} âges de la vie, II, 370.
- Encéphalopathie infantile, I, 273.
- Epilepsie :
 - syndrome épileptique, I, 270.
 - Automatisme ambulatorio, I, 381.
 - L. C.-R., I, 420.
 - syndrome comitio-parkinsonien, II, 90, 185.

- et encéphalite, II, 275.
- tension artérielle et rachidienne, II, 278.
- état de mal ; traitement, II, 293.
- épilepsie de Louis XIII, II, 372.
- Equilibre ; troubles, I, 88.
- Ergothérapie, I, 493.
- Esquirol, II, 281.
- Eugénisme, II, 345.
- Exostose crânienne, II, 188.
- Expertise médico-légale psychiatrique criminelle, II, 168, 183.
- Familles psychopathiques, I, 180.
- Fétichisme, II, 282.
- Folie morale, II, 177.
- Freudisme, I, 5, 289.
- Ganser (syndrome de), II, 180.
- Hébéphrénocatatonie et syphilitis cérébrale, II, 79.
- Hématologie dans les maladies mentales, II, 368.
- Histologie, I, 268.
- Homosexualité, I, 398.
- Hygiène et prophylaxie mentale :
 - aux E.-U., I, 176.
 - dans le district de Québec, I, 177.
- Hystérie :
 - et schizophrénie, I, 345.
 - épuisement, I, 381.
 - et mythomanie, II, 451.
- Impudeur, I, 47.
- Jalousie, II, 24.
- Joueur ; psychologie, II, 402.
- Journées médicales, Paris, 1929, I, 95.
- Liquide céphalo-rachidien, II, 248, 279, 282, 448, 449.
- Lipodystrophies, I, 382.
- Malariathérapie et psychoses non syphilitiques, II, 364.
- Manie, I, 477, II, 281.
- Masochisme, II, 393.
- Médecin des asiles :
 - Amicale ; statuts, II, 460.
 - Association des médecins aliénistes ; assemblée générale, I, 275.
 - Congé de longue durée pour tuberculose, I, 478.
 - Traitement, II, 190.
 - Situation hiérarchique, II, 377.
 - Distinctions honorifiques, I, 92, 480 ; II, 375.
 - Nominations, I, 383 ; II, 95, 191, 379, 459.
 - Risques professionnels, II, 493, 289, 358.
- Mélancolie :
 - avec hallucinose, I, 88.
 - avec mélanodermie, I, 274.
- Métabolisme cellulaire, I, 268.
- Mutisme, II, 180.
- Myélo-encéphalite psychosique, I, 189.
- Myotonique (syndrome), I, 381.
- Narcolepsie, I, 477.
- Nécrologie : P^r Letulle, I, 92 ;

- P^r Sicard, I, 93 ; P^r Widal, I, 93 ; Méd. Insp. Delorme, I, 94 ; Mme L. Frèrejean (née Baillarger), I, 92 ; Dubuisson, I, 191 ; Trepsat, I, 191 ; Witzel, I, 191 ; Mouren, II, 94 ; Chocreaux, II, 95 ; Thibaud, II, 192 ; Long, II, 376 ; Louis Parant, II, 376 ; Granjux, II, 377 ; Cabred, II, 457 ; Paul Faivre, II, 457.
- Neurologie :
- X^e réunion neurologique, Paris, I, 95.
- Obsessions ; théorie psychanalytique, II, 18.
- Paralysie générale :
- Traitement, I, 63.
 - Traitement malariathérapie, I, 73, 162, 362, 385, 438, 442, 477 ; II, 68, 279, 298, 365, 455, 456.
 - Traitement Dmelcos, II, 91.
 - Traitement Stovarsol, I, 445 ; II, 445.
 - Traitement ; intolérance pour l'arsenic et le bismuth, I, 89.
 - Traitement, point de vue médico-légal, I, 91.
 - Traitement, rémissions, I, 253.
 - Délire métabolique, II, 445.
 - et syndrome parkinsonien, I, 88.
 - chez des nègres, I, 188.
 - à marche rapide, I, 381.
 - statistique, II, 179.
 - infantile, II, 182.
- chez un hérédo-syphilitique, II, 446.
 - conjugale, II, 186.
 - ramollissement sylvien, II, 187.
 - cavité pseudo-kystique du cervelet, II, 187.
 - sénile, II, 368.
- Parégorique (élixir) ; délivrance, I, 225.
- Perceptions ; troubles, II, 371.
- Pneumogastrique ; appareil thyroïdien et activité cérébrale, II, 363.
- Portugal, II, 97.
- Projection (mécanisme de), II, 448.
- Protéino-pyrétothérapie (propidon), I, 59.
- Psychiatrie ; traité de Dide et Guiraud, II, 452.
- Psychose hallucinatoire chronique, II, 177, 446, 422.
- Puerpérales (psychoses), I, 175.
- Rayons ultra-violet, I, 475.
- Réactions anti-sociales, I, 471.
- Réactions psychiques, II, 366.
- Responsabilité civile, II, 283.
- Schizophrénie :
- et hystérie, I, 315.
 - béatitude, I, 432.
 - automutilation sexuelle, II, 444.
 - évolution, II, 179.
 - arrêt du temps, II, 181.
 - crimes prodromiques, II, 189.
 - et schizoïdie, II, 278.
 - critique de la notion, II, 406.

Sclérose en plaques, II, 163.

Secret médical, I, 192.

Sentiments sociaux et religieux ; origine, II, 365.

Séquestration, I, 428.

Simulation, I, 333 ; II, 427, 244, 309.

Société clinique de médecine mentale : déc. 1928, I, 87 ; janv. 1929 ; I, 188 ; fév., I, 273 ; mars, I, 381 ; avril, I, 476 ; mai, II, 93 ; juin, II, 185 ; juil., II, 281 ; nov., II, 445.

Société médico-psychologique : Assemblée générale : déc. 1928 I, 45. Séances janv. 1929, I, 136 ; fév., I, 225 ; mars, I, 338 ; avril, I, 420 ; mai, II, 67 ; juin, II, 144 ; juillet, II, 264 ; oct., II, 345 ; nov., II, 416.

Membre étranger : de Saussure, I, 338.

Prix : I, 144, 1930 ; I, 190, 1931 ; I, 191.

Société belge de médecine mentale : nov. 1928, I, 89 ; déc. 1928, I, 91 ; juin 1929, II, 187, 189.

Société suisse de psychiatrie :

— 75^e réunion, I, 286.

— 76^e réunion, II, 192.

Statique ; régulation, troubles, I, 473.

Suicide, I, 88 ; II, 449.

Syphilis :

— démence pseudo-bulbaire, I, 89.

— neuro-psychopathies syphilitiques ; traitement par chocs, I, 428.

— syphilis cérébrale et hémiphréno-catatonie, II, 79.

— hérédosyphilis, dans les maladies mentales, II, 157, 174.

— Arsaminol, II, 175.

— méningite fébrile, II, 176.

— réactions de Lange et de Guillain, II, 182.

— syphilis cérébrospinale, II, 185.

— neuro-syphilis et malaria, II, 278.

Tabès, II, 175.

Traumatisme cranien, I, 476 ; II, 440, 445.

Tuberculose :

— pulmonaire et lésions cérébrales, II, 48.

— méningite guérie, II, 187.

— méningite tubercul. chez un tabétique, II, 446.

Tumeur :

— cérébrale, I, 88 ; II, 282.

— méningées, II, 90.

— schwannome et neurogliomatose, II, 186.

Wilson (maladie de), II, 369.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie SOUERSLAN (personnel intéressé). — 39.427